



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

**LA SANTÉ
PUBLIQUE A
LA PAROLE**

ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

Certains décrivent le cadre bâti comme étant à la base de la santé et d'un mode vie sain. Les caractéristiques du cadre bâti peuvent diminuer ou accroître les iniquités de santé chez les populations qui sont défavorisées en raison d'iniquités structurelles¹. En 2018, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada déclarait qu'elle entendait inclure la « sensibilisation accrue à la manière dont l'environnement bâti contribue à aggraver ou à réduire les inégalités en matière de santé² » parmi ses priorités en vue de promouvoir et d'améliorer la santé de la population canadienne.

Dans l'intérêt de contribuer à l'atteinte de cette priorité, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a organisé une rencontre afin d'explorer les pratiques et les démarches employées en santé publique en matière de cadre bâti afin de favoriser l'équité. Trois figures importantes de la santé publique et de la recherche dans le domaine ont pris part à la conversation qui a eu lieu en septembre 2018. On leur a demandé de parler de leurs expériences et de leurs réflexions sur le sujet. Le présent document a été révisé aux fins d'en réduire la longueur et d'en améliorer la clarté.



TERI EMRICH

*Spécialiste du transfert des connaissances
Centre de collaboration nationale des
déterminants de la santé (intervieweuse)*



NAZEEM MUHAJARINE, PH. D.

*Professeur
Département de la santé communautaire
et d'épidémiologie, Université de la Saskatchewan*



CLAIRE GRAM

*Gestionnaire des projets et des politiques
sur la santé des populations,
Vancouver Coastal Health*



D^{RE} LISA RICHARDS

*Médecin hygiéniste
Office régional de la santé de Winnipeg*

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

Q Veuillez vous présenter et expliquer votre compréhension du cadre bâti en tant que déterminant social des iniquités de santé.

R Nazeem Muhajarine : Je suis professeur au [département de la santé communautaire et de l'épidémiologie](#) de la faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan. Je suis aussi le directeur de la [Saskatchewan Population Health Evaluation Research Unit](#) (unité de recherche évaluative sur la santé des populations). Mes travaux de recherche dans ces deux établissements portent sur le cadre bâti et la santé.

Dans son sens large, l'expression *cadre bâti* signifie pour nous tout ce qui est bâti par l'être humain pour l'être humain et pour l'activité humaine. Cela pourrait englober les immeubles, les espaces et les objets qui font partie du cadre bâti. Nous comprenons aussi que l'aménagement du territoire et les politiques dictent la façon dont les gens interagissent avec le cadre bâti, c'est-à-dire que les caractéristiques de leurs quartiers, par exemple les parcs, les espaces ouverts et les destinations commerciales qui s'y trouvent, peuvent certainement avoir un lien de cause à effet avec leurs comportements en matière d'activité physique et leurs états chroniques, comme l'obésité et le surpoids, voire même les laisser présager.

Claire Gram : J'ai fait mes études de deuxième cycle en aménagement urbain et régional. Je me suis retrouvée en santé publique en raison de l'intérêt que je porte aux processus axés sur les personnes. J'ai travaillé en santé publique presque toute ma carrière et, depuis 2006, je fais partie de l'[équipe de la santé des populations](#) à la Vancouver Coastal Health. Je me suis jointe à l'équipe parce que les activités entourant les cadres bâtis favorables à la santé commençaient à prendre de l'ampleur ici, en Colombie-Britannique.

Ce que je trouvais de passionnant à mesure qu'émergeait le domaine était d'étudier [comment] les milieux où vivent les gens influent sur leur santé. Voilà ce qui motive en gros notre travail en matière de cadre bâti favorable à la santé dans le domaine de la santé publique. Lorsque les acteurs de la santé publique interviennent dans le dossier du cadre bâti, ils doivent examiner ce qu'il y aurait lieu de faire pour améliorer la santé de tout le monde et réduire les iniquités. Vous devez absolument chercher à réduire les iniquités, sinon, vous empirez probablement la situation. Cela dit, s'attaquer aux iniquités de santé en passant par le cadre bâti s'avère une tâche délicate. En améliorant

le quartier, vous risquez de voir de nouvelles personnes y emménager et les gens y habitant déjà, chercher à partir.

Lisa Richards : Je suis médecin hygiéniste à l'[Office régional de la santé de Winnipeg](#). Comme Claire, j'ai commencé à m'intéresser aux cadres bâtis favorables à la santé dès les débuts de ce domaine émergent ici, à Winnipeg. Nous avons commencé à consacrer plus d'énergie à ce dossier à peu près à l'époque de la deuxième phase du projet [Bâtir un Canada en santé – Coalition Linking Action and Science for Prevention](#) (CLASP). Notre définition du *cadre bâti* est très large, comme dans la trousse d'outils sur les cadres bâtis produite en Colombie-Britannique. Nous trouvons intéressant le fait que le cadre conceptuel de la trousse d'outils repose sur la promotion de l'équité, l'accès et un aménagement du territoire axé sur les gens de tous les âges. Nous aimons cette approche parce que nous essayons d'intégrer la perspective de l'équité en santé dans toutes nos activités auprès des populations et en santé publique.

Ressources connexes

British Columbia Centre for Disease Control. (Mai 2018). Healthy built environment linkages toolkit – version 2.0 [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Provincial Health Services Authority [cité le 31 octobre 2018]. Accessible à www.bccdc.ca/health-professionals/professional-resources/healthy-built-environment-linkages-toolkit (en anglais)

La trousse d'outils fait la synthèse des plus récents travaux de recherche sur les quartiers, le logement, les réseaux de transport, les milieux naturels et les systèmes alimentaires qui favorisent la santé³. Elle comporte une explication du concept du cadre bâti favorable à la santé, des diagrammes qui présentent visuellement les données de recherche, des considérations et des principes à l'appui de plans d'urbanisme plus favorables à la santé³.

Bâtir un Canada en Santé – CLASP [Internet]. [Cité le 31 octobre 2018]. Accessible à www.jstor.org/stable/canajpubheal.106.1.0es3fr?seq=1#page_scan_tab_contents

Le site Web contient les archives du défunt projet Bâtir un Canada en santé – Coalition Linking Action and Science for Prevention (CLASP). Le nom fait référence à un partenariat d'organismes de la santé, de sociétés d'urbanisme et de transport, d'autorités de la santé régionales et locales, d'organismes non gouvernementaux et de chercheurs universitaires qui ont intégré des considérations de santé dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports afin de créer des collectivités en santé⁴. On peut y trouver des ressources produites dans le cadre du projet, de même que les rapports d'évaluation du projet.

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI



Q Parlez-nous de votre expérience de l'intégration de la perspective d'équité au cadre bâti, que ce soit dans vos pratiques ou vos travaux de recherche?

R Claire : Nous cherchons avant tout à travailler avec les gouvernements locaux. En Colombie-Britannique, ceux-ci ne disposent d'aucun mécanisme de redistribution du revenu. La question relève d'autres ordres de gouvernement. Étant donné que les iniquités de revenu constituent le déterminant social de la santé le plus important, quel rôle peuvent jouer les gouvernements locaux? Nous nous retrouvons souvent à examiner la répartition spatiale des biens publics dans les collectivités et à nous demander en quoi cela peut atténuer les iniquités de revenu ou fondées sur les richesses.

L'une de nos interventions menées à Squamish (une ville de 35 000 personnes en périphérie de Vancouver) a notamment consisté à collaborer avec l'administration municipale au plan d'urbanisme officiel de la ville. Nous avons mis en place un laboratoire d'apprentissage l'année précédant les débuts des travaux sur le plan [pour que nous puissions] examiner de plus près l'effet qu'aurait l'intégration de la perspective d'équité. Une bonne partie de cette démarche portait sur les iniquités, de même que sur le cadre bâti favorable à la santé. Nous avons jugé que l'une des priorités pour la ville était la petite enfance – il y a un très grand nombre d'enfants et le nombre continue de croître. Nous avons présenté des données du [Human Early Learning Partnership](#)

[partenariat pour le développement de la petite enfance] qui cartographient les vulnérabilités durant l'enfance. Nous avons pu nous associer à la Ville pour réaliser un projet directement dans l'un des quartiers ayant un score de vulnérabilité des plus élevés. Pour ce projet, nous avons recours à la technique de la pensée créative pour atténuer les iniquités durant le développement de la petite enfance.

Notre démarche nous a aussi amenés à analyser notamment l'accès physique aux lieux publics. Il n'existe aucune politique globale sur l'accès dans les villes et villages de la Colombie-Britannique. Notre équipe cherche donc des moyens d'aider les urbanistes et les ingénieurs civils à avoir un meilleur appui et à améliorer la cohérence de leur travail. L'accès ne constitue généralement qu'une infime partie du travail des urbanistes et des ingénieurs civils. Ils n'ont jamais la possibilité de creuser assez pour en comprendre les éléments sous-jacents. Les acteurs de la santé publique peuvent contribuer à ce qui se passe dans l'ensemble des municipalités, en y agissant comme voie d'accès aux chercheurs et de voie de transmission des connaissances.

Lisa : Pour la première fois, le service de la santé publique joue un rôle prépondérant dans l'établissement du [plan directeur officiel](#) de la Ville de Winnipeg. Nous avons présenté nos observations écrites sur le plan directeur actuel. Le siège de la santé publique au [Comité consultatif communautaire](#) responsable du processus de révision du plan nous a aussi donné l'occasion de

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

donner une voix aux personnes absentes de la table. Nous avons surtout cherché à nous assurer que la Ville prévoit dans ses politiques l'espace nécessaire pour les jardins communautaires, les forums de discussion sur les diverses formes de logement (y compris le logement abordable) et ainsi de suite.

Un autre exemple est l'expérience que nous avons vécue lors de notre première incursion dans le dossier du cadre bâti par l'entremise du projet CLASP. Au début de notre partenariat avec elle, la Ville de Winnipeg nous a invités à faire partie d'un Comité consultatif technique mis sur pied dans le cadre d'un projet d'aménagement intercalaire en banlieue de Winnipeg. Le Comité se composait principalement de représentants des services municipaux, comme le service des eaux et des déchets et le service des parcs et des loisirs. En faisant un tour de table, nous avons trouvé intéressant de constater que les commentaires des représentants des autres services [comme ceux cités ci-devant] au sujet du nouveau plan faisaient écho à un grand nombre de nos propres commentaires, par exemple sur le soutien à donner au transport actif, les espaces verts comme les parcs et les options facilitant l'accès au transport et aux réseaux de transport d'un bout à l'autre de la ville. Les seuls points nouveaux que nous avons apportés à la table étaient l'équité en santé et la réflexion sur le logement abordable, car les promoteurs ne s'étaient pas encore penchés sur ces questions.

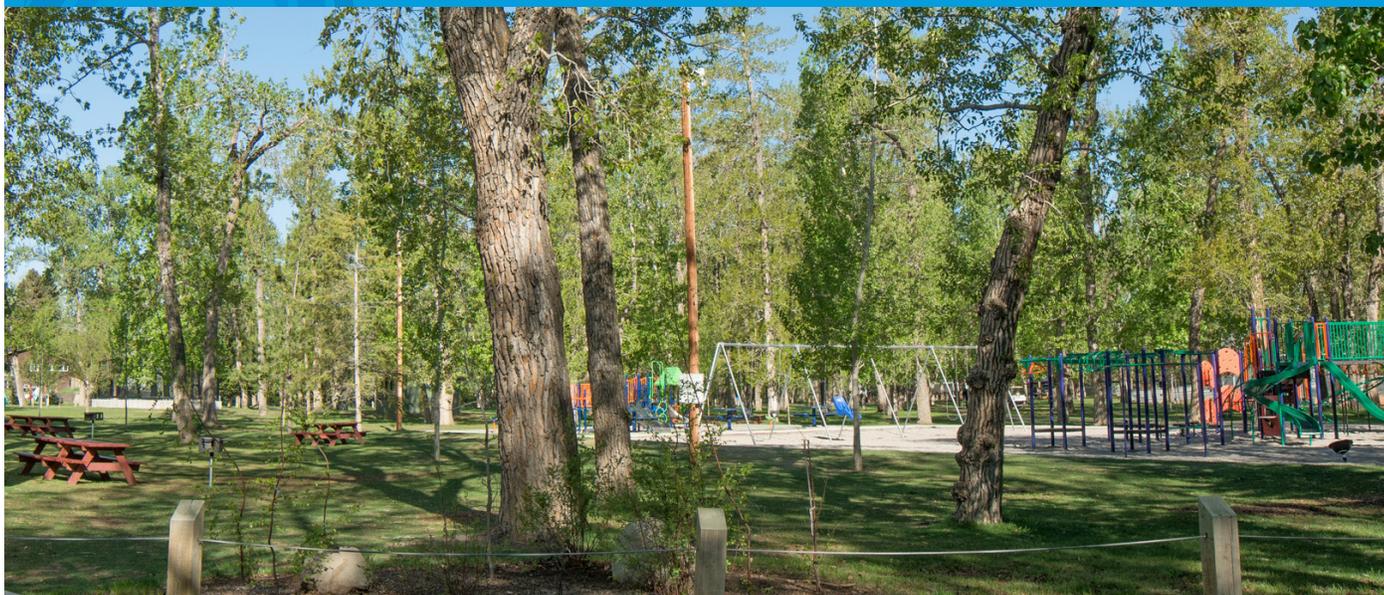
Nazeem : Les chercheurs ne peuvent agir pour l'équité en santé directement. À titre de chercheur, je dirais que la principale responsabilité des chercheurs consiste à fournir les données probantes aux personnes bien placées pour les utiliser. Par exemple, nous avons commencé nos travaux de recherche sur le cadre bâti en 2009 en menant une étude de trois ans sur les [villes intelligentes, les enfants en santé](#), subventionnée par les IRSC [Instituts de recherche en santé du Canada].

En 2012, nous venions de terminer notre étude et de compiler les résultats quand un terrible accident est survenu : un garçon de 10 ans est mort après avoir été frappé par une voiture en traversant l'une des artères les plus achalandées

de la 22^e rue de Saskatoon. Ce n'était pas la première fois que ce genre d'accident se produisait. La rue sépare quelques-uns des principaux quartiers pauvres – par exemple Riversdale – du quartier [riche] de Caswell Hill. Un Comité de la Ville a étudié une proposition d'ériger une clôture à mailles losangées au milieu de la 22^e rue, depuis le centre-ville jusqu'à la banlieue. Bien des gens n'approuvaient pas l'idée, car elle voulait dire déconnecter les quartiers de manière permanente. Nous avons pu présenter des données probantes qui comparaient la 22^e rue à une autre artère achalandée de longueur et de débit de circulation comparables où étaient installés un plus grand nombre de feux pour piétons, de panneaux d'arrêt et autres. Nous avons en effet fait parvenir une lettre à la Ville dans laquelle nous faisons état de ces données probantes, et le Comité a décidé de retirer sa recommandation d'installer la clôture qu'il s'apprêtait à présenter au maire et au conseil municipal. Voilà un exemple où nous disposions des données et où nous avons pu les présenter presque tout de suite, et empêcher dans ce cas-ci qu'une mauvaise décision soit prise.

Comme autre exemple, je parlerai de notre évaluation de l'impact ou de l'efficacité du Good Food Junction, une épicerie complète ouverte en 2012 dans l'espoir de donner accès à des aliments à prix abordables dans cinq quartiers à faibles revenus où il n'y avait aucune épicerie. Nous avons constaté que les gens vivant à proximité de l'épicerie dépensaient effectivement plus pour des aliments sains comparativement à la moyenne des groupes de population ailleurs dans la ville⁵. Même si nous avons pu démontrer les effets positifs du projet qui permettait d'offrir des aliments à prix abordables dans ces quartiers, les cinq épiceries ont fermé leurs portes en janvier 2016, environ trois ans après leur ouverture. Alors, aujourd'hui, nous avons présenté notre analyse des raisons pour lesquelles des épiceries ne survivent pas dans des milieux considérés auparavant comme des [déserts alimentaires](#). Nous avons vu la situation se reproduire dans huit autres villes où des épiceries avaient ouvert leurs portes, pour ensuite les fermer, car elles n'avaient pas réussi à y survivre. Voilà une question à poser : Pourquoi des épiceries font-elles faillite malgré la demande, particulièrement dans les quartiers à faible revenu du centre-ville?

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI



Q Selon vous, quelles occasions les acteurs de la santé publique pourraient-ils saisir en passant par le cadre bâti pour sensibiliser à l'équité en santé?

R **Nazeem** : Voilà un domaine de recherche très dynamique. Les IRSC, plus particulièrement l'[Institut de la santé publique et des populations](#) [ISPP], ont lancé l'initiative phare [Environnements et santé](#) grâce à laquelle ils ont subventionné neuf équipes de recherche à mener des projets sur la santé et le cadre bâti, non seulement d'un point de vue épidémiologique ou descriptif, mais aussi sur la manière de comprendre l'efficacité des interventions qui ont pour objectif d'atténuer les inégalités et les iniquités de santé. Je codirige l'une de ces équipes, celle chargée du programme des [approches multisectorielles et urbaines pour la santé et l'équité dans les villes canadiennes](#) [MUSE]. Le programme couvre les villes de Montréal, de Saskatoon, de Toronto et de Vancouver. Les municipalités jouent un rôle prépondérant dans l'établissement de partenariats ou parfois dans la direction des transformations du cadre bâti, par exemple en aménageant des voies cyclables ou des voies réservées au transport, en bâtissant des ponts et autres. Nous tentons de comprendre la mécanique des partenariats multisectoriels qui amènent un changement, ainsi que l'accueil et l'intérêt que la population de ces villes réserve aux interventions sur le cadre bâti. Nous évaluerons également si ces transformations urbaines augmentent ou réduisent l'équité en santé dans ces villes.

Je fais également partie de l'équipe de projet [Interventions urbaines, Recherche-Action, Communautés en santé](#) [INTERACT]. Les villes participantes sont encore une fois Vancouver, Saskatoon et Montréal, et aussi Victoria. L'approche en est une d'étude de cas. L'équipe évalue les projets mis sur pied par la Ville pour transformer le paysage urbain. Il y a beaucoup d'engouement pour ce domaine de recherche au Canada, et les villes en santé font partie des trois grandes priorités de l'ISPP en termes de subventions et de plaidoyer.

Lisa : Nous avons constaté que de travailler en partenariat avec d'autres parties prenantes était ce qui portait le plus de fruits ici, à Winnipeg. Nous consacrons beaucoup de temps en ce moment à nouer des liens – en cherchant notamment à obtenir une place aux tables municipales. Les acteurs de la santé publique formulent leurs commentaires sur le [Plan directeur du transport en commun de Winnipeg](#) afin d'appliquer la perspective d'équité en santé et de faire valoir l'importance des tarifs pour les populations à faible revenu et d'essayer d'en évaluer l'impact sur la santé des populations défavorisées structurellement. Nous veillons à encourager les rapports entre les parties prenantes de la municipalité, comme le [Winnipeg Poverty Reduction Council](#) et [Food Matters Manitoba](#). Nous participons également au [Manitoba Collaborative Data Portal](#), un portail où les organismes et les membres de la collectivité peuvent trouver des données cartographiées sur le cadre bâti et y superposer des strates de données sur l'équité qui sont générées par les épidémiologistes de la santé publique. Il n'est pas toujours

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

possible pour les acteurs de la santé publique de parler à titre de représentant devant le conseil municipal. Pour cela, nous devons donc parfois compter sur nos partenaires, et le portail de données les aidera à avoir les données probantes en main lorsqu'ils interagiront avec la Ville.

Claire : Comme je l'ai mentionné déjà, Lisa, la meilleure chose ou la chose la plus valable que puissent faire les acteurs de la santé au moment de travailler avec les gouvernements locaux est d'apporter la perspective d'équité. Leur rôle consiste à aider à définir et à échanger des données et du matériel spécialisé sur les populations vulnérables, et à favoriser l'échange des connaissances et le renforcement des capacités. Par exemple, [à Vancouver,] nous avons deux sous-groupes de municipalités – la North Shore (qui comprend cinq municipalités) et la Sea to Sky (trois municipalités) – où nous coorganisons annuellement avec les gouvernements locaux un congrès sur les collectivités en santé afin de donner aux élus des municipalités une occasion d'apprendre et d'échanger. Nos présentations portent essentiellement sur les iniquités en santé, et montrent la manière d'intégrer l'équité en santé dans leurs pratiques.

Nous avons également pour rôle de communiquer une partie des données probantes, de l'information et des idées novatrices, surtout dans les collectivités de petite taille, parce que celles-ci n'ont pas la capacité voulue pour y arriver toutes seules. Étant donné les démarches déjà entreprises par un bon nombre de gouvernements locaux, et les bons principes de planification déjà en place, notre rôle en santé publique consiste à aider à mettre l'accent sur ce qui fonctionne bien et à rappeler aux gens de prendre en compte la perspective d'équité. En outre, la santé publique doit épauler et soutenir les conseils et le personnel qui mettent en place des politiques progressistes efficaces. Ainsi, le fait de se trouver à l'extérieur des municipalités peut se révéler un atout, parce que nous jetons une nouvelle lumière sur les activités en cours.

Je soulignerais en dernier lieu que le nombre de membres du personnel de la santé publique qui y contribuent est petit comparativement au nombre d'employés et de services avec lesquels nous interagissons dans les municipalités. À la VCH [[Vancouver Coastal Health](#)], nous tentons d'utiliser une approche systémique pour déterminer ce qu'il y a à faire sur les plans local, régional et provincial, voire même

national dans certains cas, puis d'entrer en contact avec ces partenaires pour leur faire profiter de nos connaissances sur les besoins cernés considérant leur capacité d'aider. Nous travaillons souvent avec des districts régionaux afin de tirer profit de leur rôle d'autorité convocatrice et ainsi de pouvoir travailler avec plusieurs municipalités à la fois pour faciliter notre travail sur le plan local. Par exemple, dans le Grand Vancouver, des représentants de la VCH sont membres à la fois du Comité consultatif de planification régionale (composé d'urbanistes chevronnés) et du Comité des questions sociales (composé de responsables de la planification sociale). En étant autour de la table, ils peuvent nous aider à reconnaître les possibilités de collaboration et à échanger de l'information. Cela s'est révélé un bon moyen de nouer des liens avec des gens qui font partie du personnel. Nous avons également pu coorganiser des activités.

Nazeem : L'une des démarches à faire systématiquement à l'échelle municipale est l'établissement d'un processus d'évaluation de l'impact sur la santé. Ce processus est très peu utilisé au Canada. Il est absent de toute démarche au fédéral. Il en va de même dans les administrations municipales et provinciales. Nous pourrions étudier ce qui se passe dans d'autres pays, comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, où on a maintenant recours au processus plus systématiquement et de façon constante. Chez nous, le besoin se fait réellement sentir.

Ressources connexes

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 31 octobre 2018]. Accessible à <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-public-health-roles>

Le document porte sur le cadre d'action qui montre les quatre domaines dans lesquels peuvent agir les organismes de la santé publique pour réduire les iniquités de santé.

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et Université de Montréal. (2012). **Introduction à l'évaluation d'impact sur la santé des politiques publiques** [cours en ligne]. Montréal (Québec) : Université de Montréal [cité le 31 octobre 2018]. Accessible à www.ccnpps.ca/240/formation-en-ligne.ccnpps?id_article=838

Ce cours en ligne est offert dans les deux langues officielles. Les participants y apprennent les étapes à suivre pour évaluer l'impact qu'auront des politiques publiques sur la santé.

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

Q Dans votre démarche pour passer par le cadre bâti afin de favoriser l'équité, quels partenaires se sont révélés les plus utiles?

R **Nazeem** : Nos partenaires proviennent de différents milieux selon les projets ou le domaine d'intérêt et aussi selon leur capacité d'agir avec l'information et les connaissances que nous voudrions générer. Pour les projets MUSE et INTERACT, nos principaux partenaires sont des cadres de direction de la santé publique, comme les médecins hygiénistes en chef et leurs représentants dans les municipalités et les villes où nous menons nos travaux de recherche. Les mandats – prescrits par la loi – du médecin hygiéniste en chef et du médecin hygiéniste adjoint sont de suivre ce qui se passe en matière de santé et de faire rapport sur ces indicateurs de santé. À mon avis, ces personnes sont certainement parmi les partenaires les plus influents et les plus efficaces pour réduire les iniquités de santé dans les centres urbains. D'autres acteurs de la scène municipale comptent aussi, par exemple les urbanistes, les gestionnaires [et] les concepteurs. Pour notre projet de Good Food Junction et nos autres études sur l'environnement alimentaire, nos principaux partenaires étaient un organisme communautaire appelé [CHEP Good Food Inc.](#) ainsi que les conseils scolaires catholiques et publics.

Il existe au Canada des réseaux comme le [Urban Public Health Network](#) [UPHN] et le [Réseau canadien de santé des régions nordiques et éloignées](#), dont les membres se réunissent régulièrement pour échanger des idées et participer aux travaux de recherche qui visent à générer des données probantes dont ils pourront se servir pour agir et plaider pour un changement. Nous pourrions puiser dans ces réseaux déjà établis, [mais] nous ne le faisons pas suffisamment. Vous pourriez vous imaginer ces réseaux en train de travailler de concert avec les gens des plateformes de la mairie, la [Société canadienne d'hypothèques et de logement](#) et les organismes subventionnaires des recherches en santé comme les IRSC et la [Fondation canadienne pour l'innovation](#), afin de renforcer considérablement aussi bien la création des connaissances que l'application des connaissances au Canada.

Lisa : Ce qui me vient à l'esprit est le partenariat que nous avons établi avec les gens du projet Bâtir un Canada en santé – CLASP. Ce partenariat nous a beaucoup aidés à établir un lien avec la Ville de Winnipeg, et plus particulièrement avec le [service de l'urbanisme](#). Nous avons eu l'occasion de donner une présentation à la haute direction, ce qui nous a menés à obtenir l'appui de nombreux services de la Ville. Si nous n'avions pas commencé de cette façon, nous aurions été obligés de parcourir un chemin plus long pour arriver où nous en sommes maintenant. L'équipe du projet CLASP nous a permis de renforcer rapidement nos liens avec la municipalité en donnant à la Ville l'occasion de collaborer à un projet national. Nous avons aussi pu mieux faire connaissance avec quelques-uns des urbanistes qui ont fait tous les efforts voulus pour apprendre les tenants et les aboutissants de la santé publique et les avantages de travailler à des cadres bâtis favorables à la santé. Jusqu'à maintenant, nous entretenons toujours de bons rapports et continuons de collaborer étroitement avec ces urbanistes. Je ne saurais trop insister sur la valeur de ces relations de confiance, j'espère plus d'une, avec les municipalités, c'est-à-dire avec les gens qui vous aideront à naviguer à travers le système municipal et à plaider pour que vous obteniez une place aux tables où personne n'aurait songé auparavant à solliciter votre présence.

Claire : J'aimerais chanter les louanges de ces partenaires auxquels vient de faire allusion Lisa. Le projet CLASP a donné un grand coup d'envoi à bien des actions d'un bout à l'autre du pays. Maintenant qu'il n'existe plus, je vois le trou béant qu'il a laissé. Bien qu'il existe d'autres réseaux nationaux, comme l'a souligné Nazeem, ils n'exercent pas la même ascendance que CLASP sur les autorités de la santé. Il faut en outre souligner la grande importance des champions, y compris les conseillers municipaux et les maires. Une relation de confiance entre nos systèmes ne peut se bâtir que par les individus.

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

Q Comment nous assurer que les acteurs de la santé publique sont présents à la table au moment de planifier et de concevoir les cadres bâtis de nos collectivités? Quel rôle unique joue la santé publique?

R Lisa : C'est différent d'un endroit à un autre au Canada. Au Manitoba, toutefois, l'autorité de la santé n'a vraiment rien à voir avec la scène municipale. Il est donc difficile de savoir quelle place devrait occuper la santé publique ou la perspective de l'équité en santé autour de la table des services municipaux. À l'heure actuelle, nous intervenons auprès de la Ville de Winnipeg de manière ponctuelle. Nous tentons de conclure un protocole d'entente avec la Ville afin de participer plus officiellement dans une partie de leurs processus d'urbanisme, d'orientation et de décision. En général, nos consultations avec les gens de la Ville ont lieu à vrai dire à l'étape de la consultation publique. C'est la dernière étape. D'habitude, ils ont déjà élaboré leur plan ou leur politique au moment d'entreprendre leur processus de consultation publique. Un protocole d'entente avec la Ville de Winnipeg nous permettra de participer plus systématiquement à la planification plus tôt lors de l'élaboration.

Claire : En Colombie-Britannique, l'organisme provincial [Healthy Communities](#) nous a donné un coup de pouce en ce sens qu'il fait en sorte que les autorités de la santé ont la responsabilité d'établir des liens et de travailler étroitement avec les gouvernements locaux. Pour les activités de sensibilisation possibles et la création de ressources, comme le *Healthy built environment linkages toolkit*, nous travaillons avec des partenaires de la province comme la [BC Healthy Built Environment Alliance](#), [PlanH](#) et la [BC Healthy Living Alliance](#). Cela a aidé à soutenir l'intérêt de l'autorité de la santé comme telle, ainsi qu'à nous doter des ressources et du soutien nécessaires au service de santé publique pour travailler avec toutes les collectivités.

Dans les autorités de la santé, ce travail concerne plusieurs services et programmes. Nous devons considérer qui au service de la santé publique participe à chaque table et ce que nous pouvons faire pour les soutenir en termes de compétences, par exemple en matière de connaissances spécialisées, d'établissement de partenariats ou de

techniques de collaboration. Les autorités publiques ont notamment l'importante responsabilité de nous faire travailler de manière cohérente. La collaboration et la coordination jouent ainsi un rôle de premier plan dans notre crédibilité lorsque nous travaillons avec les gouvernements locaux.

Un autre élément à prendre en compte est que nous devons nous montrer utiles. Nous devons offrir des outils et des ressources sur mesure, comme les profils de santé et les initiatives d'orientation à proposer aux divers auditoires qui participent à différentes tables. À la VCH (et à la [Fraser Health](#)), nous avons la chance d'avoir les données d'enquête [My Health My Community](#), un outil qui donne accès à des données sur la santé et le bien-être de la population locale qui peuvent être analysées sous différents angles. C'est un outil très intéressant à présenter, et nous pouvons en montrer toutes les fonctionnalités. Donc, il faut pouvoir obtenir une place à la table, se doter des outils et des ressources et posséder les compétences et les capacités au sein de l'autorité de la santé pour réellement savoir comment travailler dans ce genre de cadre.

Nazeem : Comme l'ont mentionné Lisa et Claire, il faut un engagement, une ouverture à travailler ensemble, une bonne connaissance des gens et un cadre à l'intérieur duquel fonctionner comme le protocole d'entente dont parlait Lisa à propos de Winnipeg. [À titre d'exemple,] je mentionne que le président de l'Université de la Saskatchewan et le maire de la Ville de Saskatoon ont signé un protocole d'entente qui les amène à travailler ensemble dans les dossiers d'urbanisme et d'aménagement du territoire, ainsi qu'en recherche.

Nous contribuons à l'exercice par notre capacité de répondre tout de suite, notre engagement et, naturellement, notre capacité à générer de l'information. L'information est générée non pas sur une période de trois ans, [ce qui est] la durée typique des projets de recherche, mais en effectuant une revue rapide de la littérature. C'est comme pour une analyse de rentabilité d'une intervention comme un service rapide par bus. Nous avons effectué cette analyse en huit semaines l'été dernier avec l'aide d'un étudiant en médecine. Voilà où se situe l'évaluation de l'impact sur la santé dont j'ai parlé précédemment. Il faudrait à tout prix instaurer ce type d'évaluation au Canada.

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI



Q Quelles sont quelques-unes des mesures concrètes que pourraient prendre les praticiens de la santé publique pour promouvoir l'équité par rapport au cadre bâti?

R Claire : La première consiste à savoir que vous ne pouvez rien accomplir sans avoir consolidé vos partenariats. Pour ce faire, il faut notamment apprendre à voir le monde à travers les yeux de vos partenaires. Que leur faut-il pour pouvoir agir sur les iniquités de santé? Si vous travaillez avec des urbanistes, sachez ce qui facilite ou entrave leur travail. Même chose pour les conseils. Il s'agit de renforcer votre muscle en matière de partenariats pour être capable d'avoir accès à l'information dont vous avez besoin pour assurer que vous agissez au bon moment et de la bonne manière.

La capacité d'établir des partenariats s'avère essentielle pour promouvoir l'équité par rapport au cadre bâti. Nous avons constaté que nos protocoles d'entente et nos contributions aux plans directeurs officiels nous permettent d'ériger la plateforme où nous pourrions intervenir plus tard. C'est qu'ils montrent que, oui, voilà pourquoi nous devrions prendre part au processus. Le protocole d'entente permet au personnel de venir nous voir. Il établit la structure nécessaire pour nous inclure plus systématiquement.

Nous encourageons les gouvernements locaux à mettre la santé au premier plan dès l'élaboration des objectifs. La perspective de la santé est souvent déjà implicite, mais pas mise en avant explicitement. Pour qu'un partenariat fonctionne bien, nous conseillons de le dire à haute voix. Vous nous donnerez ainsi la chance d'être présents et de vous aider à l'avenir.

Une autre mesure consiste à s'impliquer auprès des populations vulnérables. Il ne s'agit pas seulement de faire état de ce que nous savons déjà à leur sujet, mais de se demander comment faire pour faire entendre leur voix? Il s'agit de déterminer quels autres groupes devraient aussi participer? En tant qu'acteurs de la santé publique, nous travaillons auprès de nombreux groupes de population. Nous pouvons donc faciliter ces interactions afin de veiller à ce que ces groupes puissent s'exprimer.

Lisa : Mon premier point concerne l'importance de formuler une déclaration afin de prendre position sur les cadres bâtis favorables à la santé. Cela a permis à l'ORSW [Office régional de la santé de Winnipeg] de faire monter l'intérêt de soutenir les cadres bâtis jusqu'au conseil d'administration. Une telle déclaration accélère le processus d'approbation nécessaire pour pouvoir agir et appuyer les cadres bâtis favorables à la santé, par exemple parler en faveur ou, très

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CADRE BÂTI

rarement, à l'encontre des politiques ou des programmes de la Ville lors des réunions du conseil municipal. Elle nous permet d'articuler les éléments d'importance pour nous en matière de cadres bâtis favorables à la santé et d'asseoir nos activités quotidiennes dans ce domaine.

Mon deuxième point concerne le suivi de la page sur la [participation publique](#) dans le site Web de la Ville et l'importance de donner notre avis au besoin. Nous encourageons les autres autorités de la santé qui commencent leur démarche pour un cadre bâti favorable à la santé à prendre part, dans la mesure du possible, à l'élaboration du plan directeur de leur municipalité. Certains offices de la santé au Manitoba desservent plus d'une vingtaine de municipalités, et ils se sentent dépassés à l'idée de donner leur avis sur chacun des plans directeurs officiels. Nous leur suggérons de commencer par l'un des plus importants centres urbains, de communiquer avec les personnes responsables afin de connaître le meilleur moment de formuler leurs recommandations, puis de simplement s'engager dans cette relation.

Nous avons constaté qu'il était très profitable de simplement se rendre au [congrès de l'ordre des urbanistes du Manitoba](#) et de faire connaissance avec les [parties concernées par le cadre bâti](#). Je crois que c'est le seul endroit où nous avons rencontré les urbanistes et où nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec eux et de voir le cadre bâti de leur point

de vue. Nous avons découvert qu'il s'agissait pour nous d'une bonne façon de consolider notre relation avec des défenseurs de la collectivité et d'avoir l'occasion de produire un impact collectif en travaillant avec la population pour atteindre les mêmes objectifs.

Nazeem : L'une de mes suggestions de mesure porte sur la codirection. C'est logique, mais cela exige un certain changement d'attitude aussi. Pour ce genre de dossier, nous devons identifier des homologues qui sont des leaders. C'est toujours une bonne idée de répartir la conduite des choses entre les secteurs, par exemple la municipalité, la santé publique, l'université et ainsi de suite. Nous avons remporté un certain succès par le passé dans la mise en place d'instituts de recherche sociale qui exercent un leadership symétrique dans différents secteurs.

La deuxième suggestion consiste à être capable d'utiliser la pensée critique et la pratique réflexive. L'idée vient en fait du médecin hygiéniste en chef ici, à Saskatoon, lors d'une réunion à Montréal, en novembre [2017]. À la fin de la rencontre, il a souligné que nous devons faire très attention en provenant des milieux de la santé publique, de la santé des populations et de la recherche menée en santé dans les universités. Nous devons nous efforcer de ne pas donner l'impression que la santé est ce qu'il y a de plus important et que tout tourne autour d'elle – ou ce genre « d'impérialisme de la santé » – particulièrement lorsque nous interagissons avec nos partenaires municipaux. La perspective des urbanistes est complètement différente. Nous devons nous montrer sensibles au fait que tout le monde n'a pas toujours la santé en tête, encore moins la perspective de l'équité en santé. Nous devons agir avec beaucoup de tact et de diplomatie. L'enveloppe budgétaire des ministères de la Santé compte pour la moitié du budget du gouvernement provincial, et les municipalités ne reçoivent qu'une infime portion de ce budget provincial. Voici que nous annonçons publiquement que nous voulons jouer dans leurs plates-bandes. Je suggère seulement que nous devons faire très attention à l'impression que cela pourrait donner à certains de nos partenaires avec lesquels nous voulons travailler étroitement.

Ressources connexes

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). *Impact collectif et santé publique : une ancienne et une nouvelle démarche – récit de deux initiatives canadiennes* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 31 octobre 2018]. Accessible à www.nccdh.ca/fr/resources/entry/collective-impact-and-public-health-stories-of-two-canadian-initiatives

Le document fait le récit de deux initiatives d'impact collectif auxquelles ont contribué des acteurs de la santé publique du Canada. Les praticiens y expliquent le déroulement du projet, les prochaines étapes et les leçons apprises sur le plan stratégique, de même que le processus à suivre pour lancer une initiative d'impact collectif.

Q Avez-vous des commentaires à formuler en conclusion aux praticiens, aux décideurs et aux chercheurs en santé publique?

R Nazeem : Les recherches sur le cadre bâti n'en sont encore qu'à leurs balbutiements. Elles remontent à une dizaine ou à une douzaine d'années seulement, peut-être une quinzaine. Ce qui nous pousse vers ce travail est logique et c'est la volonté de comprendre l'incidence du cadre bâti sur la santé, y compris par rapport à l'équité en santé. Cependant, pour ce qui est de générer des données probantes à l'aide d'études de qualité, je pense qu'il reste beaucoup de travail à faire de ce côté. Nous sommes encore assez loin du but en termes de recherches sur le cadre bâti et de conseils stratégiques susceptibles d'en découler. Nous devons l'accepter et ne pas brûler les étapes.

Claire : L'un des domaines dont nous n'avons pas encore parlé est la santé autochtone et ce que veut dire le concept de cadre bâti favorable à la santé dans ce domaine. Le [Centre de collaboration nationale en santé environnementale](#) a produit une excellente [présentation](#) sur le sujet. Je pense toutefois que nous devons nous assurer d'en apprendre plus sur le sujet si nous voulons venir en aide aux collectivités autochtones. Je suis aussi d'avis que nous devons veiller à ce que notre courbe d'apprentissage ne devienne pas un fardeau trop lourd pour elles. Voilà une occasion d'apprendre sur les cadres bâtis favorables à la santé dans un autre contexte, en suivant un autre mode de penser et de savoir.

Lisa : Je soulignerais simplement l'intérêt de travailler étroitement avec les gens de la municipalité et de leur offrir de l'aide. Ces gens ont fait appel à nous à l'occasion [en nous demandant :] « Pourriez-vous vous joindre à nous et contribuer à la rédaction du rapport sur l'agriculture urbaine? » Ils m'ont parfois demandé de me pencher sur d'autres questions qui n'ont rien à voir avec le cadre bâti,

comme les tours de téléphonie cellulaire et la perspective de la santé publique à cet égard, pour pouvoir en rapporter les données probantes aux groupes de pression. C'est une question de faire connaître la perspective de l'équité aux gens de la municipalité et de parler de l'équité en santé dans des dossiers dans lesquels ils n'ont jamais eu ce genre de conversation auparavant. Le fait de soutenir la démarche pour un cadre bâti favorable à la santé ne veut pas automatiquement dire que vous soutenez l'équité en santé – vous devez en être conscient dans votre démarche.

Ressources connexes

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2018). *Le milieu bâti : Comprendre l'influence de l'environnement physique sur la santé et le bien-être des Premières Nations vivant sur réserve* [Internet]. Prince George (C.-B.) : CCNSA [cité le 31 octobre 2018]. 36 p. Accessible à https://www.nccah-ccnsa.ca/525/Voir_publication.nccah?id=236

Ce rapport produit par le **Centre de collaboration nationale de la santé autochtone** traite de l'incidence du cadre bâti sur la santé et le bien-être des Premières Nations. On y présente le contraste entre l'aménagement des collectivités autochtones avant la colonisation et les changements amenés par la colonisation par rapport à l'état des maisons et des communautés, en établissant un lien entre ces changements et les iniquités de santé vécues en permanence par les peuples autochtones.

Références bibliographiques

1. Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 14 novembre 2018]. Accessible à www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html
2. Agence de la santé publique du Canada. (c2018). [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC. *Déclaration de la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada*, le 18 janvier 2018 [cité le 31 octobre 2018], [environ 4 écrans]. Accessible à www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2018/01/declaration_de_ladretheresatamadministratriceenchefdelasantepubl.html
3. British Columbia Centre for Disease control. (Mai 2018). *Healthy Built Environment Linkages Toolkit – version 2.0* [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Provincial Health Services Authority [cité le 31 octobre 2018]. Accessible à www.bccdc.ca/health-professionals/professional-resources/healthy-built-environment-linkages-toolkit
4. Bâtir un Canada en santé – CLASP [Internet]. [Cité le 31 octobre 2018]. Accessible à www.jstor.org/stable/canajpu/blheal.106.1.0es3fr?seq=1#page_scan_tab_contents
5. Fuller, D., R. Engler-Stringer, et N. Muhajarine. (2015). Examining food purchasing patterns from sales data at a full-service grocery store intervention in a former food desert. *Preventive Medicine Reports* [Internet]. Vol. 2, p. 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.02.012> (en anglais)

Direction de l'entretien :

Teri Emrich (CCNDS). Révision : Teri Emrich (CCNDS) et Dianne Oickle (CCNDS). Le CCNDS remercie les participants à l'entretien qui ont bien voulu faire part de leurs connaissances et de leurs expériences. Les participants ont tous eu l'occasion de passer en revue la version préliminaire du présent document.

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
ccnds@stfx.ca
Téléphone : 902-867-6133
Télécopieur : 902-867-6130
www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous reconnaissons que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2019). *La santé publique a la parole : équité en santé et cadre bâti*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-989241-12-7

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du CCNDS au www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccd.ca under the title *Public Health Speaks: Health equity and the built environment*.