



Ontario  
Prevention  
Clearinghouse

Centre ontarien  
d'information  
en prévention

**L'inclusion** : *les sociétés qui encouragent l'appartenance favorisent une meilleure santé*

**J'en fais  
partie !**

## Remerciements

Ce document a été conçu par le Centre ontarien d'information en prévention (COIP) dans le cadre du projet : Inclusion & Engagement: Health Promotion's Way Forward.

Ce projet a reçu le soutien financier de l'Agence de santé publique du Canada, Région de l'Ontario.

Les vues exprimées ici sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de santé publique du Canada.

Avril 2006

Ce rapport a été rédigé par Peggy Schultz et Subha Sankaran du Centre de ressources en promotion de la santé du COIP. Nous aimerions souligner la contribution de : Jonquil Eyre, Évaluatrice de projet, auteur de l'ébauche de ce rapport ; Hélène Roussel, animatrice des groupes de discussion en français (qui fut secondée dans sa tâche par l'équipe du COIP et les bénévoles des communautés) ; Peggy Schultz qui a animé tous les groupes de discussion en anglais (sauf un) avec l'assistance de Robyn Kalda ; les partenaires communautaires qui ont animé le groupe de discussion de Hamilton ; nos collègues du COIP qui ont lu et revu les versions initiales de ce document et qui nous ont assisté dans l'élaboration de ce projet. À tous et à toutes : Merci !

Les groupes de discussion « J'en fais partie ! » ont été mis sur pied par Le Centre de ressources en promotion de la santé du COIP dans l'objectif de focaliser l'attention sur l'inclusion et la santé. Un tel projet n'aurait pu voir le jour sans la précieuse collaboration de nos partenaires communautaires :

- Association Canadienne française de l'Ontario (ACFO) – Windsor Essex Kent
- Association des communautés francophones de l'Ontario – Toronto (ACFO-TO)
- Centre Communautaire La Girouette
- Community Development Council of Durham, Ajax
- Northwestern Health Unit, Dryden
- Le Réseau de développement économique et d'employabilité de l'Ontario (RDÉE) Centre-Sud-Ouest
- Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario
- South-East Ottawa Centre for a Healthy Community
- St Joseph's Immigrant Women's Centre, Hamilton



Les commentaires des personnes qui ont eu l'amabilité de participer aux groupes de discussion « J'en fais partie ! » ont grandement contribué aux thèmes de ce document, et nous tenons à les remercier.

## Table de matières

1. Introduction.....	1
2. L'inclusion et la santé : « J'en fais partie ! ».....	3
3. Les forums « J'en fais partie ! ».....	7
4. L'inclusion : lacunes et potentialités .....	10
5. Perspectives d'avenir.....	13
Références / bibliographie .....	14

Vous pouvez vous procurer une version électronique de *L'inclusion : les sociétés qui encouragent l'appartenance favorisent une meilleure santé* à [www.jen-fais-partie.ca](http://www.jen-fais-partie.ca)

*This document is available in English.*

Le Centre ontarien d'information en prévention autorise la copie, la distribution et l'affichage du présent document à des fins non commerciales à la condition de nommer la source originale.

Centre ontarien d'information en prévention  
180, rue Dundas Ouest, bureau 1900  
Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Tél. : 416-408-2249  
Sans frais : 1-800-263-2846  
Télé. : 416-408-2122

[www.opc.on.ca](http://www.opc.on.ca)  
[www.count-me-in.ca](http://www.count-me-in.ca)  
[www.jen-fais-partie.ca](http://www.jen-fais-partie.ca)

# 1. Introduction

---

L'inclusion et l'engagement sont des termes fréquemment utilisés aujourd'hui dans le cadre d'initiatives de réforme sociale. Ces deux termes désignent des stratégies de promotion de la santé efficaces. L'inclusion est une vision sociétale, une stratégie pour des changements en profondeur et un outil de réflexion. L'engagement, en tant que processus de promotion de la santé, est le moyen dont dispose une population pour devenir partie prenante aux décisions et aux interventions qui la touchent.

Ce document s'inscrit dans un projet mené par le Centre ontarien d'information en prévention (COIP) au cours de l'hiver 2005-2006. L'activité centrale du projet consistait en six forums communautaires « **J'en fais partie !** » d'une journée sur le thème de l'inclusion. Environ 200 représentants de 70 organismes ont pris part aux forums participatifs<sup>1</sup>, en français et en anglais, organisés de concert avec des partenaires communautaires (dans la province de l'Ontario au Canada). Les groupes de discussion en anglais ont eu lieu à Ajax, à Dryden, à Ottawa et à Hamilton, tandis que les forums en français se sont tenus à Toronto et à Windsor. Vous trouverez la liste des organismes partenaires à la Section 3. Les partenaires communautaires ont organisé les activités et invité les participants, en collaboration avec l'équipe du COIP qui a mis sur pied et animé les séances. L'Agence de santé publique du Canada, région de l'Ontario, a généreusement financé ce projet.

Les objectifs du projet consistaient en ce qui suit :

- sensibiliser les promoteurs de la santé<sup>2</sup> au concept d'inclusion et au concept connexe d'engagement communautaire, en tant que pratiques prometteuses dans le domaine de la santé de la population ;
- encourager l'écoute et l'apprentissage parmi les participants ;
- reconnaître les pratiques actuelles et déterminer les enjeux liés à l'inclusion et à la santé, que constatent quotidiennement ou questionnent les représentants des divers secteurs communautaires ;
- définir et développer les perspectives d'avenir.

Le présent rapport s'ajoute à une source croissante d'information, d'idées, d'études et de connaissances sur l'importance de l'inclusion sociale, contribuant ainsi à élargir la portée du dialogue et à attirer davantage l'attention sur les déterminants de la santé. Cette perspective englobe les facteurs socio-économiques et politiques d'inclusion et d'exclusion ayant une incidence sur la santé globale d'une population. Nous avons tiré profit des riches enseignements qu'ont suscités les échanges entre participants aux forums, et tenu compte des divers points de vue du personnel, des bénévoles, des étudiants et de la clientèle, qui fournissent ou utilisent régulièrement des programmes et services communautaires. Nous avons identifié certaines lacunes et potentialités dans l'espoir qu'une perspective d'inclusion puisse contribuer à réorienter les approches et pratiques pour favoriser la santé de l'ensemble de la population.

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur les forums, allez au <http://www.jen-fais-partie.ca> et <http://www.count-me-in.ca>.

<sup>2</sup> Les promoteurs de la santé ne sont pas uniquement les personnes dont le titre inclut les mots « promotion de la santé » ou celles qui ont une formation dans ce domaine. Nous avons adopté la définition du Réseau des Centres ontariens de ressources pour la promotion de la santé qui désigne comme promoteurs de la santé, tous les intervenants qui contribuent à la pratique de la promotion de la santé ou qui y ont recours. En font partie, les membres des professions libérales, les personnes qui travaillent dans un domaine connexe et intègrent la promotion de la santé dans leur travail (par ex., les loisirs, les services infirmiers ou le logement), les militants et bénévoles des communautés.



*Former la toile de l'inclusion*

## 2. L'inclusion et la santé : « J'en fais partie ! »

« J'en fais partie ! » est une approche qui reconnaît la complexité des interrelations de l'inclusion et de la santé. En 2003, la Laidlaw Foundation et Santé Canada<sup>3</sup> ont appuyé, par l'intermédiaire du Centre ontarien d'information en prévention (COIP), une initiative qui visait à créer des outils appliquant le concept d'inclusion à la santé de la population. Ces outils « J'en fais partie ! » comprennent une campagne de marketing social (menée conjointement avec l'Association of Ontario Health Centres) et un cahier de travail permettant aux groupes de repérer les facteurs qui influencent le sens d'appartenance et d'établir des indicateurs et stratégies qui contribueront à créer des communautés favorables à l'inclusion.

« J'en fais partie ! » a proposé une définition de l'inclusion et un cadre de référence. Des groupes de travail locaux ont mis à l'essai sur le terrain les concepts et l'énoncé. La définition suivante représente l'aboutissement de leurs travaux :

*Une société inclusive est un milieu où l'appartenance est à la fois un sentiment et une réalité qui permet à chacun de réaliser son plein potentiel.*

*Le sentiment d'appartenance s'établit grâce aux soins, à la coopération et à la confiance. Nous développons le sentiment d'appartenance et de l'entraide.*

*L'appartenance réelle repose sur l'équité, la justice sociale et économique, ainsi que le respect des cultures et des croyances spirituelles. Nous alimentons la réalité d'appartenance en encourageant la société à l'assurer.*

Cette approche de l'inclusion épouse le langage de l'appartenance et cette définition de l'Organisation mondiale de la santé : « la santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le sentiment d'appartenance et la réalité d'appartenir à la communauté naissent de la participation et de l'engagement. L'engagement

communautaire – un processus qui réunit les membres d'une communauté pour contribuer à un changement positif - permet d'acquérir les compétences qui font qu'individus et communautés sont plus aptes à promouvoir l'inclusion. En fait, le sentiment d'appartenance et la réalité d'appartenir à une communauté se développent lorsque les membres de cette communauté s'unissent et établissent des réseaux sociaux. Par ailleurs, ce capital social dont disposent les communautés renforce le sentiment d'appartenance et la réalité d'appartenir à une communauté. Il est prouvé que cette réciprocité est favorable à la santé des individus et des communautés.

Dans la société actuelle, l'état de santé global et la plupart des maladies chroniques sont liés à des circonstances qui échappent au contrôle des individus. La santé d'une communauté ou d'une population requiert un accès équitable aux déterminants de la santé. Les déterminants de la santé, tels que le revenu, le logement, l'emploi et l'éducation, contribuent à créer un sentiment d'appartenance et la réalité d'appartenir à une communauté.

### DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- *niveau de revenu et le statut social;*
- *les réseaux de soutien social;*
- *l'éducation et l'alphabétisme;*
- *l'emploi et les conditions de travail;*
- *les environnements sociaux;*
- *les environnements physiques;*
- *les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;*
- *le développement de la petite enfance;*
- *le patrimoine biologique et génétique;*
- *les services de santé;*
- *le sexe;*
- *et la culture.*

<sup>3</sup> L'ancienne Direction générale de la population et de la santé publique de Santé Canada relève maintenant de l'Agence de santé publique du Canada.

L'inclusion est tributaire du rôle que jouent les déterminants de la santé. Des études confirment de plus en plus que lorsqu'une société privilégie l'inclusion et que les membres d'une communauté ont prise sur les processus qui les concernent, l'état de santé de l'ensemble de la population s'en trouve amélioré. L'importance de l'inclusion et son effet sur la santé sont solidement corroborés par un rapport de Statistique Canada paru en décembre 2005 qui souligne l'association entre le sentiment d'appartenance à la communauté et l'autoévaluation de l'état de santé en général :

« Près des deux tiers des Canadiens de 12 ans et plus ont un fort sentiment d'appartenance à leur communauté. L'étude montre aussi que les Canadiens dont le sentiment d'appartenance à leur communauté est prononcé ont aussi une opinion plus favorable de leur état de santé physique et mentale. Près des deux tiers des personnes qui ressentaient un sentiment d'appartenance à la communauté très fort ou plutôt fort ont déclaré que leur état de santé général était excellent ou très bon. Par contre, la moitié seulement de celles dont le sentiment d'appartenance était très faible ont évalué favorablement leur santé. »

Selon les Objectifs de santé pour le Canada ([www.canadiensensante.ca](http://www.canadiensensante.ca)) récemment définis, l'appartenance et l'engagement sont des éléments essentiels à la santé des Canadiens.

Bien que l'état de santé globale soit étroitement lié à l'inclusion sociale, les expériences varient d'un groupe à l'autre. En dépit de la prospérité et des acquis globaux en matière de santé de la population, des « disparités » sur le plan de la santé subsistent. Le Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé (décembre 2004) a déclaré ce qui suit :

« Les Canadiens constituent l'un des peuples les plus en santé dans le monde. Toutefois, certains groupes de la population canadienne sont en moins bonne santé que d'autres. On constate des disparités importantes sur le plan de la santé partout au pays. Ces disparités ne sont pas réparties de façon aléatoire ; elles affectent davantage certains groupes particuliers (comme les peuples autochtones). L'état de santé varie aussi selon le sexe, la scolarité, le revenu et d'autres indicateurs d'une situation désavantagée ou de l'inégalité des chances. »



*Définir l'inclusion*

Galabuzi et Labonté, 2002, définissent l'inclusion sociale comme un déterminant de la santé et expliquent qu'elle peut avoir des incidences variables sur la santé :

« ... les processus de marginalisation telles les disparités raciales ou fondées sur le sexe et la xénophobie sont tributaires de la pauvreté, de l'inégalité des revenus, du chômage, du choix du voisinage et de l'utilisation des services de santé, et ont des incidences variables sur la santé des groupes touchés. »

Un état de santé médiocre peut résulter d'une situation désavantageuse liée à l'inaccessibilité de conditions matérielles ou de ressources telles qu'un logement, un emploi ou une éducation. De plus, au quotidien, ces différences systémiques continuent de marginaliser les groupes qui se voient exclus des programmes communautaires, de la prise de décisions et de la vie collective en général. Le fait de se voir dénier la possibilité de participer pleinement à la vie communautaire et de s'engager totalement est générateur d'insécurité, d'anxiété et de non-intégration sociale. L'exclusion est préjudiciable à la santé et au bien-être. Marmot et Wilkinson, 2003, parlent du « gradient social » dont l'ampleur (plus ou moins accentuée) est un indicateur de l'état de santé global d'une population. Il existe une corrélation directe entre le revenu et l'état de santé d'un individu. Lorsqu'il y a une répartition plus équitable des revenus entre les mieux nantis et les plus démunis, la population est en meilleure santé. Hors de tout doute, l'inclusion est favorable à la santé et l'inclusion différentielle a des incidences variables sur la santé.

Changer les perceptions et le processus d'inclusion au sein d'une organisation, d'une communauté ou de la société en général peut donner des résultats positifs. Depuis quelques années, les gouvernements européens ont pris des mesures pour définir les mécanismes de l'exclusion et établir des objectifs de nature à promouvoir



l'inclusion. Ils examinent également l'exclusion et l'inclusion au sein de groupes démographiques déterminés. Au Canada, l'Optique d'inclusion est en voie d'être reconnue comme un outil d'analyse des facteurs propices à l'inclusion ou à l'exclusion pouvant servir à l'établissement de politiques et de programmes (Direction générale de la population et de la santé publique, 2002). Les Profils santé de Toronto ([www.torontohealthprofiles.ca](http://www.torontohealthprofiles.ca)) proposent une base de planification sanitaire pour atténuer les disparités en matière de santé dans cette ville.

La prolifération d'études et de connaissance sur l'inclusion et le sentiment d'appartenance liés aux déterminants de la santé pousse à prendre des positions et des moyens d'intervention. La première étape consiste, avant tout, à faire connaître ces concepts aux intervenants sur le terrain pour qu'ils puissent évaluer leur propre pratique dans une optique d'inclusion. Cet outil les aidera à faire valoir leurs travaux et à approfondir ou suggérer de nouvelles solutions prometteuses à des problèmes apparemment insolubles. L'écoute et l'apprentissage mutuels dans un contexte participatif constituent une étape préliminaire obligée – et la justification du projet en cours.



Regarder les liens Thématiques

### 3. Les forums « J'en fais partie ! »

Nous nous sommes inspirés des travaux sur l'inclusion sociale menés par le COIP et divers organismes<sup>4</sup> pour explorer ce phénomène dans le cadre de forums communautaires. Un de nos principaux objectifs était de créer une occasion de discuter des concepts de l'inclusion, de la santé et de l'engagement communautaire, en identifiant les pratiques actuelles et les questions touchant l'inclusion et la santé. Des participants de divers secteurs communautaires ont discuté du phénomène de l'inclusion et l'ont analysé sous l'angle de leurs activités quotidiennes, proposant des points de vue personnels, interpersonnels, professionnels et communautaires. Environ 200 représentants de 70 organismes ont pris part à six forums d'une journée<sup>5</sup> organisés en collaboration avec des partenaires communautaires (co-présentateurs) dans plusieurs villes de l'Ontario. Les forums communautaires « J'en fais partie ! » ont encouragé les participants à explorer les liens entre l'inclusion et la santé en discutant des

déterminants sous-jacents de la santé relatifs à l'inclusion, l'équité, la viabilité et l'engagement communautaire. Les nombreux débats qui en ont résultés ont révélé la complexité de l'inclusion et les moyens à prendre pour déterminer la façon dont les politiques publiques pourraient contribuer à créer une société plus inclusive et en meilleure santé. Voici les thèmes les plus fréquemment abordés.

#### A. L'inclusion influe sur la santé

Les participants conviennent à l'unanimité du lien entre l'exclusion et un état de santé médiocre. Ils sont conscients du fait que les activités en matière de promotion de la santé relèvent principalement du secteur de la santé et que les moyens d'action requis pour améliorer la santé de la population se trouvent en fait en-dehors du réseau de la santé. Les participants affirment clairement que ce sont les forces sociétales en général qui concourent à l'exclusion politique, sociale, raciale et économique. Parallèlement, ils craignent que ce constat et cette compréhension ne soient pas formellement soutenus par une orientation politique privilégiant les déterminants de la santé.

Le rapport de l'inclusion ou de l'exclusion à l'inégalité, à la pauvreté et aux disparités a eu une forte résonance auprès de la majorité des participants. Il leur apparaît évident qu'il faut compter davantage sur l'inclusion comme stratégie délibérée de promotion de la santé.

Les idées maîtresses de l'inclusion et de la santé, telles que décrites dans la Section 2, ont été évoquées dans les forums et adaptées à la diversité des participants, de concert avec les co-présentateurs. Dans chacune des villes hôtes des forums, les participants ont appliqué le mode opératoire de l'inclusion tant aux individus qu'aux organisations et communautés, en se référant à leur expérience personnelle. Tout au long des forums d'une journée, les animateurs et les participants ont relevé ensemble un certain nombre d'aspects porteurs de promesses, de préoccupations et de possibilités d'intervention.

#### PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

- *Association Canadienne française de l'Ontario (ACFO) – Windsor Essex Kent*
- *Association des communautés francophones de l'Ontario – Toronto (ACFO-TO)*
- *Centre communautaire La Girouette*
- *Community Development Council of Durham, Ajax*
- *Northwestern Health Unit, Dryden*
- *Réseau de développement économique et d'employabilité de l'Ontario (RDÉE) – Centre-Sud-Ouest*
- *Réseau franco-santé du sud de l'Ontario*
- *South-East Ottawa Centre for a Healthy Community*
- *St Joseph's Immigrant Women's Centre, Hamilton*

4 Voir la bibliographie sélective en page 14

5 Pour plus de détails sur les forums, allez au <http://www.count-me-in.ca> et <http://www.jen-fais-partie.ca>.

***B. L'inclusion est intuitivement simple et complexe à la fois***

L'inclusion peut se faire par l'accès à des services, la reconnaissance des droits et des responsabilités, des identités, des champs de compétences, etc. Nombreuses sont les personnes qui n'ont pas une identité unique ; nos identités sont plurielles et se chevauchent. Bien que lors des débats sur l'inclusion, on en vienne rapidement aux enjeux ethno-raciaux et de l'immigration, nous savons que les personnes qui vivent dans la pauvreté, celles qui ont des déficiences sur le plan du développement ou qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, les femmes et les groupes « invisibles » tels que les lesbiennes et les homosexuels, de même que les francophones sont également exposés à l'exclusion.

Dans chaque forum, de nombreux exemples ont été cités pour illustrer le caractère « multicouche »

de l'inclusion et la nécessité de se concentrer sur les structures, les processus et les pratiques générateurs d'inclusion ou d'exclusion. Les exemples mis de l'avant ont confirmé ce que nous avons mentionné précédemment à propos de l'inclusion, à savoir qu'il s'agit à la fois d'un processus et d'un résultat.

**LES PARTICIPANTS AUX FORUMS**

- *Personnel, bénévoles, clients et étudiants*
- *Travailleurs sur le terrain, dans les domaines de la planification, des politiques sociales, de l'administration, de la recherche, des communications et du développement des ressources.*
- *Dans les domaines de l'éducation, d'aide à l'établissement, de la santé, de l'invalidité, des services à l'enfance et des services d'emploi.*

Le tableau ci-dessous résume les éléments d'inclusion définis par les participants aux forums :

Caractéristiques de L'EXCLUSION :	Caractéristiques de L'INCLUSION :
<p><b>Sentiment d'appartenance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être laissé pour compte, incapable de participer</li> <li>• Se sentir rejeté, découragé, jugé, diminué, humilié, invisible, isolé, petit, malade, triste et déprimé, frustré, abandonné, pris de panique</li> </ul>	<p><b>Sentiment d'appartenance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être accepté tel qu'on est sans jugement, être capable de demander et d'offrir de l'aide, avoir des responsabilités, être membre à part entière de la communauté</li> <li>• Sentiment de respect mutuel, appartenance, estime de soi, confiance, sentiment d'être accueilli, confort, courage, liens avec le voisinage et la communauté, autonomisation, convivialité, le fait d'être entendu, écouté et bien accueilli</li> </ul>
<p><b>Réalité d'appartenir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structures qui isolent et créent des cloisons, qui sont injustes, qui sont hiérarchiques</li> <li>• Services inaccessibles à cause de barrières linguistiques, des moyens de transport inexistantes, du sous-financement</li> <li>• Comportement dérogatoire, qui met l'accent sur les différences et l'inégalité, hypocrisie</li> </ul>	<p><b>Réalité d'appartenir :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Structures anti-racistes qui prônent la diversité et sont favorables aux contacts, où chacun a une place et peut jouer un rôle, où les portes sont ouvertes et personne n'est laissé pour compte</li> <li>• Services qui offrent des possibilités, sont équitables, garantissent une éducation à tous, sont accessibles et encouragent la croissance</li> <li>• Comportement tel que le langage corporel, par exemple un sourire ou un contact visuel, bienveillance, aptitude à communiquer quelles que soient la langue et la méthode utilisées, sensibilisation à la culture, empathie, travail d'équipe, tolérance, valorisation mutuelle des talents</li> </ul>

*C. Les gens saisissent en général le concept d'inclusion, mais veulent des outils et des ressources pour fonctionner dans une optique d'inclusion*

Les forums ont révélé la clarté avec laquelle nous pouvons tous quasi instinctivement expliquer ce que signifie être inclus ou exclu, c'est-à-dire avoir ce sentiment d'appartenance ou reconnaître les cas où l'environnement ou les circonstances sont défavorables à l'inclusion. Les participants ont été invités à explorer et à exprimer leur propre expérience de l'exclusion afin d'élargir leur compréhension, tout en prêtant attention à la signification donnée à l'inclusion dans leurs organisations et leurs communautés.

**LES DÉFIS RELEVÉS PAR  
LES PARTICIPANTS**

- *Comment promouvoir réellement l'inclusion, en particulier auprès de ceux qui ne la favorisent pas ?*
- *Nous devons travailler hors de notre zone de confort, ce qui suppose un élément de peur.*

Certains ont exprimé la crainte qu'en raison de l'importance accordée à l'inclusion, on fasse abstraction des causes profondément enracinées de l'exclusion, sans analyser les relations de pouvoir. La recherche de moyens « d'inclure les exclus » révèle les changements systémiques requis. Nous sommes en quête d'outils et de méthodes différents, mais les ressources pratiques ne sont pas adaptées à la complexité de la tâche.

Voici quelques questions pertinentes :

- Quels sont les facteurs structureaux de l'exclusion ?
- Quels rôles les individus, les organisations et les communautés jouent-ils à l'égard de la création d'une société faisant preuve d'inclusion ?
- L'inclusion délibérée s'accompagne-t-elle d'une exclusion non intentionnelle ?
- Comment promouvoir l'inclusion tout en reconnaissant la nécessité de créer un espace pour les dissensions et les conflits ?

- Quels processus recherchons-nous et quels seront les résultats ?

*D. La pensée cloisonnée qui a cours et les schémas de financement fragmentés font obstacle à l'inclusion*

Les stratégies d'inclusion et d'engagement communautaire procèdent de modèles reposant sur des ressources financières pour résoudre les problèmes communautaires. Pourtant, le contexte dans lequel les organismes et les programmes essaient d'exercer leurs activités les contraint à rédiger des propositions du point de vue des « besoins communautaires » ou d'étiquettes telles que « les jeunes à haut risque », qui obscurcissent la véritable problématique de la pauvreté et de l'exclusion.

En explorant leurs expériences personnelles et professionnelles, les participants ont reconnu le dualisme du langage qui établit des distinctions entre « nous » et « eux », et ont été encouragés à réfléchir aux intérêts communs des intervenants et des bénéficiaires des interventions.

La pensée simpliste qui établit des liens de causalité continue de fragmenter la relation entre les divers déterminants de la santé. Les fournisseurs de services se disputent les ressources. L'interdépendance des systèmes et des structures n'est pas toujours reconnue, si bien que les initiatives favorables à l'inclusion qui sont prises sur une base de concertation pour promouvoir la santé d'une communauté n'ont pas d'avenir.

**LES DÉFIS RELEVÉS PAR  
LES PARTICIPANTS**

- *À qui revient la responsabilité d'assurer l'inclusion dans les cas où il existe des inégalités de pouvoir ?*
- *Qui assume le leadership à cet égard ?*
- *Avons-nous tous besoin de diriger ?*
- *Par où commençons-nous : au niveau micro ou macro ?*

## 4. L'inclusion : lacunes et potentialités

Les forums « *J'en fais partie !* » ont réuni des praticiens des milieux communautaires, des bénévoles, des fournisseurs de services, des administrateurs et des bailleurs de fonds afin de les amener à échanger de l'information et des idées, des connaissances et des interrogations au sujet de l'inclusion et de la santé. Les forums ont corroboré l'expérience des promoteurs de la santé provenant d'horizons divers qui travaillent sur une base intersectorielle afin de cerner la réalité des gens et de faire une réelle différence en matière de santé individuelle et collective. Les forums ainsi animés ont créé « un espace » où les participants ont pu mettre à contribution leur propre expérience dans le contexte d'un apprentissage guidé de type participatif. Le processus d'analyse de l'inclusion et de l'exclusion au moyen d'exercices et de débats a contribué à sensibiliser davantage les participants, et a fait ressortir la nécessité d'établir un dialogue plus profond entre eux.

### LES DÉFIS RELEVÉS PAR LES PARTICIPANTS

- *Le fait de travailler « dans le cadre de mandats », la réglementation, la bureaucratie et les obstacles politiques font perdre tout contact avec la réalité.*
- *Les divers paliers de financement et exigences créent une concurrence à l'égard du financement.*
- *Les propositions de financement nous contraignent souvent à adopter un point de vue générateur d'exclusion à l'égard des besoins ou des déficits, qui perpétue la perception de l'« autre » qui est « à risque ».*



*En discussion profonde*

Les participants ont exprimé le sentiment général d'être appréciés dans leur travail sur l'inclusion, tout en remettant en question les structures, les pratiques et les impératifs actuels qui font obstacle à l'inclusion. Les lacunes et les potentialités relevées ci-dessous rendent compte du fait que l'inclusion est un concept dynamique.

#### *Lacunes :*

- L'inclusion n'est pas la « solution » immédiate ou directe aux problèmes de l'exclusion. L'inclusion ne constitue pas un projet ou un programme ponctuel parmi d'autres. Différents schémas organisationnels et (ou) institutionnels sont nécessaires pour assurer que l'inclusion fasse partie intégrante du changement permanent. Même si les obstacles sont aplanis, l'inclusion en tant que processus ou résultat n'est pas un phénomène automatique.
- Les exigences en matière de financement, d'évaluation et d'élaboration de propositions reposent le plus souvent sur les besoins, et non sur l'actif. Souvent, les ressources dont on dispose pour déterminer si l'on est exclu et le mode d'inclusion souhaitable sont limités.
- Les spécialistes de la prestation des services, les travailleurs communautaires et les bénévoles subissent des pressions extrêmes alors que les systèmes de gouvernance et les structures institutionnelles renforcent l'exclusion. Ceux-là mêmes qui s'emploient à rehausser les capacités des communautés n'ont pas le sentiment de maîtriser leur propre travail.
- La pression de délais toujours plus courts. Bien que l'on reconnaisse jusqu'à un certain point qu'un véritable dialogue (écouter et poser des questions pour comprendre « l'autre ») encourage l'inclusion, les intervenants se sentent pressurisés et stressés et n'ont pas de vision à long terme. L'environnement actuel ne renforce pas les processus qui favoriseraient l'inclusion.
- Il existe un fossé entre la création des communautés et les orientations stratégiques. Les décisionnaires sont isolés en raison des impératifs de leurs portefeuilles, des rivalités de clocher ou d'un cloisonnement sectoriel, et la population se sent

de moins en moins concernée par le processus des politiques publiques. On peut déplorer un manque d'harmonisation, car il arrive souvent que les décisions soient prises à l'insu des communautés et que celles-ci soient invitées après coup « à y souscrire ».

- Bien que le Canada soit un chef de file mondial dans le domaine de la recherche liée aux déterminants sociaux de la santé et qu'il y ait suffisamment de preuves que la santé est favorisée par l'accès à ces déterminants, le Canada se classe dans le tiers inférieur des pays membres de l'OCDE en matière de pauvreté infantile. Les disparités sur le plan de la santé entre les groupes de revenu subsistent.

#### *Potentialités :*

- La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a déclaré que les gains les plus substantiels sur le plan de la santé découleront des efforts déployés en amont pour privilégier des facteurs tels que l'emploi, le logement et la qualité de la vie.
- Les intervenants auprès de clients et de communautés comprennent l'impact des déterminants de la santé sur la santé et le bien-être. Ils partent du principe que le comportement individuel est lié aux conditions de vie, et travaillent dans le cadre de partenariats et de coalitions afin de mobiliser les communautés. L'inclusion est une stratégie de changement prometteuse.
- Les leaders communautaires actifs sur le terrain sont non seulement disposés à partager les responsabilités, mais également déterminés à le faire, car ils sont conscients que l'efficacité de leur travail en dépend. Des organismes de santé et des partenariats reconnaissent que « l'inclusion » et « les déterminants sociaux » sont les priorités en matière de changement de l'état de santé d'une communauté.
- Le Canada dispose d'une excellente base de connaissances sur la santé de la population. Les initiatives en cours en matière d'inclusion en Ontario et dans l'ensemble du Canada s'appuient sur ces travaux.



*Penser ensemble*

## 5. Perspectives d'avenir

La politique d'inclusion a des ramifications dans toutes les sphères de la société, de la politique et de l'économie. La prise en considération de l'inclusion dans les politiques et les pratiques journalières ne nécessite pas juste que des améliorations soient apportées aux programmes ainsi qu'aux structures et aux pratiques organisationnelles en place.

L'exclusion est profondément enchâssée dans de nombreuses politiques et pratiques. Nous ne sommes pas pour autant condamnés à l'accepter comme une réalité inévitable. L'inclusion n'est tout simplement pas le contraire de l'exclusion. Il s'agit d'un concept « multicouche » qui tire son origine des idées de justice sociale et d'équité. Lorsque la diversité et la différence ont une existence artificielle dans le tissu social – habituellement par rapport à une norme dominante – les relations de pouvoir et l'exclusion subsistent.

Comment s'employer à énoncer des politiques qui privilégient l'inclusion dans nos organisations, nos communautés et nos sociétés ? Comment aplanir les obstacles visibles et invisibles à une participation pleine et entière ? Comment nous accommoder des lacunes et des potentialités que nous expérimentons et que nous définissons ? Comment nos propres hypothèses et nos propres croyances font-elles obstacle à l'inclusion ?

Il s'agit d'abord et avant tout de reconnaître que l'inclusion est un élément clé avec lequel nous devons composer dans notre travail à tous les niveaux, à commencer par celui de l'individu. Un autre aspect consiste à comprendre que la route qui mène à l'inclusion est aussi une destination. L'inclusion est à la fois un processus et un résultat : la façon dont nous agissons aura de fortes répercussions sur le degré d'efficacité de nos résultats, et sur la responsabilité que les intéressés assumeront à l'égard de ces derniers.

Nous devons nous atteler à la tâche en étant conscients de l'existence de structures et de pratiques sociales, politiques, économiques et culturelles de longue date qui excluent et marginalisent de diverses manières. Nous devons continuer de réagir aux forces qui contribuent à l'inéquité en matière de santé, trouver des moyens de concilier les différences, reconnaître les similitudes, apprécier la diversité et transcender notre peur de l'altérité.

Le constat que l'inclusion est à la fois le sentiment d'appartenance et la réalité d'appartenir à une communauté offre des potentialités prometteuses quant

à la mise en place de l'inclusion dans la réalité. Par exemple, ce constat nous oriente vers des structures plus favorables à l'inclusion (la réalité d'appartenir) qui nous aident à intervenir dans les décisions qui influent sur nos vies, vers des résultats plus positifs pour nous (la réalité d'appartenir) ainsi que vers une acceptation et une responsabilisation (le sentiment d'appartenance).

Comment vaincre la tendance à établir une scission entre « nous » et « eux » afin que le « sentiment d'appartenance » et la « réalité d'appartenir » à une communauté deviennent conscients et délibérés aux niveaux individuel, organisationnel et communautaire ? Les membres de la communauté eux-mêmes doivent être en mesure de décider s'ils sont exclus ou inclus, et de déterminer le mode d'inclusion souhaitable. Nous pouvons repenser nos réunions ou nos rassemblements communautaires en prêtant attention à la manière dont nous parlons aux autres et nous communiquons les uns avec les autres, et dont nous écoutons sans porter un jugement immédiat.

Les organismes publics et privés doivent démontrer le désir, la volonté et la capacité de promouvoir l'inclusion. Les organismes et les groupes doivent planifier des processus favorables à l'inclusion et se doter des ressources requises pour les mettre en oeuvre. Bien qu'une grande part des responsabilités repose entre les mains des personnes qui détiennent le pouvoir, il appartient à chacun de nous de créer une société favorable à l'inclusion. Comme l'a exprimé un participant : « *Nous ne parviendrons jamais à construire un monde parfait, mais nous pouvons tendre vers cet idéal et améliorer notre sort. Voilà pourquoi il est nécessaire que nous nous rassemblions pour dialoguer* ».

La transformation du discours sur la santé et l'inclusion nous amène à réfléchir à ce que serait une société véritablement favorable à l'inclusion, c'est-à-dire une société qui « minimiserait les relations hiérarchiques et les frontières, et qui créerait un sens de l'engagement universel plus fort envers le bien-être social de chacun » (traduction libre : [www.closingthedistance.ca](http://www.closingthedistance.ca)).

Nous invitons les lecteurs à se joindre à nous et à promouvoir l'inclusion en tant que principe organisateur afin de combattre les forces et les facteurs générateurs d'inégalités en matière de santé. Nous vous invitons à transmettre vos commentaires à [inclusion@opc.on.ca](mailto:inclusion@opc.on.ca).

## Références / bibliographie – français

Le présent rapport s'appuie sur d'autres études sur l'inclusion et les déterminants sociaux de la santé. Voici une sélection d'articles, d'ouvrages et de sites Web cités dans ce document ou ayant éclairé nos travaux et susceptibles d'intéresser les lecteurs.

### Articles / Rapports / Documents :

Agence de santé publique du Canada. (2005). *Objectifs de santé pour le Canada*. Consulté mars 2006. Disponible sur : <http://healthycanadians.ca/NEW-1-frn.html>

Agence de santé publique du Canada. (2004). *Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé: Document de travail*. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_f.html)

Bouchard, L. (2003). *L'inclusion sociale et la santé des canadiens : où sont les lacunes ?* Conférence de recherche sur l'inclusion sociale du Conseil canadien de développement social et Développement des ressources humaines Canada. Consulté mars 2006. Disponible sur : <http://www.ccsd.ca/events/inclusion/f/comm/bouchard.pdf>

Commission des communautés européennes. (2003). *Rapport conjoint sur l'inclusion sociale*. Consulté mars 2006. Disponible sur: [http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2003/com2003\\_0773fr01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2003/com2003_0773fr01.pdf)

Conseil canadien de la santé. (2006). Rapport annuel. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=61&Itemid=57](http://www.healthcouncilcanada.ca/fr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=57)

Demers, C. (2003). *Inclusion sociale, capital social et nouvelle politique*. Un résumé des exposés présentés lors du colloque annuel de l'International Institute on Social Policy de l'Université Queen's (19 et 20 août 2003). Horizons, Projets de recherche sur les politiques, Gouvernement du Canada. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v6n3\\_art\\_16&langcd=F](http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v6n3_art_16&langcd=F)

Galabuzi, G., & Labonte, R. (2002.) *L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé*. Résumé des exposés présentés dans le cadre de la conférence « Les déterminants sociaux de la santé ». Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/aperçu\\_repercussions/03\\_inclusion\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/aperçu_repercussions/03_inclusion_f.pdf)

Guildford, J. (2000). Préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada – Région de l'Atlantique *Plaidoyer pour l'inclusion socio-économique*. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Plaidoyer\\_inclusion/plaidoyer\\_2000\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Plaidoyer_inclusion/plaidoyer_2000_f.pdf)

Kaplan, D. pour la Fondation Internet Nouvelle Génération. (2004). *e-Inclusion : nouvelles inspirations*. Consulté mars 2006. Disponible sur : <http://www.internetactu.net/index.php?p=5639>

Lefebvre, S., Warren, C., Laclé, S. & Sutcliffe, P. (2006). *Cadre visant à intégrer les déterminants économiques et sociaux de la santé dans le mandat ontarien de la santé publique: Document de travail*. Sudbury : Ontario. Service de santé publique de Sudbury et du district. Consulté mars 2006. Disponible sur: <http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/SDOHFramework-Sommaireadministratif-final.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Consulté mars 2006. Disponible sur: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf)

Organisation mondiale de la santé. (1986). *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Consulté mars 2006. Disponible sur: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French)

Organisation mondiale de la santé. (2005). *La Commission des déterminants sociaux de la santé*. Consulté mars 2006. Disponible sur: [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/](http://www.who.int/social_determinants/fr/)

---

Richmond, T. (2004). *Politiques d'inclusion sociale. Défis et possibilités*. Projets de recherche sur les politiques, Gouvernement du Canada. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v7n2\\_art\\_13&langcd=F](http://policyresearch.gc.ca/page.asp?pagenm=v7n2_art_13&langcd=F)

---

Statistique Canada. (2005). *Appartenance à la communauté et perception de l'état de santé : premiers résultats de l'ESCC de janvier à juin 2005*. Consulté mars 2006. Disponible sur : <http://www.statcan.ca/francais/research/82-621-XIF/82-621-XIF2005001.htm>

---

Toye, M & Infanti, J. (2004). *L'inclusion sociale et le développement économique communautaire*. Victoria, C. B. Réseau canadien de développement économique communautaire. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.ccednet-rdec.ca/fr/docs/rpadc/PCCDLN\\_20040803\\_RecensionB.pdf](http://www.ccednet-rdec.ca/fr/docs/rpadc/PCCDLN_20040803_RecensionB.pdf)

---

UNICEF. (2005). *La pauvreté des enfants dans les pays riches*. (Bilan Innocenti No. 6) Florence, Italie : Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF, Consulté mars 2006. Disponible sur : <http://www.unicef.org/brazil/repcard6f.pdf>

---

Wallerstein, N. (2006). *Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?* Copenhagen, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe (Réseau des bases factuelles en santé). Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/empowerment/20060119\\_10?language=French](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/empowerment/20060119_10?language=French)

---

### **Cahiers d'exercices / Trousses et outils**

Shookner, M. (2002). *Une optique d'inclusion : Cahier d'exercices pour un regard sur l'exclusion et l'inclusion socio-économiques*. Préparé pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Région de l'Atlantique, Santé Canada. Unit de l'Université Dalhousie. Consulté mars 2006. Disponible sur : [http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Optique\\_inclusion/optique\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/Publications/Optique_inclusion/optique_f.html)

---

Centre ontarien d'information en prévention. (2005). *J'en fais partie ! Outils pour un Ontario inclusif*. Consulté mars 2006. Disponible sur : <http://www.jen-fais-partie.ca/outils.htm>

---

Coalition des Communautés en santé de l'Ontario. (bientôt disponible). *La boîte à outils : Bâtir des organisations communautaires inclusives* <http://www.ccsso.ca/ccso.htm>

---

### **Sites Web**

Association des infirmières et des infirmiers du Canada ([http://www.cna-nurses.ca/cna/default\\_f.aspx](http://www.cna-nurses.ca/cna/default_f.aspx))

---

Centre ontarien d'information en prévention. J'en fais partie ! ([www.jen-fais-partie.ca](http://www.jen-fais-partie.ca))

---

Coalition des Communautés en santé de l'Ontario (<http://www.ccsso.ca/ccso.htm>)

---

Fédération internationale des centres sociaux et communautaires (<http://www.ifsnetwork.org/welcome/french.asp>)

---

PHILIA : Un dialogue sur la citoyenneté ([www.philia.ca](http://www.philia.ca))

---

UNICEF (<http://www.unicef.org/french>)

---

## Références / bibliographie – anglais

This report builds on the work of others in the field of inclusion and the social determinants of health. Here is a selection of articles/books/websites that have been cited in the paper, or have informed our work and may be of interest to you.

### *Articles/Reports/Papers:*

Commission of the European Communities (2006). *Commission Staff Working Document: Implementation and update reports on 2003-2005 NAPS/Inclusion and Update Reports on 2004-2006 NAPS/Inclusion*. Retrieved March 2006, from [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2006/sec2006\\_410\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/sec2006_410_en.pdf)

Costongs, C., Stegeman, I. (2004). *Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities in Europe – An Overview of Good Practices from the Health Field*. Retrieved March 2006, from [http://eapn.horus.be/module/module\\_page/images/pdf/pdf\\_publication/Non-EAPN%20Publications/Goodpractices.pdf](http://eapn.horus.be/module/module_page/images/pdf/pdf_publication/Non-EAPN%20Publications/Goodpractices.pdf)

Drache, D. (2004). *Rethinking the Very Essence of Social Inclusion and Things Private*. Retrieved March 2006, from [www.yorku.ca/robarts/projects/wto/pdf/rethinkingessence.pdf](http://www.yorku.ca/robarts/projects/wto/pdf/rethinkingessence.pdf)

Galabuzi, G., & Labonte, R. (2002) *Social Inclusion as a Determinant of Health*. Summary of papers presented at The Social Determinants of Health Across the Life-Span Conference. Retrieved March 2006, from [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/overview\\_implications/03\\_inclusion\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/overview_implications/03_inclusion_e.pdf)

Guildford, J. (2000) Produced for the Population and Public Health Branch, Atlantic Regional Office, Health Canada. *Making the Case for Social and Economic Inclusion*. Retrieved March 2006, from [http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/Publications/Making\\_case/making\\_case\\_2000\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/Publications/Making_case/making_case_2000_e.pdf)

Health Council of Canada. (2006) *Health Council Canada's Annual Report*. Retrieved March 2006, from [http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com\\_content&task=view&id=107&Itemid=107](http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=107&Itemid=107)

Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. (2004). *Reducing Health Disparities – Roles of the Health Sector: Discussion Paper*. Retrieved March 2006, from [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities\\_discussion\\_paper\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_e.pdf)

Irwin, A. & Scali, E. (2005) *Action On the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health. Retrieved March 2006, from [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

Labonte, R. (2004) Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health Promotion International*, Vol 19, 1,115-121.

Lefebvre, S. Warren, C. Laclé, S. & Sutcliffe, P. (2006). *A Framework to Integrate Social and Economic Determinants of Health into the Ontario Public Health Mandate: A Discussion Paper*. Sudbury, Ontario: Sudbury and District Health Unit. Retrieved March 2006, from [http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/SDOHFrameworkDiscussionPaper\\_March06-ExecutiveSummary.pdf](http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/SDOHFrameworkDiscussionPaper_March06-ExecutiveSummary.pdf)

Ministry of Health and Social Affairs (2005). *Measures to prevent poverty and social exclusion*. (Article number S2005:039). Stockholm, Sweden: Government offices of Sweden. Retrieved March 2006, from <http://www.sweden.gov.se/sb/d/574a/51334>

Ontario Prevention Clearinghouse, Ontario Women's Health Network, Toronto Christian Resource Centre and Toronto Public Health. (2006) *Count Us In! Inclusion and Homeless Women in Downtown East Toronto*. Retrieved June 2006, from [http://www.opc.on.ca/english/about\\_us/pdfs/countusinreport.pdf](http://www.opc.on.ca/english/about_us/pdfs/countusinreport.pdf)  
Literature Review: [http://www.opc.on.ca/english/about\\_us/pdfs/litreview.pdf](http://www.opc.on.ca/english/about_us/pdfs/litreview.pdf)

Public Health Agency of Canada. (2005). *Health Goals for Canada*. Retrieved March 2006, from <http://healthycanadians.ca/PDF/goals-e.pdf>

Raphael, Dennis. (2003). *Social Inclusion and the Health of Canadians: Where are the gaps?* Plenary from the Social Inclusion Research Conference. Retrieved March 2006, from [www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/index.htm](http://www.ccsd.ca/events/inclusion/papers/index.htm)

Statistics Canada. (2005). *Community Belonging and Self-perceived Health: Early Canadian Community Health Survey Findings*. Retrieved March 2006, from [www.statcan.ca/english/research/82-621-XIE/82-621-XIE2005001.htm](http://www.statcan.ca/english/research/82-621-XIE/82-621-XIE2005001.htm)

---

Toye, M & Infanti, J. (2004) *Social Inclusion and Community Economic Development: Literature Review*. Victoria, B.C.: The Canadian CED Network. Retrieved March 2006, from [http://www.ccednet-rcdec.ca/en/docs/pccdl/PCCDLN\\_20040803\\_LitReview-L.pdf](http://www.ccednet-rcdec.ca/en/docs/pccdl/PCCDLN_20040803_LitReview-L.pdf)

---

UNICEF. (2005). *Child Poverty in Rich Countries*. (Innocenti Report Card No. 6.) Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Retrieved March 2006, from <http://www.unicef.org/brazil/repcard6e.pdf>

---

Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health*, 30 (suppl 59), 72-77. Retrieved March 2006, from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12227969&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12227969&dopt=Abstract)

---

Wallerstein, N. (2006) *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Retrieved March 2006, from [www.euro.who.int/Document/E88086.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf)

---

World Health Organization. (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved March 2006, from [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

---

World Health Organization. (2005) *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Retrieved March 2006, from [www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en)

---

#### **Books:**

Galabuzi, G. (2006) *Canada's Economic Apartheid: The Social Exclusion of Racialized Groups in the New Century*. Canadian Scholar's Press.

---

Labonte, R., Schrecker, T. & Gupta A. S. (2005) *Health for Some: Death, Disease and Disparity in a Globalizing Era*. Toronto, Canada: Centre for Social Justice. Retrieved March 2006, from <http://www.socialjustice.org/pdfs/HealthforSome.pdf>

---

Marmot, M. & Wilkinson, R. (Eds.) (2005) *Social Determinants of Health - 2nd edition*. Oxford University Press.

---

Richmond, T. & Saloojee, A. (Eds.) (2005) *Social Inclusion: Canadian Perspectives*. Fernwood Publishing.

---

#### **Workbooks/Toolkits:**

Ontario Healthy Communities Coalition. (2005) *Creating Inclusive Community Organizations, A Tool Kit*. Retrieved March 2006, from [www.healthycommunities.on.ca/publications/ICO/](http://www.healthycommunities.on.ca/publications/ICO/)

---

Ontario Prevention Clearinghouse. (2005) *Count Me In! Tools for an Inclusive Ontario*. Retrieved March 2006, from <http://www.count-me-in.ca/tools.htm>

---

Shookner, M. (2002). *An Inclusion Lens: Workbook for Looking at Social and Economic Exclusion and Inclusion*. Produced for the Population and Public Health Branch, Atlantic Regional Office, Health Canada. Population Health Research Unit: Dalhousie University. Retrieved March 2006, from [http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/Publications/Inclusion\\_lens/inclusion\\_2002\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/Publications/Inclusion_lens/inclusion_2002_e.pdf)

---

#### **Websites:**

Alternative Planning Group (<http://www.cassa.on.ca/APG/>)

---

Building Inclusive Communities: The International Federation of Settlements and Neighbourhood Centres (<http://inclusion.ifsnetwork.org>)

---

Canadian Nurses Association ([http://www.cna-nurses.ca/cna/default\\_e.aspx](http://www.cna-nurses.ca/cna/default_e.aspx))

---

Closing the Distance: Social and Economic Inclusion Initiative (<http://www.closingthedistance.ca> )

---

Inclusive Cities Canada (<http://www.inclusivecities.ca/>)

---

Minnesota Department of Health: Community Engagement and Eliminating Health Disparities (<http://www.health.state.mn.us/communityeng/disparities/index.html>)

---

Ontario Inclusion Learning Network (<http://www.oiln.ca/>)

---

Ontario Prevention Clearinghouse: Count Me In! ([www.count-me-in.ca](http://www.count-me-in.ca))

---

PHILIA: A dialogue on caring citizenship ([www.philia.ca](http://www.philia.ca))

---



**Ontario  
Prevention  
Clearinghouse**      **Centre ontarien  
d'information  
en prévention**

Le Centre ontarien d'information en prévention (COIP) favorise le renforcement des capacités en promotion de la santé et encourage le développement et la mise en œuvre de stratégies efficaces de prévention et de promotion de la santé pour améliorer la santé des Ontariens et des Canadiens.

Le COIP concentre actuellement ses activités dans trois secteurs clés : le développement de la petite enfance, la prévention et le contrôle des maladies chroniques et l'inclusion.

Le Centre de ressources en promotion de la santé du COIP travaille avec les individus, groupes et communautés dans le but d'encourager et d'appuyer les efforts de promotion de la santé au moyen de consultations ; activités d'apprentissage ; renseignements et ressources ; réseautage, soutien et service d'aiguillage. Le Centre de ressources en promotion de la santé dirige les travaux du COIP portant sur l'inclusion.

*Le Centre de ressources en promotion de la santé est financé par le Gouvernement de l'Ontario.*

**Centre ontarien d'information en prévention**

180 rue Dundas Ouest, bureau 1900,  
Toronto (Ontario) Canada  
M5G 1Z8

Téléphone (416) 408-2249  
Sans frais 1 800 263-2846  
Télécopieur (416) 408-2122

[www.opc.on.ca](http://www.opc.on.ca)  
[www.jen-fais-partie.ca](http://www.jen-fais-partie.ca)  
[info@opc.on.ca](mailto:info@opc.on.ca)