

Notre état de santé est  
empreint de nos modes de vie,  
d'apprentissage et de travail.

## Kachimaa Mawiin • Certitudes possibles

Faire une place au lieu dans la recherche  
et les politiques en matière de santé

Initiative sur la santé de la population canadienne



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information



# Kachimaa Mawiin • Certitudes possibles

## Faire une place au lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé

### **Compte-rendu de l'atelier Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques**

Un atelier organisé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)  
en collaboration avec le Centre de recherche Léa-Roback

Du 27 au 29 avril 2005

La Sapinière, Val-David (Québec)

Les opinions exprimées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la population de la santé ou de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie à condition que ce ne soit pas à des fins commerciales et qu'il y soit fait mention de l'Institut canadien d'information sur la santé et des auteurs.

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ontario)  
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-721-4 (PDF)

© 2005 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title: *Kachimaa Mawiin—Maybe for Sure: Finding a Place for Place in Health Research and Policy*  
ISBN 1-55392-720-6 (PDF)

# Table des matières

<b>Introduction : La place du lieu</b> .....	1
Retour en arrière : Banff 2002 .....	1
De Banff à Val-David .....	2
<b>Mobilisation des connaissances : Présentation des recherches parrainées par l'ISPC</b> .....	5
Indicateurs prévisionnels de la détresse psychologique et qualité de vie des populations à faible revenu de Montréal.....	7
Étude des milieux de vie et de la santé à l'échelle locale : Le cas de trois secteurs de la région de Québec .....	11
Collectivités rurales du Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants .....	15
Inégalité des revenus et santé dans les régions métropolitaines d'Amérique du Nord .....	19
Le problème de la conceptualisation et de la délimitation des quartiers : Vers une approche multiconceptuelle et pluriméthodique .....	23
Estimation de l'état de santé au sein d'un petit secteur de la région métropolitaine de recensement de Vancouver .....	26
Lieu et santé au sein des collectivités des Premières nations.....	28
Famille et lieu : Effets sur la santé et le niveau d'instruction.....	31
<b>Préciser les concepts : Le problème de la définition du « lieu »</b> .....	35
Du « lieu » au « quartier » : Une approche pragmatique aux quartiers.....	39
<b>« Je suis votre public cible » : Comblent le fossé entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques</b> .....	43
<b>De la recherche menant aux politiques à la recherche <i>sur</i> les politiques : Vers les prochaines étapes</b> .....	49
Une approche pluridisciplinaire du lieu et de la santé .....	49
<b>Conclusion : Au-delà de Val-David — Prochaines étapes de la recherche sur le lieu et la santé</b> .....	53
<b>Annexe 1 : Liste des participants à la conférence</b> .....	55
<b>Annexe 2 : Programme de l'atelier</b> .....	57
<b>Annexe 3 : Règles de base de l'atelier</b> .....	62



## Introduction : La place du lieu

Il existe une place pour le concept de lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé.

Mais où se situe cette place, et quelle est-elle? Comment définir ou cerner des concepts comme ceux de « lieu » ou de « quartier »? Pour qui le lieu a-t-il le plus d'importance, et pourquoi? Quels sont les liens entre santé et lieu, et vice-versa, et en quoi ces liens nous aident-ils à mieux comprendre ces deux concepts? Comment les chercheurs de diverses disciplines peuvent-ils en arriver à concevoir le lieu comme un facteur influant sur la santé de la population? En outre, comment peuvent-ils communiquer leur conception du lieu non seulement aux chercheurs d'autres disciplines, mais également aux décideurs? Enfin, comment prendre en compte les effets du temps et le caractère évolutif du lieu sur ce dernier et sur la santé?

En avril 2005, un groupe de chercheurs se sont réunis durant trois jours à Val-David, au Québec, dans le cadre d'un atelier parrainé par l'ISPC, pour discuter et débattre, entre autres, des questions mentionnées ci-dessus. Intitulé *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques*, cet atelier met l'accent sur la mobilisation des compétences, sur l'exploration des orientations à venir en matière de lieu et de santé, ainsi que sur l'établissement de liens avec les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs. Les objectifs de l'atelier étaient les suivants :

- Échanger les résultats et les idées en matière de lieu et de santé au Canada;
- Discuter des conséquences et proposer des orientations pour l'élaboration des politiques relatives au lieu et à la santé;
- Se pencher sur les orientations de la recherche sur le lieu et la santé au Canada.

Parmi les objectifs établis à la suite de l'atelier, citons la préparation du présent procès-verbal ainsi que la soumission de rapports de recherche à une publication pertinente en vue d'un numéro thématique.

### Retour en arrière : Banff 2002

Au cours de l'hiver 2002, sous le parrainage de l'ISPC, des responsables de l'élaboration des politiques et des décideurs ainsi qu'un groupe de chercheurs, dont bon nombre de ceux qui étaient présents à Val-David en 2005, se sont réunis à Banff pour un atelier de trois jours. En plus de leur permettre de présenter brièvement leurs projets de recherche, cet atelier avait pour but de faciliter les échanges d'idées sur le lieu et la santé ainsi que de promouvoir la constitution d'un réseau de recherche canadien qui s'intéresserait à l'analyse spatiale de l'état de santé dans les villes canadiennes et permettrait ainsi l'utilisation de méthodes et d'outils de collecte de données communs afin de faciliter les comparaisons entre les diverses études. Les participants à l'atelier espéraient pouvoir cerner les problèmes méthodologiques qu'ils avaient en commun et trouver des solutions aux problèmes en matière de recherche.

Les participants à l'atelier de Banff ont décidé d'axer sur trois types de questions clés leurs discussions portant sur la complexité du concept de lieu :

1. **Questions conceptuelles** : Comment le lieu influe-t-il sur la santé? Quels sont les liens théoriques entre le contexte du quartier et la santé? Quels sont les mécanismes de production de la santé par le contexte?
2. **Questions d'échelle** : Qu'est-ce qui définit un quartier? Quelle est la relation entre les « ensembles flous » et l'ontologie du lieu? Qu'en est-il des critères d'homogénéité?
3. **Questions pratiques** : Quelles données peuvent être utilisées pour mener des recherches sur les effets du lieu sur la santé? Quels sont les moyens novateurs permettant d'établir quelles sont les données existantes, d'accéder à celles-ci et de les utiliser? Est-il possible d'établir les limites et les possibilités existantes? Qu'en est-il de la validation des données et des relations avec ceux qui les élaborent?

## De Banff à Val-David

À la fin de l'atelier de Banff, les participants ont convenu à l'unanimité de se réunir à nouveau pour discuter plus amplement de la recherche en matière de lieu et de santé. C'est pourquoi l'ISPC a décidé d'organiser l'atelier de Val-David, au Québec, en avril 2005, en collaboration avec le Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal.

Cet atelier, qui a vu des chercheurs d'universités et d'établissements présenter leurs projets et leurs résultats, a bien montré l'évolution de la recherche sur le lieu et la santé au Canada. Il a également permis de soulever de nombreuses questions pratiques et conceptuelles sur l'état de cette recherche, questions qui vont continuer d'orienter les discussions, les recherches et les collaborations liées au lieu et à la santé. L'expression ojibway « *kachimaa mawiin* », que l'on pourrait littéralement traduire par « certitudes possibles », a été évoquée pour qualifier certaines des incertitudes inhérentes à l'état actuel de la recherche sur le lieu et la santé ainsi que le potentiel que recèle ce domaine en dépit — et peut-être en raison — de ces incertitudes.

Le présent document résume l'atelier de trois jours qui s'est tenu à Val-David.

- L'atelier a permis aux chercheurs de présenter leurs recherches à certains de leurs collègues et aux décisionnaires présents. Le **chapitre 2** comporte les résumés des projets de recherche présentés au cours de la première journée de l'atelier ainsi que les commentaires de divers décisionnaires concernant ces projets.
- Les diverses expressions utilisées pour désigner le « lieu » et la grande souplesse avec laquelle elles sont utilisées ont clairement permis d'établir qu'il existe de nombreuses définitions de ce concept. Souvent interchangeables, elles enrichissent et compliquent à la fois la recherche sur le lieu et la santé ainsi que le transfert de connaissances dans ce domaine. Le **chapitre 3** résume les discussions entre les participants à l'atelier sur les défis posés par la définition du concept de lieu.

- L'un des objectifs de l'atelier consistait à discuter des conséquences et à proposer des orientations pour élaborer des politiques relatives au lieu et à la santé. Le **chapitre 4** se penche sur certains des défis que pose le passage de la recherche à l'établissement de politiques. Il se penche aussi sur certaines des stratégies qui permettraient de combler le fossé entre le milieu de la recherche et le monde politique.
- Enfin, le **chapitre 5** fait le tour des discussions relatives aux étapes à venir en matière de recherche sur le lieu et la santé, soulignant l'importance d'un travail pluridisciplinaire en ce domaine, abordant la notion de recherche sur les interventions visant les politiques, et évoquant l'idée d'un réseau de recherche sur le lieu et la santé qui assurerait une amélioration constante de la qualité et contribuerait au progrès.

## À propos de l'ISPC

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), qui fait partie de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été lancée en 1999. Sa **mission** consiste :

- faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités;
- contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

L'ISPC, en tant qu'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population :

- analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens;
- finance la recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population;
- résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe des options politiques;
- travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités;
- travaille au sein de l'ICIS pour contribuer à l'amélioration du système de santé canadien et de la santé des Canadiens.

Les **objectifs stratégiques** de l'ISPC sont les suivants :

- Assurer une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé de la population (génération et résumé de connaissances);
- Contribuer à l'élaboration de politiques d'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens (synthèse et analyse des politiques);
- Fournir une information objective et crédible sur la santé de la population (transfert et communication de connaissances);
- Établir des stratégies et des réseaux conjoints pour faire comprendre les déterminants de la santé (échange de connaissances).

Pour en savoir davantage sur l'ISPC et télécharger les rapports de celle-ci, veuillez consulter son site Web : [www.icis.ca/ispc](http://www.icis.ca/ispc).

## À propos du Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal

Le Centre de recherche Léa-Roback a été créé pour élaborer un programme de recherche commun et favoriser l'élaboration de projets conjoints. En mettant en place des infrastructures de recherche qui répondent aux besoins des chercheurs, le Centre favorise la réalisation de projets et la naissance d'une masse critique de chercheurs intéressés par les questions liées aux inégalités sociales en matière de santé. Le Centre assure en outre un partage plus efficace des connaissances et des expériences entre les chercheurs, les décisionnaires et les intervenants, de sorte que des mesures éclairées puissent être proposées.

Le Centre de recherche Léa-Roback est financé par l'Institut sur la santé publique et des populations dans le cadre d'un projet stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada visant la mise en place de centres de développement de la recherche.

### Programme de recherche

Le Centre de recherche Léa-Roback regroupe 26 chercheurs de différentes disciplines et aux perspectives diverses. Chacun de ces chercheurs est engagé dans un programme de recherche axé sur l'une des quatre grandes questions auxquelles le Centre tente de répondre dans sa poursuite d'une approche plus complète :

- Comment les inégalités sociales se transforment-elles en inégalités en matière de santé?
- Comment réduire les inégalités sociales en matière de santé?
- Comment réduire les effets des inégalités sociales sur la santé?
- Comment réduire la contribution des problèmes de santé au renforcement des inégalités sociales?

### Infrastructures de recherche

Pour atteindre ses objectifs, le Centre de recherche Léa-Roback met à la disposition des chercheurs des infrastructures adaptées à leurs besoins.

### Infrastructure d'échanges et de développement de connaissances

Cette infrastructure vise à documenter ce qui a été accompli dans les milieux où œuvre le Centre, et ailleurs, dans le domaine des inégalités sociales en matière de santé. Elle vise aussi à établir de solides fondations pour les collaborations à venir dans le but de mieux répondre aux questions de recherche.

### Infrastructure de données populationnelles

Cette infrastructure a pour but de faciliter l'accès aux bases de données comportant les particularités des individus, de leur famille et du contexte où ils vivent. La création de nouvelles bases de données est prévue, dont une établie d'après une enquête longitudinale portant sur les effets des caractéristiques du contexte montréalais sur l'état de santé.

### Infrastructure de transfert de connaissances

Cette infrastructure vise à favoriser les échanges entre les partenaires qui œuvrent à la réduction des inégalités sociales en matière de santé, ainsi qu'à mettre sur pied des projets de recherche qui correspondent aux exigences analytiques que pose l'élaboration de politiques ou l'exécution d'interventions efficaces.

## Mobilisation des connaissances : Présentation des recherches parrainées par l'ISPC

Le premier jour de l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques* met l'accent sur la mobilisation des connaissances. Les chercheurs présentent leurs projets et les résultats obtenus à ce jour. Un intervenant de la sphère politique municipale, provinciale ou fédérale commente ensuite chaque présentation. Le présent chapitre comporte les résumés des rapports de recherche présentés et les commentaires de décisionnaires portant sur ces rapports<sup>1</sup>.

La présentation des rapports de recherche s'articule autour de la structure suivante :

- **Sujet et méthode de recherche**
- **Objectifs** : Pourquoi cette recherche est-elle nécessaire? À quels problèmes tente-t-elle de répondre?
- **Principaux résultats en ce qui a trait aux politiques** : En quoi les connaissances générées contribuent-elles à la compréhension ou à la gestion des problèmes cernés?

Les commentaires des participants à la discussion s'articulent pour leur part autour de la structure suivante :

- **Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques** : À la lumière du rapport de recherche, quels sont les principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques?
- **Responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés** : Qui pourrait être intéressé par les résultats de cette recherche et pourquoi?
- **Principales applications** : Comment les principaux clients cibles pourraient-ils appliquer les résultats de cette recherche?
- **Questions en suspens relatives aux politiques** : Quelles questions ou quels problèmes majeurs persistent en ce qui a trait aux politiques? Quelles lacunes perdurent en matière de recherche et de connaissances?

Enfin, les discussions qui suivent la présentation des rapports de recherche sont axées sur les questions suivantes :

- Quelle est la pertinence de la recherche présentée en ce qui a trait aux politiques?
- Comment rendre les rapports de recherche plus clairs et persuasifs en ce qui trait à la présentation des résultats liés à la recherche et aux politiques?
- Comment les résultats de la recherche pourraient-ils être appliqués?

---

1. Les opinions et les recommandations énoncées dans le présent chapitre sont celles des chercheurs et des participants à la discussion et ne représentent pas forcément celles de l'ISPC.

- Quelles stratégies pourraient être employées pour que la recherche se traduise par des résultats concrets ou par une mobilisation?
- Qu'est-ce qui rend cette question pertinente du point de vue de la recherche et de l'élaboration des politiques?
- Comment un dialogue entre les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs pourrait-il mener à une approche novatrice de la question?

Les principaux thèmes des discussions sont abordés au fil des chapitres suivants.

## Indicateurs prévisionnels de la détresse psychologique et qualité de vie des populations à faible revenu de Montréal

Jean Caron, *Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill*

### Sujet et méthode de recherche

Selon M. Caron, le niveau socioéconomique est considéré comme le meilleur indicateur prévisionnel de la santé mentale, et les populations à faible revenu constituent le groupe le plus vulnérable aux problèmes de santé mentale. Il semble que l'existence d'un réseau de soutien social contribue à prévenir la détresse psychologique chronique qui découle de conditions comme la pauvreté. Bien que certaines études aient établi que les populations défavorisées ne bénéficient pas d'un soutien social suffisant, ce problème touche-t-il l'ensemble de la population ou simplement la partie de celle-ci qui est aux prises avec des difficultés d'adaptation? Quelles composantes du soutien social ont des vertus préventives?

Cinq groupes de personnes du sud-ouest de Montréal ont été étudiés : des bénéficiaires d'aide sociale victimes ou non de détresse psychologique; des prestataires de la sécurité du revenu ou de services de santé mentale; et deux groupes sélectionnés au hasard au sein de l'ensemble de la population, l'un étant victime de détresse psychologique et l'autre pas.

En plus de collecter des données à l'aide d'outils normalisés, les chercheurs se sont livrés à des entretiens semidirigés. Ils ont mené des analyses quantitatives pluridimensionnelles pour comparer les réseaux sociaux, le soutien social et la qualité de vie des cinq groupes. Ils se sont aussi livrés à d'autres analyses pour établir les différences entre les groupes en matière d'actualisation du soutien. Une analyse de régression multiple a enfin permis d'établir les meilleurs indicateurs prévisionnels de la détresse psychologique et de la qualité de vie au sein des populations défavorisées.

### Objectifs

Cette étude vise à favoriser une meilleure compréhension des relations précises qui existent entre certaines composantes du soutien social, la détresse psychologique et la qualité de vie.

### Principaux résultats

Selon Jean Caron, les résultats confirment que les personnes défavorisées sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale. La moitié des prestataires de la sécurité du revenu des deux quartiers défavorisés de Montréal étudiés affichent un taux de détresse psychologique élevé, deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population du

Québec et 56 % plus élevé que celui de l'ensemble de la population de ces quartiers. D'autres résidents de ces quartiers, plus à l'aise, affichent également un taux de détresse psychologique plus élevé que celui de l'ensemble de la population de Montréal.

Ces résultats, suggère le rapport de recherche, confirment l'importance de l'influence des relations sociales sur la détresse psychologique. C'est l'accessibilité du soutien social, et non le nombre de personnes qui composent le réseau de soutien ou qui interagissent au sein de celui-ci, qui semble être le facteur clé de prévention de la détresse psychologique. Quel que soit leur niveau économique, les personnes qui ne sont pas aux prises avec une détresse disent bénéficier d'une meilleure accessibilité au soutien social que celles qui le sont. Elles indiquent aussi bénéficier d'un plus grand soutien affectif, de plus d'aide concrète et matérielle, ainsi que d'une plus grande intégration sociale. Elles disent enfin être davantage valorisées et mieux guidées pendant les périodes de détresse. Des 30 variables prises en compte dans le cadre de l'analyse de la régression, **le soutien affectif et la présence de personnes nuisibles** apparaissent comme les plus puissants indicateurs prévisionnels de la détresse psychologique chez les personnes défavorisées. Le soutien affectif semble préserver les individus de la détresse psychologique, alors que la présence de personnes en détresse a l'effet contraire.

### Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

Le participant à la discussion **Tariq Bhatti**, directeur général, Opérations, Secrétariat des villes, Infrastructure Canada, souligne que ce rapport, en tentant d'établir les causes fondamentales de la détresse psychologique, « contribue remarquablement » à la prévention, à la promotion de la santé et à la prise de décisions fondées sur des faits avérés.

### Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques

M. Bhatti fait remarquer que le rapport soulève des pistes de réflexion intéressantes en matière de recherche et de politiques, s'inscrivant bien dans le cadre stratégique que le Secrétariat des villes s'emploie à mettre en place. Ce cadre met l'accent sur les piliers économiques, sociaux, environnementaux et culturels de la viabilité. Le rapport de recherche examine :

- la notion de contribution *relative* du soutien social au sein d'un modèle multidimensionnel composé de variables qui influent sur la santé mentale : confrontées à des circonstances semblables, certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres;
- le concept de *variables fondamentales par rapport aux valeurs marginales*, les premières ayant trait aux relations sociales. Les deux variables les plus étroitement associées sont, d'une part, la disponibilité perçue du soutien affectif et la satisfaction qu'il procure, et, d'autre part, le nombre de personnes *nuisibles* dans la vie de chacun;
- le rôle de la *perception* : c'est là où la différence entre les individus se situe. Ceux qui considèrent leur détresse comme passagère et gardent espoir en l'avenir vivent leur détresse différemment et y font face plus efficacement.

## Principaux responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés

### Au sein du gouvernement fédéral :

- Secrétariat des villes, Infrastructure Canada;
- Ressources humaines et développement des compétences;
- Citoyenneté et Immigration Canada;
- Patrimoine canadien;
- Statistique Canada (étude sur les quartiers frappés par la détresse psychologique);
- Institut canadien des urbanistes (pour la régénération des quartiers et le développement urbain).

Ces ministères et organismes, suggère M. Bhatti, pourraient tirer parti d'un atelier consacré à l'élaboration de politiques et de programmes qui tiennent compte du lieu. Ils pourraient, dans le cadre de ces ateliers, partager leurs expériences et apprendre les uns des autres. Des ateliers ou des thèmes semblables pourraient, par exemple, être inscrits au programme du congrès annuel de la Fédération canadienne des municipalités.

- **À l'échelle des municipalités et des collectivités :** Cette recherche présente un intérêt clé, souligne M. Bhatti. Par exemple, dans le cadre du fonds de la taxe sur l'essence, les municipalités seront tenues d'élaborer des plans de viabilité à long terme. Les recherches sur le lieu et la santé permettent d'influer sur ces plans.
- **À l'échelle internationale :** Le Forum urbain mondial, en ce qui a trait à son rapport *État des villes*.
- **En ce qui concerne la régénération et le développement des quartiers :** L'Institut canadien des urbanistes.

## Principales applications

Les décideurs pourraient, selon M. Bhatti, souhaiter :

- inclure ces éléments dans des ententes bilatérales et tripartites entre diverses sphères gouvernementales;
- intégrer ces éléments dans la planification locale à l'échelle des collectivités;
- investir dans des collectivités « modèles » illustrant les leçons tirées;
- créer un mouvement international d'élaboration de politiques et de programmes qui tiennent compte du lieu.

## Questions en suspens relatives aux politiques

- Comment intégrer, au sein des divers paliers de gouvernement, les facteurs économiques, sociaux, culturels et environnementaux liés au lieu et à la santé pour assurer une plus grande cohérence et favoriser la prise de mesures conjointes?

- Comment mettre en place une collaboration et une gestion horizontales pour assurer une obligation commune de rendre compte des résultats obtenus?
- M. Bhatti suggère que les projets d'élaboration de programmes et de politiques portent une plus grande attention aux considérations de santé mentale.
- Il suggère aussi que les politiques visent à la fois les personnes et les lieux. Il est souhaitable qu'elles visent les individus au sein des collectivités où ils choisissent de vivre et de travailler, et qu'elles mettent l'accent sur la viabilité actuelle et future des collectivités au sein desquelles les gens choisissent de vivre et de travailler.

## Étude des milieux de vie et de la santé à l'échelle locale : Le cas de trois secteurs de la région de Québec

Maria De Koninck, *Département de médecine sociale et préventive, Université Laval*  
Robert Pampalon, *Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)*  
Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, *Université Laval*

### Sujet et méthode de recherche

Cette étude s'inscrit dans une tendance actuelle de la recherche, qui tente d'expliquer les causes fondamentales des inégalités en matière de santé pour mieux comprendre en quoi les facteurs sociaux y contribuent. Elle vise à répondre à la question suivante : pourquoi des secteurs affichant un même profil socioéconomique présentent-ils des profils différents en matière de santé?

L'équipe de recherche pluridisciplinaire a sélectionné trois secteurs de la région de Québec : l'un situé au centre-ville, l'autre en banlieue, et le troisième en milieu rural. Ces trois secteurs ont ensuite été subdivisés en « quartiers », que l'équipe s'est employée à définir par une approche en trois volets combinant des éléments historiques, socioéconomiques et liés à la perception.

L'équipe de recherche a suivi une approche pluridisciplinaire et utilisé des méthodes quantitatives et qualitatives : analyse approfondie de toutes les données existantes, y compris celles du recensement et celles liées aux hospitalisations ainsi qu'à la mortalité; observations sur le terrain; enquêtes téléphoniques auprès d'informateurs clés et entretiens en personne avec ceux-ci; enquêtes téléphoniques auprès d'un échantillon représentatif de la population et entretiens en profondeur avec les résidents. Tout au long de l'étude, l'équipe a pu compter sur le soutien d'un comité consultatif composé d'intervenants locaux.

### Objectifs

M<sup>me</sup> De Koninck explique que les inégalités sociales contribuent aux inégalités en matière de santé. Le fait de vivre dans des conditions matérielles ou sociales précaires nuit tout particulièrement à la santé et au bien-être. Selon l'équipe de recherche toutefois, les interventions efficaces en matière de santé de la population restent limitées. Les déterminants de la santé sont trop souvent analysés indépendamment. Par une analyse du rôle de la collectivité, de la famille et du milieu de travail en tant que déterminants de la santé, l'étude vise donc :

1. à cerner et à quantifier, à l'échelle locale, les principaux facteurs qui contribuent aux inégalités en matière de santé; et
2. à comprendre les interactions entre ces facteurs ainsi qu'à établir leurs effets sur la santé publique.

## Principaux résultats

L'équipe de recherche analyse actuellement les résultats de l'étude et a même fait part de résultats préliminaires concernant l'un des secteurs étudiés, à savoir celui de Limoilou. Selon une série d'indices, l'état de santé des résidants de Limoilou est moins bon que celui de l'ensemble de la population de Québec.

Bien que les résultats présentés soient encore incomplets et préliminaires, ils fournissent certaines indications sur la façon dont différents facteurs se combinent pour caractériser les milieux locaux et sur la manière dont ces milieux peuvent contribuer à générer des inégalités en matière de santé. M<sup>me</sup> De Koninck s'appuie sur les réflexions de Macintyre et de ses collègues<sup>2</sup> pour avancer des explications fondées sur la **composition**, le **contexte** et le **fonctionnement collectif** :

- La **composition** désigne les caractéristiques d'une population donnée : niveau d'instruction, emploi, état civil, etc. Le rôle joué par la composition est, entre autres, mis en lumière par la réputation des quartiers. Certains résidants interrogés se disent à l'aise dans leur quartier, car ils s'y sentent « à leur place ». Une partie d'entre eux précisent que l'embourgeoisement du quartier pourrait les amener à le quitter afin de ne pas avoir à vivre avec des gens qui ne sont pas comme eux. Les résidants de certains quartiers parlent systématiquement de leur pauvreté comme d'une expérience commune, ce qui confirme l'influence réelle de la composition. La pauvreté soulève aussi les problèmes de la sécurité perçue et du faible taux de satisfaction vis-à-vis de la qualité du quartier. Il apparaît que la maîtrise perçue des résidants sur leur environnement joue un rôle clé dans la compréhension des effets du lieu sur la santé : le fait de vivre dans un environnement que l'on se sent impuissant à améliorer peut influencer sur la santé.
- Le **contexte** permet, quant à lui, de comprendre le développement d'un quartier. Le rôle des infrastructures apparaît clairement : les quartiers considérés comme les meilleurs le sont en raison de leurs infrastructures physiques. Les politiques qui entendent améliorer la situation se doivent donc de prendre en compte cette dimension.
- Le **fonctionnement collectif** : Envisagées en relation avec les infrastructures physiques ainsi qu'avec les caractéristiques de la population, les dimensions sociale et culturelle permettent de mieux comprendre comment des situations résultent du « fonctionnement collectif ». Ainsi, la pauvreté donne naissance à des mouvements sociaux (groupes et regroupements de populations) de même qu'à des dynamiques sociales : les groupes communautaires luttent plus activement contre la pauvreté, mais peuvent être moins productifs sur le plan du développement économique.

---

2. Macintyre, S. et al., « Place Effects on Health : How Can We Conceptualize, Operationalize, and Measure Them? », *Social Science & Medicine*, vol. 55, no 1 (2002), p. 125 à 139.

Les chercheurs soulignent que, bien que l'analyse de ces trois concepts soit instructive, ceux-ci ne suffisent pas à expliquer les effets du lieu sur la santé. « Le libre arbitre est extrêmement important, déclare M<sup>me</sup> De Koninck. Nous devons aller vers les gens et déterminer pourquoi divers événements, comme la perte d'un emploi ou un décès, les amènent à déménager ou à utiliser les ressources différemment. » M<sup>me</sup> De Koninck précise que les interventions doivent être diversifiées et se faire à l'échelle locale : « Les lieux prennent vie à la lumière de ce que les gens en disent. Nous devons savoir comment les gens vivent. » Deux défis méthodologiques se posent : établir **l'échelle spatiale appropriée** et prendre en compte **le libre arbitre**.

- **Échelle spatiale appropriée** : La compréhension des effets du quartier sur la santé exige une meilleure compréhension de ce que signifie le « quartier » pour les résidents ainsi que de la perception de ces derniers de leur « expérience concrète du lieu<sup>3</sup> ». Une telle perspective permet de mettre en lumière les différences entre les quartiers, au-delà de l'apparente homogénéité des lieux.
- Selon M<sup>me</sup> De Koninck, on comprend mieux les effets du lieu sur la santé si l'on prend en compte le **libre arbitre** : les chercheurs doivent mettre au point de meilleures approches d'intégration de l'information sur le rôle du lieu.

### Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

Le participant à la discussion **Richard Lessard**, directeur de la santé publique, Direction régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, émet un « premier commentaire sur l'analyse préliminaire des travaux en cours ».

### Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques

- Selon D<sup>r</sup> Lessard, les gens semblent choisir leur lieu de vie en fonction de leurs besoins personnels et familiaux ainsi que de leurs moyens.
- Une fois installés dans un lieu, les gens estiment n'avoir que peu, voire pas du tout, les moyens de le quitter (après tout, ils ont « choisi » ce lieu.)
- L'existence de logements sociaux dans divers secteurs de la ville constitue une partie de la solution.

### Principaux responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés

- Organismes de logement, de transport public, d'enseignement et de développement économique.

---

3. J. Popay et al., « A Proper Place to Live : Health Inequalities, Agency and the Normative Dimensions of Space », *Social Science & Medicine*, vol. 57, no 1 (2004), p. 55 à 69.

## Principales applications

- Les responsables de l'élaboration des politiques, suggère M. Lessard, pourraient intervenir sur le plan physique pour éradiquer les facteurs qui nuisent à la santé ainsi que pour mettre en place les infrastructures qui favorisent une meilleure santé et auxquelles les gens tiennent. Cela pourrait se faire, entre autres, par des programmes intégrés de renouvellement urbain. Si les résidants « choisissent » un lieu mais que ce lieu n'est pas idéal (à la lumière de ses résultats pour la santé), suggère M. Lessard, les politiques devraient viser à modifier ce lieu pour le rendre plus sain, notamment par une réduction de la pollution, par une sécurité renforcée, par la création de parcs et de zones récréatives, ainsi que par un meilleur accès aux programmes de santé publique. Les responsables de l'élaboration des politiques et les décisionnaires pourraient consulter les résidants afin de savoir ce dont ils ont besoin pour être en santé.

## Questions en suspens relatives aux politiques

- Logement privé ou public : comment résoudre ce dilemme?
- Bien que l'État continue d'intervenir dans les quartiers, faut-il intervenir encore davantage pour transformer ceux-ci?
- Certains changements de l'environnement physique des quartiers ont-ils les effets désirés?

## Collectivités rurales du Canada : Comprendre la santé rurale et ses déterminants

Marie Desmeules, *Agence de santé publique du Canada*

Claudia Lagacé, *Agence de santé publique du Canada*

Ray Pong, *Centre for Rural and Northern Health Research, Université Laurentienne*

Denis Heng, *Centre for Rural and Northern Health Research, Université Laurentienne*

Judith Guernsey, *Université Dalhousie*

### Sujet et méthode de recherche

Comment se portent les Canadiens qui vivent en milieu rural par rapport à ceux qui vivent en milieu urbain? Comment peser l'aspect rural en matière de santé de la population et de politiques de santé? Marie Desmeules présente les résultats d'un programme de recherche national conjoint portant sur l'état de santé, sur les déterminants de la santé, ainsi que sur l'utilisation des services de santé au sein des collectivités rurales. Les objectifs de ce programme sont les suivants :

- Analyser les importantes questions que pose la recherche sur la santé de la population rurale sur les plans conceptuel et méthodologique ainsi qu'en ce qui a trait à la disponibilité et à la qualité des données;
- Dresser un portrait plus complet de l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural ainsi que de l'utilisation des soins de santé par ceux-ci, d'après des données provinciales et nationales secondaires;
- Utiliser un modèle de santé de la population pour établir les déterminants de la santé rurale;
- Suggérer des stratégies efficaces pour résoudre les problèmes de santé de la population rurale.

Les données administratives relatives, par exemple, à la mortalité, aux hospitalisations et aux visites chez le médecin, ainsi que les données des enquêtes sur la santé collectées aux échelles régionale, provinciale et nationale ont été utilisées pour établir les disparités potentielles entre les zones rurales et les zones urbaines, à savoir les « zones d'influence métropolitaine ». Les chercheurs ont mis au point un cadre qui intègre la dimension rurale du concept de lieu et dépeint les relations hypothétiques entre les principales catégories de déterminants et l'état de santé des populations rurales. Ce cadre prend en compte la composition, le contexte et le fonctionnement collectif des lieux et montre que ces relations peuvent être directes, indirectes ou réciproques.

## Objectifs

Selon M<sup>me</sup> Desmeules, on ne dispose encore que d'une information limitée sur la santé des populations rurales du Canada. La plupart des travaux théoriques sur le lieu et la santé effectués à ce jour sont basés sur des études des environnements urbains, ce qui contribue à la difficulté que posent la définition des populations rurales du Canada ainsi que l'établissement de leur état de santé.

On reconnaît de plus en plus que les possibilités dont bénéficient les collectivités varient grandement et que cela influe sur leur développement et leur santé. On reconnaît également de plus en plus que le processus politique ne doit pas sous-estimer la diversité des conditions, comme en témoignent notamment le rapport Romanow, le Conseil consultatif ministériel sur la santé rurale ainsi que le projet de recherche en santé rurale et du Nord des IRSC.

## Principaux résultats

Selon M<sup>me</sup> Desmeules, bien que certains indicateurs de santé soient identiques dans les milieux ruraux et urbains, et même si certains indicateurs de mauvaise santé sont supérieurs en zone urbaine, les indicateurs de santé relevés dans le cadre de l'étude sont souvent moins bons dans les zones rurales. L'existence de taux de mortalité globaux plus élevés au sein des collectivités rurales semble être liée à des causes comme les maladies du système circulatoire, les blessures et le suicide. Les zones les plus rurales sont souvent le plus à risque.

L'étude fait notamment état, en zones rurales, de taux de mortalité plus élevés attribuables à des facteurs qu'il est possible de prévenir, comme le suicide, les blessures, ainsi que diverses maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires et le diabète. Ces taux de mortalité plus élevés persistent même après leur ajustement en fonction de divers facteurs socioéconomiques et démographiques. Les comportements liés à la santé, comme le tabagisme et l'obésité, sont répandus au sein du Canada rural, tandis que les taux de visite chez le médecin, par exemple pour obtenir des services de santé mentale, y sont plus faibles que dans les zones urbaines. Ces résultats devraient pouvoir plaider en faveur de la mise en place de meilleurs programmes et politiques visant à améliorer la santé des Canadiens qui vivent au sein des collectivités rurales.

## Conséquences souhaitables sur les politiques et questions

- Toujours selon M<sup>me</sup> Desmeules, les politiques doivent-elles, en prenant en compte le « lieu », viser les *collectivités* ou les *individus*? Même si, dans certains cas, les politiques et les interventions visant les individus (meilleur dépistage du cancer, par exemple) pourraient se révéler les plus efficaces, dans d'autres cas (poids santé, par exemple), le contexte des collectivités (valeurs, croyances, culture, environnement physique, etc.) ne doit pas être négligé. Pour un problème de santé donné, une approche mixte visant à la fois les individus et les collectivités pourrait être envisagée.

- Bien que certaines des études existantes indiquent que l'état de santé est moins bon dans les zones rurales, la ruralité n'est pas systématiquement synonyme de mauvaise santé par rapport à l'urbanité.
- Les politiques efficaces au sein des collectivités urbaines ne sont pas nécessairement applicables au sein des collectivités rurales.
- L'utilisation sélective d'indicateurs de la santé des individus peut mener à des visions qui surestiment les problèmes de santé rurale au Canada. L'augmentation du nombre d'indicateurs utilisés devrait générer une perception plus équilibrée de l'état de santé des Canadiens vivant en milieu rural.
- L'analyse de la mortalité, toutes causes confondues, démontre que l'effet de la ruralité sur celle-ci n'est pas homogène. Le recours à une définition dichotomique de la ruralité, par opposition à l'urbanité, risque de masquer certaines différences importantes entre les diverses collectivités rurales. Une définition de la ruralité dans un contexte plus dynamique, fondée par exemple sur le taux de migrants quotidiens, permettrait de jeter la lumière sur la façon dont les degrés de ruralité influent sur l'état de santé.

#### Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

- La ruralité n'est pas qu'une simple variable, fait remarquer **Robert Pampalon**, de l'Institut national de santé publique du Québec : comme 20 % de la population du Canada vit en milieu rural, la recherche et les politiques doivent être adaptées à cette population.

#### Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques

- Les zones rurales sont aux prises avec une mortalité prématurée ainsi qu'avec des taux élevés d'accidents d'automobile, de suicide (chez les hommes), de maladies du système circulatoire, ainsi que de cancer de la prostate et du col de l'utérus.
- Les résidents des zones rurales fument davantage, sont plus nombreux à afficher un surpoids et consultent moins leur généraliste à des fins de dépistage préventif (p. ex. : test de Papanicolaou, dépistage du cancer du sein ou de la prostate).
- Plus l'on s'éloigne des grandes villes en direction de zones de plus en plus rurales, plus la mortalité prématurée augmente.
- Plus que les facteurs socioéconomiques, c'est le contexte des zones rurales qui favorise la mortalité prématurée supérieure.

## Principaux responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés et principales applications

- **Organismes de santé nationaux et régionaux :** M. Pampalon suggère la possibilité de mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé prenant en compte certaines réalités rurales, qui visent particulièrement à réduire les différences entre les zones urbaines et les zones rurales ainsi qu'à améliorer la santé au sein des zones rurales. Il suggère également la mise en place de systèmes de surveillance de l'état et des ressources de santé, qui prennent eux aussi en compte les réalités rurales.
- **responsables de l'élaboration des politiques chargés de programmes de santé précis :** Comment des programmes de santé précis, comme ceux de prévention du suicide ou du tabagisme ou encore de promotion d'une alimentation saine ou du poids santé, peuvent-ils concrètement parvenir à toucher les résidents ruraux, et notamment les jeunes hommes dans le cas des programmes de prévention du suicide? Dans quelle mesure ces programmes sont-ils adaptés aux réalités rurales?
- **Écoles de médecine :** Les écoles de médecine pourraient sensibiliser les généralistes œuvrant en zone rurale à l'importance du dépistage préventif et aux autres réalités rurales.

## Organismes nationaux et régionaux responsables de secteurs publics liés à la santé :

- Les organismes de transport pourraient se pencher sur la qualité des routes et sur l'absence de transport public dans les zones rurales.
- Les organismes d'enseignement pourraient se pencher sur les taux de décrochage scolaire au secondaire.
- Les organismes responsables de l'emploi pourraient se pencher sur les taux de chômage élevés.

## Questions en suspens relatives à la recherche et aux politiques

M. Pampalon suggère que de plus amples recherches soient menées dans les domaines suivants relatifs à la santé rurale :

- Problèmes sociaux chez les jeunes femmes et les jeunes hommes des zones rurales (p. ex. violence et négligence envers les enfants, délinquance juvénile, crime);
- Accidents du travail et maladies professionnelles;
- Santé mentale;
- Facteurs sociaux et culturels liés à la santé :
  - définition de la santé selon les résidents ruraux;
  - dynamique sociale au sein des familles et des milieux de travail ruraux;
  - ressort psychologique des collectivités rurales.
- Facteurs expliquant l'exode rural des personnes âgées : quel est le rôle de l'état de santé dans cet exode?

## Inégalité des revenus et santé dans les régions métropolitaines d'Amérique du Nord

James R. Dunn, *Centre for Research on Inner City Health, St. Michael's Hospital*  
Nancy A. Ross, *Faculté de géographie, Université McGill*

### Sujet et méthode de recherche

Le point de départ de ce projet réside dans la « relation paradoxale » qui existe entre l'inégalité des revenus et la mortalité au sein de la population en âge de travailler des régions métropolitaines du Canada et des États-Unis. Les chercheurs ont analysé les inégalités des revenus en milieu urbain (« part médiane ») et la santé (taux de mortalité de la population en âge de travailler — 25 à 64 ans — ajusté en fonction de l'âge) qui prévalent dans ces pays pour tenter de cerner les facteurs sociaux et économiques qui diffèrent substantiellement d'un pays à l'autre et qui peuvent expliquer la relation différente entre l'inégalité des revenus et la santé.

### Objectifs

La relation entre l'inégalité des revenus et la mortalité au sein de la population en âge de travailler est très différente au Canada et aux États-Unis. Elle fait en sorte que l'étude comparative des relations potentielles entre inégalité des revenus et santé dans les régions métropolitaines de ces deux pays se heurte à un important paradoxe.

Bien qu'une abondante littérature s'emploie à analyser la relation entre l'inégalité des revenus et la santé de la population, les études de cette relation ont porté peu d'attention à la géographie et au lieu. Les auteurs de cette étude estiment, en revanche, qu'une analyse de la répartition des revenus et de la santé de la population se doit d'être fondée sur la géographie, l'inégalité des revenus constituant une « véritable » variable contextuelle fondée sur le lieu.

Toujours selon les auteurs de l'étude, cette analyse tombe à point en ce qui a trait aux politiques métropolitaines. Après avoir hérité, depuis des années, d'un grand nombre des problèmes et des dépenses auparavant pris en charge par les paliers supérieurs du gouvernement, les villes canadiennes se trouvent de nouveau au cœur du programme politique. Plus de 80 % des Canadiens vivent en zone urbaine, et plus de 50 % d'entre eux vivent dans les régions métropolitaines de Toronto, de Vancouver, de Montréal ou de Calgary-Edmonton.

### Principaux résultats

Les répercussions de l'inégalité des revenus sur la santé de la population, notent les auteurs de l'étude, doivent être envisagées d'une manière multiscalaire, fondée sur le lieu et la géographie.

Le Canada dispose d'une gamme de mécanismes qui atténuent les conséquences des inégalités et de la pauvreté relative. Les différences clés entre ces mécanismes et ceux dont disposent les États-Unis peuvent expliquer la différence de la relation qui existe d'un pays à l'autre entre inégalité des revenus et santé. Selon les chercheurs, les différences incluent les mécanismes suivants :

- Les systèmes beaucoup plus dynamiques et efficaces de redistribution des revenus par des programmes fiscaux et des programmes de transfert dont dispose le Canada;
- Les effets de la redistribution des biens publics, particulièrement de l'assurance-santé universelle ainsi que de l'enseignement public primaire et secondaire qui sont les piliers de la bonne santé;
- Les disparités moindres entre les métropoles en matière de qualité des biens et services publics au Canada, qui atténuent la régression résidentielle selon le revenu. Les « métropolarités<sup>4</sup> », ou les inégalités exprimées spatialement sur le territoire, sont contrebalancées au Canada par :
  - les importants transferts gouvernementaux au profit des individus et des foyers, qui réduisent le fardeau global lié aux besoins sociaux;
  - les transferts ciblés, mais relativement généreux des paliers de gouvernement supérieurs aux individus et aux foyers à faible revenu;
  - l'important contrôle qu'exercent les gouvernements provinciaux canadiens sur les autorités municipales.

Les caractéristiques du lieu discutées dans le cadre de ce projet constituent peut-être une explication de la relation paradoxale qui existe entre inégalité des revenus et santé de la population. Même s'il est difficile de les quantifier et de les vérifier par l'approche positiviste traditionnelle, les caractéristiques du lieu peuvent atténuer ou amplifier les effets des inégalités sous-jacentes sur la santé de la population.

Cette recherche plaide pour l'adoption de politiques qui visent notamment à :

- préserver un système d'imposition progressive et à réduire l'importance des sources de revenus dégressives (les services sociaux fondés sur la redistribution pourraient être financés par des impôts progressifs);
- réduire les obstacles financiers à l'accès aux biens et services (santé, scolarité, logement) qui façonnent le changement;
- évaluer le financement des services sociaux et les options de prestation de ceux-ci pour assurer l'égalité sociale et spatiale (par exemple en prenant le facteur égalité en compte dans les débats sur la fusion des municipalités ou sur la dévolution);
- renforcer les liens entre planification sociale et planification urbaine.

---

4. Le terme « métropolarité » apparaît pour la première fois dans E.W. Soja, *Postmetropolis : Critical Studies of Cities and Regions*, Oxford, Royaume-Uni, Blackwell Publishing (2000).

## Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

**Dianne Patychuk**, participante à la discussion, commente le rapport de son point de vue d'épidémiologiste sociale au sein du Public Health Department de la Ville de Toronto. Son travail, explique-t-elle, fait appel à l'utilisation de données pour appuyer les décisions susceptibles de réduire les inégalités en matière de santé (p. ex. affectation des ressources, établissement des enjeux et des collectivités prioritaires, positionnement des services pour que les gens qui en ont le plus besoin y aient accès). Comment utiliser les résultats de ce projet de recherche pour comprendre les stratégies susceptibles de réduire les inégalités en matière de santé de la population?

## Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques

Les explications des différences entre le Canada et les États-Unis semblent plausibles, selon M<sup>me</sup> Patychuk. Elles font de la santé de la population un facteur clé en déplaçant le débat des personnes et populations concernées vers les politiques et les lieux concernés.

- Les résultats donnent à penser que les gouvernements sont en mesure de proposer des politiques qui réduisent les inégalités en faisant appel à des solutions et à des mesures de santé non pécuniaires. Il existe des solutions de rechange aux politiques d'impôts dégressifs.
- Les indicateurs de « santé des lieux » sont pertinents, en sus des indicateurs de santé de la population.
- Le revenu constitue *davantage* un déterminant de la longévité et de la santé quand l'accès aux déterminants dépend du niveau de revenu. Quels leviers actuels permettraient d'atténuer la relation entre le revenu et la santé?

## Principaux responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés

M<sup>me</sup> Patychuk précise que le passage vers la « cité-État » est inévitable et qu'il est déjà en marche à Toronto. Les cibles clients se composent des autorités municipales, des gouvernements fédéraux et provinciaux, des entreprises qui se soucient des infrastructures locales ainsi que des organismes nationaux qui proposent des stratégies urbaines, comme la Fédération canadienne des municipalités (FCM).

## Principales applications

« Le concept de lieu est poreux », souligne M<sup>me</sup> Patychuk. La distribution équitable de biens et de services publics de bonne qualité exige des programmes multisectoriels ainsi qu'un contexte politique qui respecte les valeurs et les intérêts communs de la collectivité sociale, et non seulement les intérêts des collectivités individuelles ou des quartiers.

Sur une échelle allant des microstratégies visant l'individu et la famille aux macrostratégies visant le marché du travail, ce rapport de recherche met l'accent sur les mésostratégies applicables à l'ensemble des biens et services publics et sur la façon dont elles pourraient permettre de réduire les inégalités. Ces mésostratégies incluent

L'utilisation optimale des stratégies fondées sur le revenu (progressives) et destinées à rendre accessibles les biens et les services publics (santé, soins dentaires, scolarité, transport, logement, services récréatifs, etc.) tout en s'éloignant des stratégies dégressives comme l'imposition de frais aux utilisateurs.

### Questions en suspens relatives aux politiques

M<sup>me</sup> Patychuk relève les questions suivantes :

- Le fait que les centres urbains du Canada affichent une répartition plus équitable des richesses et de moindres inégalités en matière de santé que les centres urbains des États-Unis ne signifie nullement qu'il n'existe pas d'inégalités en matière de santé dans les villes canadiennes : les inégalités existantes sur le plan de la mortalité infantile le montrent bien, par exemple. Nous devons nous pencher sur les inégalités en matière de santé non seulement au sein même des villes canadiennes, mais aussi entre elles.
- Quel effet ont eu sur l'accès aux services publics au sein des collectivités les politiques économiques et sociales post-récession qui ont été menées depuis 1994 en matière d'impôt, de transferts, d'assistance sociale ainsi que de restructuration du marché du travail et qui ont atténué les inégalités au sein de ce dernier? Un certain nombre de programmes financés à l'échelle nationale sont en cours dans les quartiers des villes canadiennes avec la participation des gouvernements et des ONG, comme Centraide. Ces programmes constituent des « expérimentations naturelles » consacrées au mode d'établissement de priorités par les collectivités locales en ce qui a trait à leurs actions liées aux microstratégies, aux mésostratégies et aux macrostratégies.

## Le problème de la conceptualisation et de la délimitation des quartiers : Vers une approche multiconceptuelle et pluriméthodique

Lise Gauvin, *Université de Montréal*

Éric Robitaille, *Centre de recherche Léa-Roback*

Mylène Riva, *Université de Montréal*

Louise Potvin, *Université de Montréal*

Clément Dassa, *Université de Montréal*

Lindsay McLaren, *Université de Calgary*

### Sujet et méthode de recherche

Lise Gauvin dresse « le récit des réussites, des revers et des défis » de ce projet de recherche, décrivant le problème de la conceptualisation et de la délimitation du lieu comme « une énigme dont la solution nous échappe encore ». Elle utilise l'exemple d'un des personnages de la BD Batman, le Sphinx, pour illustrer ce point de vue.

Ce projet de recherche comporte trois objectifs :

- Indiquer et critiquer la définition et l'opérationnalisation du lieu dans le cadre de la recherche sur la santé;
- Illustrer les difficultés que posent la définition et l'opérationnalisation du lieu par des exemples concernant Montréal et Calgary;
- Proposer une approche qui permette de relever les défis conceptuels et méthodologiques.

Cette recherche compte cinq éléments constitutifs :

- Dans un premier temps, les chercheurs illustrent les défis que posent la définition et l'opérationnalisation des quartiers par des exemples de tentatives visant à distinguer les quartiers de Montréal et de Calgary. Par exemple, les *fichiers des frontières administratives* décrivent les territoires fixés par les organismes de la collectivité pour répondre à des besoins organisationnels précis, comme le font les *fichiers des frontières spatiales statistiques*. Montréal est ainsi divisée en fonction des centres locaux de services communautaires (CLSC), des arrondissements scolaires et des districts policiers, des circonscriptions électorales des secteurs de recensement, des aires de dissémination, ainsi que des pâtés de maisons et des plans d'urbanisme visant les vieux quartiers, pour ne citer que ces critères.
- Dans un deuxième temps, les chercheurs décrivent le « problème méthodologique bien connu, mais auquel on s'est bien trop rarement attaqué » des unités spatiales modifiables.
- Dans un troisième temps, ils indiquent et critiquent les définitions conceptuelles du « quartier » utilisées dans la recherche sur la santé.
- Dans un quatrième temps, ils dressent un bref aperçu de la l'opérationnalisation des quartiers dans la recherche sur la santé menée au fil de la dernière décennie et commentent l'importance des relations établies entre les caractéristiques des quartiers et les résultats pour la santé.

- Dans un dernier temps enfin, l'équipe propose une approche multiconceptuelle et pluriméthodique qui consiste à cerner les résultats intéressants pour la santé, à définir les expositions précises qui doivent être liées à ces résultats et à établir les unités spatiales où l'exposition est la même.

## Objectifs

Au cours de la dernière décennie, l'intérêt pour les études consacrées au lieu en tant que déterminant de la santé de la population a progressé. Ces études ont donné naissance à une littérature croissante qui associe les dimensions spatiales du lieu à toute une série de résultats pour la santé. Cet intérêt renouvelé pour le lieu et la santé s'accompagne d'un problème frustrant pour les chercheurs : comment établir l'unité d'analyse la mieux adaptée à l'étude des effets du lieu sur la santé?

Une approche multiconceptuelle et pluriméthodique de la conceptualisation et de l'opérationnalisation des quartiers en relation avec la santé constitue la solution la plus viable de démonstration des liens qui existent entre les caractéristiques des lieux de résidence et les résultats en matière de santé.

## Principaux résultats

L'approche suivante est l'une de plus prometteuses en matière de définition et d'opérationnalisation des quartiers en vue de la recherche sur la santé. Elle comporte les trois étapes suivantes :

- Déterminer l'unité spatiale appropriée en ce qui a trait à des expositions et à des résultats précis en matière de santé;
- Examiner les liens entre des résultats précis pour la santé et certaines expositions précises;
- Préciser clairement si l'accent est mis sur la santé des individus, sur celle de la population ou sur les deux.

Nous avons encore bien des choses à apprendre, souligne M<sup>me</sup> Gauvin. Selon elle, les chercheurs en matière de lieu et de santé doivent :

- établir des liens entre les conceptualisations des quartiers et leur opérationnalisation;
- soutenir l'idée selon laquelle les quartiers doivent davantage être perçus comme des « ensembles flous » que comme des « entités clairement définies »;
- examiner comment en arriver à des conceptions longitudinales;
- explorer l'utilité d'approches de mesure plus novatrices;
- considérer le degré d'exposition aux quartiers résidentiels.

## Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

Le participant à la discussion **Mike Benigeri**, coordonnateur du Carrefour montréalais des informations sociosanitaires, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal, analyse le rapport de recherche avec ses yeux d'ex-chercheur et administrateur.

En tant qu'**ex-chercheur**, il insiste sur les difficultés que posent la conceptualisation et la délimitation des quartiers. Le recensement canadien, suggère-t-il, pourrait ouvrir la porte à des possibilités de fusion. Il suggère que les chercheurs portent une attention particulière au concept de l'isolement social, et souligne l'importance du problème des unités spatiales modifiables.

En tant qu'**administrateur**, M. Benigeri pose quatre questions qui soulignent certaines différences entre les besoins des chercheurs et ceux des responsables de l'élaboration des politiques :

- M. Benigeri indique que la recherche qui privilégie les résultats et les recommandations l'intéresse davantage et lui est plus utile que la méthodologie en tant que responsable de l'élaboration des politiques.
- Comment choisir les territoires? « Nous disposons déjà de toutes sortes de territoires existants : nous devons travailler en fonction de ceux-ci. Il ne nous est pas possible d'en établir [encore] de nouveaux. »
- Est-ce une question de quartiers ou de personnes? « Nous devons intervenir au sein des territoires, *avec* les gens. Si nous devons investir des sommes quelque part, nous savons où le faire; ce n'est pas une question de personnes et de territoires. La question consiste à établir ce que nous devons faire, et comment. »
- Mettons-nous l'accent sur l'état de santé ou sur les services de santé nécessaires? « Nous avons besoin d'une étude sur les services de santé. Il ne suffit pas de savoir que les gens sont pauvres ou parents uniques. Nous avons besoin de savoir quelles sommes affecter pour être efficaces : deux fois plus d'argent pour les services de santé mentale, cinq fois plus ou même dix fois plus? »

En conclusion, M. Benigeri propose quelques pistes de **réconciliation des deux perspectives** :

- Nous devons, suggère-t-il, renforcer le partenariat entre les chercheurs et les administrateurs.
- Il pourrait être utile d'intégrer graduellement de nouvelles unités territoriales, comme les centres de santé et de services sociaux (CSSS), dans le système de soins de santé.
- Enfin, nous devons orienter la recherche vers *ce qui doit être fait* et sur *la façon de le faire*.

## Estimation de l'état de santé au sein d'un petit secteur de la région métropolitaine de recensement de Vancouver

Michael Hayes, *Faculty of Health Science/Department of Geography, Université Simon Fraser*

Lisa Oliver, *Department of Geography, Université Simon Fraser*

Nadine Schuurman, *Department of Geography, Université Simon Fraser*

Darrin Grund, *Faculty of Health Science, Université Simon Fraser*

### Sujet et méthode de recherche

Quelle est la répartition spatiale des inégalités en matière de santé au sein de la région métropolitaine de recensement (RMR) de Vancouver? Quel est, par exemple, l'état de santé au sein du centre-ville de Vancouver par rapport à celui qui prévaut au sein d'autres collectivités?

L'équipe de recherche met au point, au sein de la RMR de Vancouver, une technique d'estimation de l'état de santé dans des unités spatiales souples en regroupant les zones de diffusion du recensement, et ce, d'après une base de données intégrée consacrée à l'utilisation du territoire et constituée par l'équipe dans le cadre du programme de recherche de l'ISPC *La structure urbaine, la santé de la population et les politiques publiques*. Des variables socioéconomiques clés (revenu moyen et taux de chômage, par exemple) et plusieurs indices de pauvreté (ex. : Pampalon; Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique de soins de santé du Manitoba) seront utilisés pour établir des déciles de zones de diffusion liés aux caractéristiques sociales, sur lesquels baser les estimations des différences d'état de santé au sein de la RMR de Vancouver. Ces déciles de zones de diffusion sont associés aux participants au cycle 1.1 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)* grâce aux codes postaux figurant dans les fichiers de microdonnées confidentiels. Les principaux résultats pour la santé dégagés par l'ESCC ont été sélectionnés, dont ceux qui sont relatifs à l'autoévaluation de la santé, aux blessures, aux problèmes de santé chroniques, à la dépression et à l'utilisation des soins de santé. Les proportions et les moyennes de chaque indicateur de santé pour les déciles des variables socioéconomiques et des indices de pauvreté retenus ont été calculées. À partir de ces moyennes, l'état de santé au sein de chaque unité spatiale peut être estimé en évaluant les données socioéconomiques sélectionnées relatives à la ZD concernée. Les conséquences du choix d'indices de pauvreté particuliers au sein d'un secteur feront l'objet de discussions.

### Objectifs

L'une des limitations de l'analyse de l'état de santé au sein de petits secteurs est que les données sont souvent relatives à des unités prédéfinies, comme les régions sanitaires. Les chercheurs et les décideurs ont souvent souhaité pouvoir estimer l'état de santé au sein d'unités spatiales plus souples que celles qui sont normalement utilisables. Après plusieurs restructurations du système de santé régional de la Colombie-Britannique qui ne considère pas la RMR de Vancouver comme un système urbain intégré et qui ne

permet donc pas la comparaison de la répartition de l'état de santé au sein de celle-ci, ce projet vise à insuffler une certaine cohérence aux définitions spatiales du système urbain sous-jacent de Vancouver pour permettre la comparaison des données et, comme le dit Michael Hayes, « pour tenter d'imaginer le monde différemment et de convaincre les administrateurs d'imaginer leur monde différemment. »

### **Principaux résultats**

Ce projet en est au stade de l'analyse des données. L'équipe de recherche a récemment conclu un partenariat avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, qui lui permettra d'avoir accès à des bases de données statistiques essentielles grâce auxquelles elle pourra mieux évaluer les inégalités en matière de santé au sein de la RMR de Vancouver.

*Aucun participant n'a commenté la présentation du rapport de recherche.*

## Lieu et santé au sein des collectivités des Premières nations

Christopher E. Lalonde, *Université de Victoria*

Kathi Avery Kinew, *Assemblée des chefs du Manitoba*

Robin A. Yates, *Université de Victoria*

### Sujet et méthode de recherche

Ce projet de recherche se penche sur la relation entre la « continuité culturelle », à savoir la persistance de la culture et des traditions au fil du temps et des changements, et les taux de suicide au sein de la jeunesse des Premières nations en Colombie-Britannique.

L'effet du lieu sur la santé est, en ce qui a trait aux Premières nations du Canada, lié à la relation de celles-ci au territoire, relation établie au fil de milliers d'années d'adaptation culturelle. Discuter du « lieu », c'est discuter de la « culture ». Ce projet de recherche met l'accent sur cette imbrication de la culture et de la santé. Qu'advient-il si le lieu est imposé et que la santé est culturelle? Avec l'Assemblée des chefs du Manitoba, l'équipe de recherche entend examiner la relation entre continuité culturelle et résultats pour la santé chez les Premières nations du Manitoba.

Pour comprendre la relation entre la continuité culturelle et le suicide, les chercheurs étudient plusieurs variables illustrant les niveaux de continuité culturelle au sein des collectivités des Premières nations. Ces variables comprennent les tentatives d'obtention des droits sur les terres ancestrales, les niveaux d'autonomie, le contrôle exercé sur l'éducation ainsi que sur les services de santé, de police et d'incendie, de même que la création d'installations culturelles visant à préserver et à enrichir la vie culturelle. Selon l'hypothèse de l'équipe de recherche, chacun de ces facteurs contribue à prévenir le suicide et, « dans la mesure où chacun de ces facteurs "préventifs" est présent dans une collectivité donnée, la continuité culturelle du lieu s'en trouve accrue, et une certaine diminution du taux global de suicide s'ensuit ». On s'emploie actuellement à adapter ce modèle pour l'utiliser au Manitoba.

### Objectifs

Nombre de rapports indiquent que les Autochtones canadiens se situent derrière l'ensemble de la population en ce qui a trait à pratiquement tous les indicateurs de santé et de bien-être. Les taux de blessure, de mort accidentelle et de suicide au sein des Premières nations, de même que d'autres indicateurs de santé, sont souvent utilisés pour soutenir la perception erronée selon laquelle « être Autochtone » équivaut en quelque sorte à « être à risque ».

Selon les chercheurs, ce projet de recherche est nécessaire pour diverses raisons. D'abord, les recoupements entre la recherche sur la santé de la population et les méthodes autochtones mèneront à une nouvelle perception, à un partage des connaissances et à des stratégies de prévention du suicide efficaces. En parvenant à cerner les facteurs qui contribuent à prévenir le suicide et ceux qui le favorisent, on

devrait pouvoir réduire le taux de suicide au sein des collectivités des Premières nations en facilitant le partage des connaissances et des réussites au sein de ces collectivités. De plus, le taux de suicide n'étant qu'un indicateur de santé parmi d'autres, si extrême soit-il, la compréhension des facteurs qui préviennent et favorisent le suicide peut mener à de meilleurs résultats de santé globale au sein des collectivités des Premières nations. Cette recherche contribue enfin à éradiquer la conception erronée selon laquelle le fait « d'être Autochtone » entraîne automatiquement une plus grande exposition aux risques de suicide.

## Résultats

Les résultats obtenus par l'équipe indiquent que, en Colombie-Britannique, les taux de suicide dépendent directement du contrôle exercé sur plusieurs variables liées à la continuité culturelle : en l'absence d'un tel contrôle, le taux de suicide bondit, alors que le contrôle de toutes ces variables se traduit par un taux de suicide nul. C'est l'autonomie qui contribue le plus à prévenir le suicide.

Pour l'équipe, les prochaines étapes consisteront à comprendre comment et pourquoi ces facteurs contribuent à la prévention du suicide. Pour y parvenir, Robin Yates, chercheur à l'Université de Victoria, mènera une enquête qualitative visant les collectivités dont le conseil est composé à plus de 50 % de femmes, le taux de suicide de ces dernières étant beaucoup plus faible. Kathy Avery Kinew, de l'Assemblée des chefs du Manitoba, aborde certaines des considérations culturelles liées à la recherche en général et à la recherche sur « le lieu, la santé » et le suicide en particulier chez les Premières nations (voir page 38 pour de plus amples discussions à ce sujet).

## Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

Bien qu'elle tienne à respecter les règles de base de l'atelier en ce qui a trait à la langue des interventions, la participante à la discussion **Irene Linklater**, directrice de la recherche et de l'élaboration des politiques, Assemblée des chefs du Manitoba, commence son intervention en ojibway : « Si je devais parler ma langue, dit-elle, c'est la langue que je parlerais. »

## Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques

- Les collectivités qui ont pris des mesures pour préserver et réhabiliter leur culture affichent des taux de suicide beaucoup plus faibles. Selon M<sup>me</sup> Linklater, le fait de mettre l'accent sur la relation entre changements personnels et culturels est susceptible d'engendrer une meilleure compréhension du problème du suicide au sein de collectivités des Premières nations.
- Cette recherche peut influencer sur l'élaboration de politiques visant les Premières nations qui prennent en compte leurs droits inhérents et ceux qui sont liés aux traités en plus de se pencher sur les questions d'autonomie et d'adoption de lois. Elle examine comment les Premières nations sont touchées par les politiques et comment elles peuvent se reconstruire.

- La culture est le fondement même de la compréhension des relations entre les personnes et entre les nations. Les Premières nations du Manitoba adapteront et amélioreront la méthodologie de l'étude menée en Colombie-Britannique pour établir les relations qui existent entre, d'une part, les taux de suicide et les comportements à risque chez les jeunes, et, d'autre part, les indicateurs de continuité culturelle au sein des Premières nations de la province, ainsi que pour promouvoir la continuité culturelle.
- Les recherches, les analyses et l'élaboration de politiques visant les Premières nations, souligne M<sup>me</sup> Linklater, doivent tenir compte des facteurs culturels et comporter la participation directe des jeunes et des aînés des Premières nations ainsi que des chercheurs. Elles doivent faire en sorte que les langues et les valeurs des Premières nations soient intégrées dans la transmission et le transfert des connaissances. La traduction des connaissances est une réalité pour les gens dont la langue première est le cri, le dakota, le déné, l'ojobway et l'oji-cri, et non pas l'anglais ou le français. Les indicateurs mesurables et les outils ne doivent pas être fixés à l'avance, mais élaborés par l'entremise de la collectivité.

### **Messages pour les principaux responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés**

M<sup>me</sup> Linklater soulève les points et les questions suivantes :

- La collecte de données précises sur les variations des taux et des risques de suicide au Manitoba constituera une base solide pour la prévention du suicide et les interventions en ce sens.
- Le lien entre l'état de santé (risques de suicide) et les circonstances propres à chaque collectivité du Manitoba doit être précisé.
- S'il est établi que la continuité culturelle se traduit par des taux de suicide moindres ou nuls, peut-on trouver des moyens d'étendre ce concept aux Premières nations d'autres régions?
- Il est important de mettre au point, d'appliquer et d'interpréter des indicateurs adaptés aux Premières nations d'une manière qui respecte les perspectives et les perceptions de collectivités culturelles distinctes.

L'élaboration de politiques et de programmes de prévention du suicide devraient, selon M<sup>me</sup> Linklater et Kathy Avery Kinew, prendre en compte l'expérience, la vision ainsi que les buts et les objectifs stratégiques des Premières nations du Manitoba. Des ressources et un leadership suffisants devraient permettre aux Premières nations de prendre en charge leur vie et d'exercer leurs droits collectifs.

## Famille et lieu : Effets sur la santé et le niveau d'instruction

Leslie L. Roos, Randy Walld et Leonard MacWilliam, *Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique de soins de santé du Manitoba, Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba*

### Sujet et méthode de recherche

Leslie Roos présente cette recherche comme un « rapport antilieu » inattendu. Le lieu, demande-t-il, influe-t-il sur les indicateurs de bien-être?

Ce rapport de recherche compare les résultats en matière de bien-être concernant environ 18 000 adolescents, frères et sœurs ou non, vivant dans le même quartier, mais non au sein de la même famille, et nés entre 1978 et 1985. Ces résultats ont notamment trait à l'utilisation des soins de santé par ces adolescents entre 12 et 16 ans, aux coûts de cette utilisation, ainsi qu'au niveau d'instruction des adolescents en question établi d'après leur présence aux examens de 12<sup>e</sup> année et à l'école (niveau scolaire correspondant à l'âge, niveau scolaire insuffisant compte tenu de l'âge et de l'absentéisme).

### Objectifs

Les effets de la famille et du lieu risquent d'être gravement sous-estimés si l'on ne prête pas suffisamment attention à la méthodologie de recherche. Les techniques analytiques standards ne prennent pas en compte les importants écarts qui résultent des variables omises et des erreurs de mesure. Une méthodologie adéquate peut pallier ces erreurs.

### Résultats

Ce rapport de recherche, indique M. Roos, nous rappelle l'importance de la famille en tant que lieu au sein duquel vivent les individus. Plus on examine de près la variable individuelle pour expliquer les résultats pour la santé, plus on risque d'établir des corrélations importantes.

Bien que l'on observe des différences d'utilisation des soins de santé et du niveau d'instruction fondées sur le lieu, l'influence de la famille domine totalement, comme en témoignent les très importantes corrélations entre frères et sœurs. Les principaux effets sont liés à l'appartenance à une même famille, tandis que les corrélations correspondant aux limites supérieures liées aux effets du quartier sont assez faibles (entre 0,06 et 0,00 en règle générale). Les corrélations les plus importantes liées au quartier sont observées en présence d'un même code postal.

Ces résultats confirment l'importance des interventions sanitaires et sociales qui visent la famille. Ils relativisent, de plus, l'importance des programmes communautaires d'amélioration de la santé et de la scolarité. L'amélioration du bien-être par des politiques rentables reste un défi.

## Commentaires d'un responsable de l'élaboration des politiques

« Je suis votre public cible », déclare le participant à la discussion **Mark Wheeler**, directeur adjoint, Division des politiques, Santé Canada, en faisant allusion au travail accompli par sa division et à la manière dont celle-ci en est venue à s'intéresser au lieu et à la santé.

## Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques

Selon M. Wheeler, ce rapport renforce les preuves voulant que « le lieu importe ». Jusqu'ici, note-t-il, le lieu n'a pas été l'un des principaux facteurs pris en compte dans l'établissement des programmes de santé. Le rapport fournit certaines indications sur l'importance relative du lieu, les caractéristiques familiales expliquant davantage les différences en matière d'utilisation des services de santé et de niveau d'instruction.

D'après ce rapport, le lieu et la santé peuvent être envisagés sous deux angles, selon que l'on met l'accent sur les **lieux concernés** ou sur les **personnes concernées**.

- **Lieux concernés** : Par exemple, que savons-nous des personnes qui vivent dans un lieu donné, de l'économie locale, de l'environnement physique?
- L'étude des **personnes concernées** : Elle peut aider à comprendre les résultats pour la santé qui ne peuvent s'expliquer entièrement par les seules données relatives aux indicateurs de santé. Par exemple, pourquoi St. John's affiche-t-elle, selon l'ESCC, des taux d'inactivité physique considérablement plus élevés que la moyenne et des taux d'autoévaluation de la santé proches de cette moyenne (17<sup>e</sup> sur 25), alors que Thunder Bay affiche des taux d'inactivité inférieurs et des taux d'autoévaluation de la santé très bas?

Si, comme le suggère le rapport Roos, les études longitudinales sont utiles, déclare M. Wheeler, les responsables de l'élaboration des politiques doivent préciser très clairement les données dont ils ont besoin, un modèle ou un cadre explicatif pour le lieu et la santé s'imposant dès lors. Ce modèle devrait intégrer l'environnement physique et les mesures sociales capitales. Nonobstant l'utilité des études longitudinales, les responsables de l'élaboration des politiques risquent d'être devancés par les événements en raison de l'évolution des facteurs sous-jacents.

## Questions en suspens relatives aux politiques

M. Wheeler estime que les intervenants en matière de lieu et de santé n'en savent pas assez pour établir de subtiles distinctions entre les personnes et les lieux concernés. Il indique que la distinction entre les facteurs individuels et familiaux et ceux qui sont liés au quartier tient en quelque sorte du « problème de l'œuf et de la poule ». Par exemple, un élément d'autosélection du quartier peut signifier que les personnes aux moyens modestes et (ou) moins instruites sont plus attirées que d'autres vers certains lieux pour des raisons de moyens financiers, et que ces personnes sont plus portées vers le tabagisme. Si le tabagisme est largement toléré dans ces lieux, il peut s'avérer difficile

pour les enfants de non-fumeurs qui habitent ces lieux de résister aux pressions de leur entourage pour qu'ils se mettent à fumer. L'influence du quartier peut parvenir à contrecarrer l'influence parentale.

M. Wheeler demande si le moins bon état de santé au sein des quartiers plus pauvres ne s'expliquerait pas par « quelque chose d'autre ». Par exemple, comment certains quartiers peuvent-ils « atténuer » le lien entre le revenu et le tabagisme ou la probabilité que les fumeurs soient en moins bonne santé que les non-fumeurs?

### Résumé : Jour I

Au terme des discussions, Louise Potvin et Michael Hayes, membres du comité de coordination de l'atelier, posent les quatre questions de recherche suivantes pour guider les réflexions à venir en matière d'étude du lieu et de la santé :

- Que nous enseignent les entrevues en profondeur et l'ethnographie des quartiers, et quelle est leur importance étant donné leur coût, tant du point de vue de la recherche que de celui des responsables de l'élaboration des politiques?
- « Les résidants des zones rurales ont des besoins propres. » Nous avons besoin d'une mesure dynamique et plus informative de la ruralité qui affiche une variation graduelle intense à mesure qu'augmente la ruralité des lieux où les gens vivent. Les résultats communiqués pour l'ensemble des zones rurales du Canada témoignent-ils d'effets véritablement fondés sur le lieu qui nous empêchent de caractériser celui-ci en termes d'expérience de vie quotidienne au fil d'un continuum allant de la ruralité à l'urbanité?
- Comment conceptualiser les effets du lieu? S'agit-il d'effets résiduels une fois tout le reste considéré? Comment tenir compte des interactions croisées et leurs effets cumulés?
- Les effets du lieu associés à divers résultats ont-ils des sens différents?



## Préciser les concepts : Le problème de la définition du « lieu »

Qu'est-ce que le lieu? Comment le définir et le mesurer? Comment les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques peuvent-ils communiquer leur perception de celui-ci? Comme le souligne un rapport de recherche, le terme de lieu « désigne bien des choses, un ensemble de facteurs susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé des collectivités, des populations, des familles et des individus ».

Au fil de l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques*, les divers termes employés pour décrire le « lieu » et la grande souplesse de cet emploi ont clairement démontré qu'il existe de nombreuses définitions fonctionnelles du lieu. Souvent interchangeables, ces définitions enrichissent et complexifient les études sur le lieu et la santé, ainsi que le transfert des connaissances en ce domaine. Le problème de la définition du « lieu » a des conséquences ontologiques, méthodologiques, empiriques et pratiques :

### Le lieu, c'est...

*Tout au long de l'atelier Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques, une série de termes ont été employés par les chercheurs de divers domaines et par les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les décisionnaires. Le grand nombre de termes employés montre bien la complexité de ce domaine d'étude.*

quartier • emplacement • environnement • secteur de recensement • ville • État • province • pays • frontière • site • culture • collectivité • famille • histoire • nationalité • appartenance ethnique • pâté de maisons • région définie selon le code postal • zone rurale • zone urbaine • zone d'influence métropolitaine • ensemble de relations sociales (stressantes ou utiles) • logement • Région métropolitaine de recensement • concept poreux • statut socioéconomique • individu • population • mobilité • transformable • hiérarchie • quelque chose d'extérieur aux gens • quelque chose que l'on porte en soi

- **Conséquences ontologiques** : Que savons-nous du lieu, et comment le concevons-nous? Est-ce un concept intrinsèque, une chose que l'on porte en soi, ou quelque chose qui se développe avec le temps? Ou est-ce plutôt quelque chose d'extérieur aux gens et qui influe sur la santé, le bien-être et l'identité?
- **Conséquences méthodologiques et empiriques** : Comment articuler puis rendre accessibles et utilisables les connaissances sur la santé et le lieu? Comment définir les paramètres du lieu aux fins de la recherche? Quelles sont les unités d'analyse applicables?
- **Conséquences pratiques** : Comment rendre le concept de lieu, associé à la santé, plus facile à comprendre et à intégrer pour les responsables de l'élaboration des politiques et pour la recherche interdisciplinaire?

Les participants à l'atelier conviennent de la nécessité d'éclaircir, sur le plan conceptuel, la notion et la définition de termes comme le « lieu » et le « quartier », particulièrement en ce qui a trait à la définition de l'unité d'analyse. Un inventaire des typologies du « lieu » pourrait favoriser une approche interdisciplinaire de la recherche sur le lieu et la santé et contribuer à sa progression.

Une comparaison avec le domaine de la recherche sur l'obésité est avancée : une fois qu'a été établie une définition universelle de l'obésité et des poids santé fondée sur l'indice de masse corporelle (IMC), la recherche sur l'obésité a pu progresser, *bien que cet indice ne soit pas un indicateur infallible*. Existe-t-il une définition du « quartier » ou du « lieu » sur laquelle les chercheurs pourraient s'entendre pour aller de l'avant? Cette question soulève davantage de questions que de réponses et ouvre la porte à d'autres discussions :

- Les chercheurs sur le lieu et la santé souhaitent-ils convenir d'une définition commune ou souhaitent-ils, au contraire, une diversité de définitions? Bien que l'emploi de termes communs contribuerait aux recherches sur le lieu et la santé en permettant aux chercheurs d'atteindre des résultats communs, il semble que le concept de « lieu » soit plus **abstrait et multidimensionnel** ainsi que plus difficile à définir que le concept d'« obésité ». Selon les participants à l'atelier, il semble impossible de convenir d'une définition générique unique du « lieu » (les termes « quartier » et « collectivité » revêtant des sens différents dans les domaines de la sociologie, de la psychologie, de l'épidémiologie et de la géographie).
- Les chercheurs sur la santé et le lieu auraient avantage, selon les participants, à continuer de **tenter d'adopter une approche interdisciplinaire** du lieu en partageant leurs données et leurs définitions ainsi qu'en prenant en compte ce qui se fait dans les domaines de leurs collègues respectifs (géographie, environnement, sociologie, épidémiologie, etc.) ainsi qu'au sein des organismes gouvernementaux et des ministères (transport, environnement, infrastructure, logement, etc.) pour savoir comment différents domaines envisagent, conceptualisent et opérationnalisent le « lieu ».
- Les analyses (comme celles de Nancy Ross et de ses collègues) des **définitions administratives « standards » du lieu** — secteurs de recensement et autres découpages actuels ou historiques — peuvent présenter un intérêt pour les chercheurs et pour les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les décideurs. Certains administrateurs participant à l'atelier soulignent que les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs sont moins intéressés par la définition « idéale » du lieu et de ses limites géographiques que par les solutions ou les recommandations liées à la santé des populations, qui sont applicables à l'intérieur des limites géographiques existantes : « Les lieux sont déjà délimités : pourquoi ne pas utiliser les limites géographiques existantes? »
- Dans quelle mesure les **acteurs locaux**, à savoir les résidents et les autres intervenants, définissent-ils les lieux où ils vivent? Comment la recherche peut-elle prendre en compte l'histoire, la perspective et l'expérience des gens qui vivent dans les lieux étudiés?

La combinaison et le poids relatif des approches quantitative et qualitative engendrent d'importantes discussions. Nombre de participants soutiennent que, pour comprendre clairement les relations entre lieu et santé, on doit prendre le temps de comprendre les trajectoires personnelles et psychologiques des gens du lieu. Ce processus est possible grâce des méthodologies qui font entre autres appel :

- à l'ethnographie;
- à des entrevues personnelles et en profondeur;
- à des groupes de discussion;
- à des schémas conceptuels; et
- à la collecte et à l'analyse de données vérifiées fondées sur la collectivité..

En résumé, les participants à l'atelier estiment que les chercheurs doivent discuter avec les gens, en plus de trouver des moyens d'intégrer les acteurs locaux dans les projets de recherche et de leur faire part des résultats de ces projets.

Ces approches exigent toutefois beaucoup de temps et de ressources. Quelle importance revêt l'intégration des acteurs locaux compte tenu du coût de cette approche, tant du point de vue de la recherche que de la perspective de l'élaboration de politiques? Dans quelles circonstances la recherche quantitative, seule, peut-elle suffire?

- De nombreux participants conviennent que **les chercheurs sur le lieu et la santé « ne devraient pas laisser la perfection devenir l'ennemi du bien »**. Ils soulignent que l'attention portée à la définition ne doit pas paralyser la recherche, et que des définitions relativement solides ne doivent pas être écartées simplement parce qu'elles ne sont pas parfaites. Les définitions communes n'ont pas à être parfaites pour être utiles.

Enfin, les chercheurs sur la santé et le lieu se contentent-ils simplement d'opter pour un ensemble de définitions relativement solides puis d'aller de l'avant? Qui suit cette approche? Dans quelle mesure l'ensemble des chercheurs s'entendent-ils sur ces définitions? Sont-ils déjà parvenus à un consensus, par exemple autour des secteurs de recensement? Quelles définitions sont les plus pertinentes en ce qui a trait aux politiques? Encore une fois, la notion de « *kachimaa mawiin* » (certitudes possibles), soulevée par Kathi Avery Kinew de l'Assemblée des chefs du Manitoba pour qualifier de manière productive les incertitudes qui entourent le lieu et la santé, contribue à la discussion : la définition du lieu varie selon le contexte, et vice-versa.

Pour aller de l'avant, la mise sur pied d'un **réseau de recherche sur le lieu et la santé** est proposée. Ce réseau pourrait contribuer au progrès de la recherche, de la collaboration, des activités interdisciplinaires ainsi que de la mise en œuvre de politiques en ce domaine, et pourrait aussi favoriser la recherche sur les interventions visant les politiques (voir la page 51 pour une discussion plus complète à ce sujet).

## Le lieu perçu en tant que culture : Un exemple relatif aux Premières nations

Comme le souligne Kathi Avery Kinew, de l'Assemblée des chefs du Manitoba (AMC), pour les Premières nations du Canada, « la culture est le lieu à partir duquel nous observons le début et la fin de toutes choses ». Par exemple, les Premières nations des Prairies se perçoivent toujours comme les peuples des bisons et des caribous; les frontières provinciales et nationales récemment tracées sur les terres ancestrales des Ojibways, des Cris, des Ojicris, des Dénés et des Dakota ne reflètent pas nécessairement les approches des Premières nations en matière de lieu et de santé, et peuvent même les compliquer.

La perception du lieu en tant que culture est révélatrice des approches des Premières nations en matière de santé. Comme l'indique M<sup>me</sup> Kinew, « si le territoire n'est pas en bonne santé, nous ne le sommes pas non plus ». Comme l'établit l'enquête de Michael J. Chandler et de Christopher Lalonde sur la continuité culturelle en tant que facteur de prévention du suicide au sein des Premières nations de Colombie-Britannique, plus le contrôle exercé par les tribus des Premières nations sur divers facteurs indicateurs de la continuité culturelle (autonomie, revendications territoriales, scolarité, etc.) est important, plus le taux de suicide est faible au sein de ces tribus.

À l'heure où l'AMC enquête sur les facteurs de prévention du suicide au sein des Premières nations du Manitoba, M<sup>me</sup> Kinew précise que l'équipe de recherche doit prendre en compte la perception culturelle du lieu, et mener son enquête en conséquence. Par exemple, les collectivités des Premières nations ont du mal à parler du suicide. « Appeler la mort » en parlant du suicide est tabou. De plus, la tradition culturelle qui veut que l'on s'abstienne d'évoquer le nom des personnes passées dans le monde des esprits complexifie la mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide à grande échelle et fait en sorte que la recherche sur le suicide au sein des Premières nations exige plus de discussions et de cérémonial, une participation active des anciens de la collectivité et le respect de ceux-ci.

Les Premières nations du Manitoba comprennent intuitivement que l'individu se perpétue dans le temps, et que la culture est le fondement des individus et des peuples. C'est pourquoi un programme de prévention du suicide qui se penche sur les aspects de la continuité culturelle a davantage de sens dans le contexte des Premières nations.

## Du « lieu » au « quartier » : Une approche pragmatique aux quartiers

Au fil de l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques*, le terme « quartier » est utilisé de manière récurrente afin de désigner une unité d'étude intégrale pour de nombreux chercheurs, ainsi qu'un secteur d'intervention (et d'évaluation des interventions) de base pour les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques.

Il est vivement suggéré de **considérer le logement comme un facteur clé** de définition du « lieu » et du « quartier », ainsi que comme un élément devant faire l'objet de plus de recherches. Le logement est important, car il est lié à la constitution du lieu et à l'utilisation du territoire. On discute ensuite de l'importance de l'influence du logement sur la santé : jusqu'à quel point influe-t-il sur elle?

Les participants à l'atelier souscrivent à l'idée selon laquelle « **les quartiers sont poreux** ». Ils discutent amplement de la complexité de l'étude des quartiers en tant qu'unités **dont les limites géographiques et les habitants changent constamment**. Ils posent une série de questions. Sur combien de quartiers devrait-on enquêter pour obtenir des données communes? Comment prendre en compte l'hétérogénéité et l'homogénéité des quartiers? Quels seraient le juste équilibre et la bonne échelle? Est-il possible d'effectuer des analyses spatiales sans imposer de limites géographiques fixes?

La « **mixité** » **des quartiers** se dégage aussi comme une importante caractéristique des lieux. Les gens avec lesquels les résidents interagissent quotidiennement semblent influencer sur leur santé et leur bien-être, comme l'illustre, par exemple, la recherche de Jean Caron. Les relations sociales sont-elles celles qui comptent vraiment? Le lieu n'est-il qu'une caractéristique parmi d'autres de ces relations, ou est-il un déterminant fondamental?

La **ruralité** est évoquée de manière récurrente comme un facteur important de définition du lieu et du quartier. Les résidents des zones rurales ont des besoins propres. Pour

évaluer ces besoins et pour y répondre, on avance que les chercheurs gagneraient à employer un indicateur dynamique des *degrés* de ruralité, sur une échelle allant des secteurs quasi urbains aux secteurs très éloignés. Comme le suggère le travail de Marie Desmeules et de ses collègues, les résultats rapportés pour l'ensemble du « Canada rural » ne témoignent peut-être pas d'effets « véritablement » fondés sur le lieu dans la mesure où il est impossible de les caractériser sous l'angle de la vie quotidienne au sein du continuum allant des zones rurales aux zones urbaines.

### Conceptualisation des quartiers par...

- ... des efforts accrus pour mieux comprendre ce qui constitue un quartier;
- ... des analyses approfondies des caractéristiques des quartiers, intégrant les données provenant de plus petits échantillons;
- ... l'élaboration de définitions « de bas en haut » par lesquelles les gens établissant eux-mêmes ce qui constitue leur quartier ou leur collectivité en fonction, notamment, d'aspects sociaux dont l'appartenance à la collectivité (comme dans la recherche de Maria De Koninck), par opposition à des définitions « de haut en bas » comme celles qui sont basées sur les limites géographiques, les frontières municipales, les considérations économiques, etc.

Les participants discutent du degré variable de **mobilité** des résidants en tant qu'indicateur important de l'état de santé. Bon nombre suggèrent que les définitions et les indicateurs devraient prendre en compte le caractère évolutif du lieu, à savoir l'évolution des quartiers et des résidants avec le temps, ainsi que l'histoire du lieu et des personnes.

De plus, il apparaît clairement que les définitions du « quartier » changent selon les objectifs de recherche : les chercheurs ignorent en quoi consiste un quartier ou une famille « véritable », basant plutôt leurs définitions sur les questions de recherche.

Encore une fois, de « véritables » définitions sont-elles possibles ou souhaitables? On suggère que les chercheurs pourraient avoir à s'éloigner des définitions absolues pour s'orienter vers une méthodologie qui permette de définir le quartier. Des questions de recherche différentes peuvent mener à des interprétations différentes de mêmes données. Ces interprétations pluridimensionnelles peuvent favoriser des portraits plus « complets » des quartiers et de leurs résidants, et possiblement des interventions plus efficaces.

### Personnes, lieux, politiques et moments concernés

Les concepts de « personnes concernées », « lieux concernés », « politiques concernées » et « moments concernés » se dégagent, offrant une approche heuristique susceptible de structurer la discussion.

Mark Wheeler, de la Division des politiques, Direction générale des politiques de santé, Santé Canada, évoque les concepts de « **personnes concernées** » et de « **lieux concernés** » pour guider les réflexions sur le lieu et la santé.

- **Personnes concernées** : Qu'est-ce qui fait que certaines personnes sont en meilleure santé que d'autres bien que les niveaux de services dont elles bénéficient et leur statut socioéconomique soient semblables? (La recherche de Maria De Koninck et de Robert Pampalon sur les milieux de vie et la santé à l'échelle locale pose précisément cette question, tout comme les travaux de Chris Lalonde et de ses collègues.)

Par ailleurs, comme le soulignent nombre de rapports de recherche, certaines personnes sont plus attachées au lieu que d'autres, dont les enfants, les adultes plus âgés, les immigrants, les personnes à faible revenu, les membres de certaines collectivités autochtones, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ainsi que les personnes qui vivent au sein de collectivités rurales ou éloignées. Que signifie le lieu pour ces populations? L'équipe de Marie Desmeules, par exemple, étudie la façon dont le lieu de résidence influe sur le taux de mortalité des Canadiens vivant en milieux ruraux.

- **Lieux concernés** : En quoi la santé est-elle en soi un déterminant de la santé? Que sait-on des personnes qui vivent au sein des lieux concernés? Quelle est l'économie locale? Que sait-on de l'environnement physique? En quoi la prestation de soins de santé de plus en plus fondée sur la collectivité joue-t-elle un rôle? Quels sont les divers modes d'affectation des ressources aux collectivités? Etc.

- **Politiques concernées :** Tariq Bhatti, du Secrétariat des villes d'Infrastructure Canada, évoque, en plus des « personnes et des lieux concernés », les politiques concernées en ce qui a trait aux principaux modes de prestation de services. La recherche de Jim Dunn et de Nancy Ross, par exemple, compare l'influence sur l'état de santé des politiques fédérales, provinciales, étatiques et municipales en vigueur aux États-Unis et au Canada. D'autre part, M<sup>me</sup> Desmeules et ses collègues se demandent comment concevoir des politiques distinctes pour les populations urbaines et pour les populations rurales.
- **Moments concernés :** Enfin, Blair Wheaton, de la faculté de sociologie de l'Université de Toronto, appelle vivement les participants à prendre en compte les **moments concernés**. La prise en compte du moment en sus du lieu renforce l'importance de ce dernier, tout comme la prise en compte du lieu en sus du moment renforce l'importance de ce dernier. Les participants adhèrent à ce concept. La prise en compte des moments concernés peut consister à :
  - mettre l'accent sur des moments précis de la vie des gens plutôt que sur l'ensemble de leur vie, en se demandant, par exemple, si l'influence du lieu sur les enfants reste la même tout au long de leur vie;
  - étudier les lieux au fil de leur histoire (sociale, politique, administrative, économique, civique, etc.);
  - étudier la mobilité et le mode de déplacement des individus et des collectivités au fil du temps.

Les personnes concernées, les lieux concernés, les politiques concernées et les moments concernés sont toujours présents dans l'entité que constitue le lieu. Pris ensemble, ils constituent des paramètres qui interagissent et enrichissent la recherche sur le lieu et la santé. Bien que certaines recherches nécessaires ne mettent l'accent que sur un ou deux de ces paramètres, une part importante de l'analyse et de l'interprétation des données repose sur la prise en compte des conséquences des quatre paramètres en question. L'approche consistant à mettre l'accent sur le lieu uniquement en tant qu'entité géographique, adoptée par nombre de recherches sur la santé et le lieu, peut mener à des résultats erronés.



## « Je suis votre public cible » : Comblent le fossé entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques

Conformément à la mission de l'ISPC, qui consiste à contribuer à l'élaboration de politiques visant à réduire les inégalités et à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens, l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques* a notamment pour objectif de discuter des conséquences de la recherche sur l'élaboration et l'orientation des politiques relatives au lieu et à la santé en fonction de résultats avérés.

Au fil de l'atelier, les responsables de l'élaboration des politiques indiquent clairement aux chercheurs qu'il existe, au sein de tous les paliers de gouvernement, une grande réceptivité à l'égard de leurs travaux et un désir de voir la recherche mener à une solide prise en compte du lieu dans les politiques et les programmes. Mark Wheeler, de la Division des politiques, Direction des politiques de santé, Santé Canada, le dit sans détour dans ses commentaires adressés aux chercheurs : « Je suis votre public cible. » D'autres responsables de l'élaboration des politiques et représentants gouvernementaux appuient cette affirmation.

Malgré cette réceptivité à l'égard des travaux des chercheurs, il apparaît clairement que ces derniers éprouvent certaines réticences à participer à l'élaboration de politiques ou à influencer sur celles-ci. Bien que tous les chercheurs ne partagent pas ces réticences, celles-ci tendent à tourner autour de deux préoccupations :

- D'une part, **les chercheurs ne veulent pas prendre le risque de communiquer des résultats préliminaires ou non concluants.** Ils ne souhaitent ni émettre de recommandations qui ne s'appuient pas sur des « preuves » concluantes, ni prendre le risque d'assister à des décisions politiques fondées sur des interprétations de données ou des résultats « incomplets », « imparfaits » ou « erronés ». Comme l'a dit un chercheur, « les études ne sont pas encore terminées ».
- D'autre part, dans la logique de la préoccupation mentionnée ci-dessus, **les chercheurs ne veulent pas paraître directifs** ou indûment rigoureux par leurs recommandations.

De plus, certains chercheurs évoquent des contraintes de temps pour justifier leur absence de collaboration avec les responsables de l'élaboration des politiques : « Nous sommes trop occupés par nos travaux pour avoir le temps de faire pression sur les politiciens ». D'autres disent simplement ne pas savoir comment participer à l'élaboration des politiques. Comment accéder à ce domaine? Quels en sont les acteurs clés? Comment positionner de manière optimale les messages à faire passer pour qu'ils soient « entendus » à coup sûr?

Compte tenu des préoccupations, des délais et des besoins différents des chercheurs et des responsables de l'élaboration des politiques, la présente section se penche sur certains problèmes que pose la traduction des recherches en politiques et propose certaines stratégies d'amélioration du transfert des connaissances<sup>5</sup>.

Les participants à l'atelier discutent amplement du problème de communication qui crée un fossé entre le monde de la recherche et la sphère politique. Les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs se penchent sur les réticences de ces derniers à influencer sur les politiques sous prétexte que les données sont préliminaires compte tenu du fait que le concept de « lieu et santé » n'en est encore, à maints égards, qu'à son début :

- De nombreux responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires soulignent qu'ils ne cherchent pas nécessairement à recevoir des directives, mais plutôt à bénéficier des conseils et de l'expertise des chercheurs. Le caractère préliminaire des résultats des recherches sur la santé et le lieu de même que le fait qu'il s'agit d'un domaine nouveau ne doivent faire oublier ni la richesse des connaissances et de l'expertise que peuvent apporter les chercheurs ni la valeur des commentaires qu'ils peuvent émettre.
- Les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les décisionnaires énoncent également une vérité toute simple, à savoir que l'élaboration de politiques aura lieu de toute façon, même sans la participation des chercheurs; sinon, cela reviendrait à faire preuve de laxisme. Les responsables de l'élaboration des politiques et les décisionnaires encouragent les chercheurs à participer au « groupe consultatif » sur la synthèse de politiques : s'ils n'y prennent pas part, d'autres le feront.
- Dans la mesure où leurs travaux sont financés par des fonds publics, souligne un jeune chercheur, les chercheurs sont en quelque sorte des agents de l'État, tout comme les responsables de l'élaboration des politiques. Le fait de se percevoir ainsi devrait les inciter à collaborer avec les responsables de l'élaboration des politiques et à partager les résultats de leurs recherches pour influencer sur l'élaboration des politiques.
- Les réticences des chercheurs à influencer sur l'élaboration des politiques sont-elles un phénomène propre à l'Amérique du Nord? Se fondant sur son expérience dans les pays en développement, une participante indique que, dans d'autres contextes, les chercheurs sont incroyablement désireux de partager leurs résultats et de prendre part au processus d'élaboration des politiques.
- « Ne pas laisser le parfait devenir l'ennemi du bien » : les participants discutent des conséquences que peut avoir le fait, pour les chercheurs, d'attendre d'avoir la « bonne » réponse : quand ils l'auront enfin, les choses auront changé, et ils auront raté l'occasion d'influencer sur l'élaboration des politiques. Les participants se demandent d'ailleurs si une « bonne » réponse existe étant donné la nature évolutive du lieu.

---

5. Pour une discussion plus complète du sujet de traduction de la recherche en politiques, consulter : Institut canadien d'information sur la santé, « *S'entendre sur le fond* », *Comblant le fossé de la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques*, Ottawa, ICIS, 2004.

- Malgré tout, les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques conviennent qu'il importe d'être sensible au risque de ce qu'un participant appelle la « génération de résultats en fonction des politiques ». Permettre au programme politique d'influer sur la recherche universitaire indépendante poserait de réels problèmes de déontologie, en plus d'ouvrir la porte à des dérives potentielles.
- Les participants discutent également des questions de déontologie liées à la caractérisation des quartiers, à l'échange de données et à la structuration des interventions. Les comités institutionnels de déontologie sont peu habitués à se pencher sur les questions déontologiques liées aux travaux portant sur les quartiers et les collectivités. Qui contrôle les données? Qui a accès aux résultats? Comment les interventions devraient-elles être conçues? Dans le cadre des projets de recherche participative fondée sur la collectivité, comme les travaux de Maria De Koninck ou de Jean Caron sur les collectivités autochtones, plusieurs outils de recherche ont été mis au point pour aider à conceptualiser les aspects déontologiques des recherches sur la santé fondées sur le lieu et mettant l'accent sur la collectivité.

### Échange de « grandes idées » et non de données : Comment dépenser les dollars de la taxe sur l'essence?

« **Kachimaa mawiin • Certitudes possibles** » : Tant les chercheurs que les responsables de l'élaboration des politiques appellent à une vision plus globale du chaos qui règne. Ils appellent aussi les chercheurs à prendre des risques calculés et même à accepter de faire des « erreurs ». Étant donné l'absence, ou l'impossibilité, de certitudes, les intervenants en matière de santé et de lieu ne peuvent être certains de l'interprétation des données, mais ils *peuvent* émettre des hypothèses plus ou moins éclairées qui prennent en compte cette absence de certitudes.

Les politiques fondées sur des « résultats préliminaires » ou sur des données « incomplètes » ont parfois des effets positifs. On cite à cet égard l'exemple de la « fuite des cerveaux » : bien que la menace de voir les spécialistes canadiens quitter le pays pour les États-Unis se soit révélée sans fondement, les politiques visant à les inciter à rester au Canada peuvent continuer à avoir des effets positifs. Parfois, les politiques élaborées pour de « mauvaises » raisons produisent de « bons » résultats.

Le cas de la taxe sur l'essence constitue un bon exemple actuel. Les autorités municipales et les gouvernements provinciaux cherchent à affecter les fonds provenant de cette taxe, un projet à échéancier précis qui gagnerait à consulter des spécialistes. Les responsables de l'élaboration des politiques sont d'ailleurs demandeurs de tels commentaires.

Interrogé sur ses recommandations concernant le mode d'affectation des fonds provenant de la taxe sur l'essence, un chercheur d'expérience, également responsable de l'élaboration des politiques, indique qu'il affecterait ces fonds au transport public et aux logements à prix raisonnables. Bien qu'aucune donnée absolue ne confirme que ces deux secteurs soient ceux qui bénéficieraient le plus de ces fonds ou qui en ont le plus besoin, le chercheur et responsable de l'élaboration des politiques assure que, d'après son expérience professionnelle, universitaire et concrète, ces fonds devraient être affectés à ces

secteurs en priorité. De plus, argumente-t-il, même si des preuves empiriques devaient plus tard démontrer qu'il s'est trompé, l'amélioration du transport public et l'accès à des logements à prix raisonnables ne sauraient avoir d'effets négatifs perceptibles.

### Comblé le fossé : Mettre chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques en contact

La discussion tourne également autour de la façon de combler le fossé entre le monde de la recherche et la sphère politique. Michael Hays s'exprime en ces termes :

« Comment puis-je amener le maire à s'intéresser à mes travaux? Que faire s'il estime qu'il n'existe aucun problème? » Plusieurs méthodes sont suggérées pour susciter l'intérêt de la sphère politique :

- **Présenter le dossier de manière captivante.** Ce point revient constamment. Comme le dit M. Hays : « Faire état des données est une chose, mais susciter l'intérêt en est une autre. Si vous n'arrivez pas à présenter le dossier de manière captivante, selon un bon scénario, vous n'obtiendrez aucun résultat. D'abord et avant tout, amenez votre interlocuteur à bien visualiser les choses, puis évoquez les enjeux locaux pour renforcer son intérêt. » Par exemple, à l'échelon municipal d'une grande ville canadienne, il faut se souvenir que le développement des rives, la qualité de l'air ou les frais imposés aux usagers ont des conséquences sur le processus politique en matière de « lieu et de santé » .
- **Comprendre la valeur de la recherche qualitative.** Dans la logique évoquée au paragraphe précédent, les participants soutiennent que le lieu et la santé peuvent tirer parti de la recherche qualitative (entrevues en profondeur avec les intervenants, ethnographie, etc.). Celle-ci peut aider à générer un scénario qui intéresse les responsables de l'élaboration des politiques. Les participants soulignent aussi, dans une autre étude, l'importance de la recherche qualitative en ce qui a trait au lieu et à la santé. Un grand nombre de participants soulignent l'importance de la prise en compte de l'historique psychologique et social du lieu.
- **Tisser des relations avec l'ensemble des paliers de gouvernement et des organismes gouvernementaux.** La constitution de réseaux, par exemple au moyen d'ateliers et de conférences, joue un rôle important dans l'établissement de relations. De plus, comme le souligne un responsable de l'élaboration des politiques, tant les chercheurs que les responsables de l'élaboration des politiques peuvent bénéficier de l'établissement de passerelles intersectorielles nationales et internationales entre les divers secteurs gouvernementaux qui se penchent sur les aspects spatiaux des politiques (santé, transport, environnement, logement, etc.).
- **Adapter les messages à chaque palier de gouvernement.** Les décisions politiques sont prises et influencées à divers paliers. Devant une telle multiplicité des acteurs, comment les chercheurs peuvent-ils se faire entendre? Au sein du **gouvernement fédéral**, les chercheurs disposent de nombreux points d'accès, dont :
  - le ministre;
  - les analystes politiques, qui rédigent les notes de synthèse du ministre et font les démarches;

- les groupes parlementaires, qui permettent aux membres d'un parti d'interroger leurs collègues et de leur faire part des idées provenant de leurs collectivités;
- les membres du Parlement;
- les comités parlementaires;
- les organismes du gouvernement fédéral, dont l'Agence de santé publique du Canada, le Secrétariat du Conseil du Trésor, le Bureau du Conseil privé et le ministère des Finances;
- les fonctionnaires, des analystes politiques subalternes aux analystes et aux sous-ministres adjoints.

Certains participants soulignent qu'il existe peut-être davantage d'occasions de changement à petite échelle (projets pilotes, par exemple) au niveau régional qu'au niveau du gouvernement fédéral. Les chercheurs en matière de santé ont donc davantage à établir des liens non seulement avec ce dernier, mais avec les dirigeants et les employés des **gouvernements provinciaux** et des **autorités municipales**.

- **Comprendre ce que veulent les responsables de l'élaboration des politiques.**

Les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les décisionnaires, comme le soulignent certains d'entre eux, sont souvent à la recherche de conseils plutôt que de directives. Ils ont besoin d'une information pertinente, accessible, immédiate, utile, fiable et ciblée. La nécessité de comprendre les délais d'action des responsables de l'élaboration des politiques et les raisons pour lesquelles ils privilégient certains médias font l'objet de discussions.

### Construction d'une maison

À l'approche de la fin des discussions menées dans le cadre de l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques*, la métaphore de la construction d'une maison est avancée pour évoquer l'interdépendance qui existe entre le monde de la recherche et la sphère politique, *peut-être reliés par la recherche sur les interventions visant les politiques*. Idéalement, la recherche doit assurer à cette maison des fondations solides, les politiques assurant sa construction. Les intervenants doivent ensuite vivre dans cette maison, qui peut d'abord prendre la forme d'un projet pilote, puis de collectivités modèles. Ce n'est qu'en vivant dans cette maison que les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les décisionnaires pourront voir si ses fondations sont solides, si sa structure est habitable, et si elle a besoin de réparations et de rénovations. Elle devra d'ailleurs presque à coup sûr être entretenue et rénovée si elle prend en compte la nature temporelle du lieu et de la santé ainsi que le caractère évolutif de la vie des gens et des lieux où ils vivent. Il est possible d'adapter ou de repenser les politiques en fonction des expériences de vie des gens dans la maison et de la résistance de sa structure à l'épreuve du temps.



## De la recherche menant aux politiques à la recherche sur les politiques : Vers les prochaines étapes

### Une approche pluridisciplinaire du lieu et de la santé

À la fin des deux jours et demi d'intenses discussions qui ont marqué l'atelier, au moins une conclusion s'impose : comme le résume Louise Potvin, du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, « **la recherche sur le lieu et la santé exige un travail pluridisciplinaire** ».

Les nombreuses définitions du « lieu » et de la « santé » indiquent bien qu'il est essentiel d'adopter de multiples perspectives pour établir comment elles influent les unes sur les autres, et vice-versa. L'élaboration d'une typologie du « lieu » et, par la suite, son opérationnalisation ou la mise en œuvre des conceptions actuelles que l'on en a alimenteront les travaux pluridisciplinaires et intersectoriels et aideront les chercheurs en matière de lieu et de santé à documenter et à partager leurs connaissances dans ce domaine. Que savons-nous, et qu'ignorons-nous encore? Que doivent savoir les intervenants en matière de lieu et de santé? Quelles connaissances sont en voie d'émerger?

Sur le plan pratique, la recherche interdisciplinaire soulève des questions de méthodologie. La combinaison des multiples attributs du lieu exige la combinaison de nombreuses bases de données, ce qui pose des défis en matière de transparence et de comparabilité des données. Comme il est mentionné plus loin, un réseau de recherche sur le lieu et la santé permettrait de commencer à s'attaquer à ces défis. Un site Web interactif consacré au lieu et à la santé, possiblement soutenu par un établissement de recherche ou par un organisme comme l'ISPC, pourrait servir de centre d'échange de multiples bases de données précitées.

Dans l'optique d'une recherche pluridisciplinaire, un chercheur en chef avance l'idée, au Canada, d'une **enquête par panel sur les foyers** qui suivrait les individus et leurs descendants tout au long de leur vie. Cette enquête générerait des données longitudinales et transversales qui pourraient être explorées et comparées de diverses façons. « La plupart des gens pensent en termes "de scolarité et de travail" ou "de travail et de santé", la "famille" constituant une covariable, souligne le chercheur en chef en question. Nous devons dépasser cette perception pour commencer à tout appréhender à la fois, en temps réel... Une vie se définit par tout ce qui la compose. »

Une chercheuse rappelle pour sa part aux participants que rien ne sert de courir, il faut partir à point. Elle perçoit une « transition fondamentale du temps à l'espace » et plaide pour le « composant spatial », indiquant que, même si l'analyse attentive des données fondées sur l'espace risque à court terme de ne pas intégrer suffisamment d'aspects temporels, cette analyse occupe une place importante dans la recherche sur le lieu et la santé.

## Parcours de vie et transitions

L'étude **des parcours de vie et des transitions** apparaît aux participants comme un moyen de jeter des ponts entre les divers domaines de recherche. Cette approche pourrait prendre en compte le fait que les gens bâtissent leur avenir sur leur passé, que leur vie et leur santé sont inextricablement liées, et que la vie des personnes avec lesquelles ils entrent en contact influe souvent sur leur propre santé et sur leur bien-être. Quelles caractéristiques du lieu interagissent avec quels aspects du parcours de vie? L'influence du lieu sur les enfants reste-t-elle la même tout au long de leur vie? Dans quelle mesure une telle approche est-elle possible? Quelle méthodologie permettrait le mieux de se pencher sur les transitions du temps à l'espace inhérentes à l'étude des parcours de vie?

## Recherche sur les interventions visant les politiques

À l'approche de la fin des discussions sur l'opérationnalisation du lieu et de la santé, il apparaît évident que les participants estiment que davantage de recherches sur les interventions visant les politiques devraient être menées sur :

- les interventions en matière de politiques fondées sur le lieu;
- les services de santé à l'échelle du lieu;
- les programmes de promotion de la santé et de prévention « fondés sur le lieu ».

Cette recherche permettrait d'évaluer les effets des politiques axées sur le lieu et la santé dans les quartiers et au-delà, ainsi que de se pencher sur l'efficacité et sur la pertinence des politiques.

L'analogie avec la « construction d'une maison » semble applicable ici : les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les décisionnaires pourraient établir des politiques basées sur les solides fondations constituées par la recherche, puis en analyser et en évaluer les résultats. Ces résultats pourraient influencer sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, susciter la participation des collectivités et des citoyens, ainsi que contribuer à structurer et à peaufiner les questions de recherche. Après plus ample réflexion, d'autres questions se posent, dont les suivantes :

- Comment adapter les interventions en tenant compte du caractère évolutif du lieu et de ses habitants? Qu'advient-il quand les gens déménagent et que les lieux se transforment?
- Comment les interactions entre les individus et les quartiers influent-elles sur les interventions et les politiques?

Les participants discutent des obstacles à l'exécution et à l'opérationnalisation de la recherche sur les interventions, et particulièrement :

- du manque de financement ou de soutien de la part des entités qui, traditionnellement, financent ou soutiennent ce type de recherche;
- du manque de compréhension ou d'expérience des approches déontologiques en matière de recherche sur les populations. Certains projets de recherche sont conçus de telle sorte que les comités institutionnels de déontologie devront se pencher sur des problèmes

résultant de la recherche sur la santé et le lieu, comme la caractérisation des quartiers, l'échange de données, la conception des interventions, etc. Le travail auprès des collectivités autochtones peut fournir certains exemples et indiquer les pistes à suivre;

- des problèmes liés à l'hétérogénéité des quartiers : qui peut affirmer que ce qui fonctionne dans un lieu fonctionnera ailleurs?

### Aller de l'avant : Réseau de recherche sur le lieu et la santé et amélioration constante de la qualité

Les participants à l'atelier avancent l'idée de la création d'un réseau de recherche sur le lieu et la santé, qui permettrait de faire progresser la recherche, la collaboration, l'interdisciplinarité et la mise en œuvre des politiques en la matière. Composé de chercheurs et de responsables de l'élaboration des politiques, un réseau de recherche pourrait :

- servir de passerelle entre les chercheurs et les décideurs ainsi qu'entre les diverses disciplines intéressées par les effets du lieu sur la santé;
- potentiellement raccourcir les délais entre la recherche et l'exploitation de l'information;
- mettre sur pied un site Web à contenu important sur le lieu et la santé dans la foulée du succès qu'a connu le dictionnaire en ligne du Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, présenté aux participants à l'atelier de Banff en 2002;
- Servir de centre d'échange de multiples bases de données et d'autres sources d'information sur le lieu et la santé.

Un réseau de recherche sur le lieu et la santé pourrait aussi faciliter la recherche sur les interventions visant les politiques. Pour résumer le processus, l'animatrice de l'atelier, Lillian Bayne, évoque le modèle Berwick de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), qui consiste à « planifier, réaliser, étudier et agir ». Mark Daniel, titulaire d'une chaire en biopsychologie et en santé des populations à l'Université de Montréal, soutient ce modèle et propose, en sus, une approche d'**amélioration constante de la qualité** en quatre étapes, qui permettrait la mise en œuvre et l'évaluation rapide des politiques en matière de santé et de lieu. M. Daniel indique qu'un réseau de recherche sur le lieu et la santé pourrait :

- permettre d'avoir une idée approximative des niveaux d'influence du lieu sur la santé;
- faire en sorte que cette influence puisse varier selon la définition;
- recommander l'adoption de définitions propres à chaque niveau;
- justifier les éléments 1 et 3 en faisant en sorte que les connaissances ayant trait à l'influence à un niveau donné soient communiquées graduellement, ce qui permettrait de les analyser en fonction de définitions « non standards » centrées sur les nouvelles définitions recommandées.



## Conclusion : Au-delà de Val-David — Prochaines étapes de la recherche sur le lieu et la santé

### Rôle de l'ISPC en matière de recherche sur le lieu et la santé

Dans son mot de la fin aux participants à l'atelier, Elizabeth Gyorfi-Dyke, directrice de l'Initiative sur la santé de la population canadienne, indique que l'ISPC pourrait contribuer à soutenir la recherche multidisciplinaire et sur les interventions visant les politiques.

M<sup>me</sup> Gyorfi-Dyke précise les orientations futures de l'ISPC en matière de lieu et de santé. S'appuyant sur ses réalisations passées, dont son rapport *Logement et santé* portant sur l'élaboration d'un répertoire des collectivités saines ainsi que sur les ateliers de Banff et de Val-David, l'ISPC prévoit :

- organiser le congrès 2005 de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), notamment consacré au lieu et à la santé, en collaboration avec l'ACSP, l'Institut sur la santé publique et des populations (l'ISPP), l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et Statistique Canada;
- commander une synthèse des recherches sur la santé en milieu urbain et sur les poids santé;
- commander un document d'orientation sur la santé en milieu urbain et sur les transitions saines vers l'âge adulte;
- publier avec l'ASPC un rapport ou plus sur la santé en milieu rural;

#### Groupe consultatif de spécialistes du lieu et de la santé de l'ISPC

- Marie Desmeules, chef, Évaluation de la santé de la population, Agence de santé publique du Canada
- Karen Dufton, directrice des communications, Secrétariat des villes, Infrastructure Canada
- James Dunn, chercheur, St. Michael's Hospital
- Trevor Hancock, conseiller médical, British Columbia Ministry of Health Services, Population Health and Wellness
- Michael Hayes, doyen associé, Faculty of Health Science, Université Simon Fraser
- Cordell Neudorf, président, vice-président et médecin-conseil en santé publique, Saskatoon Health Region
- Michael Wolfson, statisticien en chef adjoint, Statistique Canada
- Russell Mawby, directeur du logement, Ville d'Ottawa

- continuer à assurer la traduction des connaissances générées par les recherches parrainées;
- établir un partenariat avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) en matière de recherche sur le logement;
- commander une recherche sur d'autres questions non encore élucidées, comme en soulève la recherche de Christopher Lalonde sur les populations autochtones;
- améliorer le site Web de l'ISPC.

L'ISPC publiera de plus, en avril 2006, un rapport sur le lieu et la santé dans le cadre de sa série de rapports *Améliorer la santé des Canadiens*. Dans le cadre de ce travail, un groupe consultatif de spécialistes du lieu et de la santé a été constitué. M<sup>me</sup> Gyorfi-Dyke fait brièvement état des grandes lignes de ce rapport.

## Un milieu de recherche sur le lieu et la santé : Étapes à venir

Michael Hayes et Louise Potvin concluent l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques* en commentant les discussions fructueuses qui l'ont marqué ainsi que les étapes éventuelles en matière de recherche sur le lieu et la santé au Canada.

Ce domaine, soulignent-ils, a considérablement progressé depuis l'atelier de Banff en 2002. À l'époque, précise M<sup>me</sup> Potvin, « nous étions davantage dans le brouillard », mettant surtout l'accent sur la formulation des questions et les sujets de discussion à venir. Depuis lors, « nous avons commencé à y voir plus clair », dit-elle. Les projets de recherche élaborés à Banff progressent, tandis que la compréhension et la structuration du domaine deviennent de plus en plus complexes.

M. Hayes et M<sup>me</sup> Potvin expriment par ailleurs leur enthousiasme devant le nombre de jeunes talents présents à l'atelier. Ils disent avoir hâte de voir comment les étudiants diplômés et les jeunes chercheurs vont continuer à modeler le domaine de la recherche sur le lieu et la santé.

Cette recherche, pourtant, continue de se heurter à de nombreux obstacles, soulignent M. Hayes et M<sup>me</sup> Potvin, dont bon nombre ont fait l'objet de discussions au cours des deux jours de l'atelier. À ces obstacles s'ajoute, précise M<sup>me</sup> Potvin, le problème du financement. Où les chercheurs vont-ils trouver les sommes dont ils ont besoin pour mener à bien leurs travaux et leurs recherches? Le programme de l'ISPC consacré au développement de la recherche sur la santé sociale et environnementale offre des perspectives encourageantes à ce sujet.

Les organisateurs de l'atelier soulignent la nécessité de doter le réseau de recherche sur le lieu et la santé d'un cadre officiel. Les intervenants doivent se livrer à davantage d'échanges similaires sur le lieu et la santé. Ils doivent se réunir à nouveau et évaluer « où ils en sont, vers où ils vont, et avec qui ils entendent discuter de la recherche au Canada ».

En terminant, M. Hayes et M<sup>me</sup> Potvin remercient les nombreuses personnes dont les efforts concertés ont fait de l'atelier une grande réussite : l'animatrice de l'atelier, Lillian Bayne; l'ISPC et le Centre Léa-Roback, pour leur financement et leur soutien; le personnel de l'ISPC; Isabelle Therrien et Andrée Thibeault, dont les talents administratifs ont assuré le bon déroulement de l'atelier; et enfin l'ensemble des participants à l'atelier, qui ont pris le temps d'y assister et d'enrichir, par leurs interventions, les discussions sur le lieu et la santé qui l'ont marqué. « Nous espérons avoir l'occasion de nous réunir tous à nouveau bientôt », concluent M. Hayes et M<sup>me</sup> Potvin.

## Annexe I : Liste des participants à la conférence

Manuel Arango, Fondation des maladies du cœur du Canada  
Tracie Barnett, Université de Montréal  
Mike Benigeri, Carrefour montréalais des informations sociosanitaires, Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal, Montréal  
Paul Bernard, Université de Montréal  
Tariq Bhatti, Secrétariat des villes, Infrastructure Canada  
Jean Caron (chercheur principal), Université McGill  
Rana Charafeddine, Centre de recherche Léa-Roback  
Patricia Collins, Université Simon Fraser  
Clément Dassa, Université de Montréal  
Mark Daniel, Université de Montréal  
Maria De Koninck (chercheuse principale), Université Laval  
Marie Desmeules (chercheuse principale), Agence de santé publique du Canada, Ottawa  
Erica Di Ruggiero, Institut sur la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada  
Marie-Jeanne Disant, Université Laval  
James Dunn (chercheur principal), Centre for Research on Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto  
Heather Fraser, Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Agence de santé publique du Canada  
Katherine Frohlich, Université de Montréal  
Lise Gauvin (chercheuse principale), Université de Montréal  
Rick Glazier, Centre for Research on Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto  
Judith Guernsey, Université Dalhousie  
Michael Hayes, Université Simon Fraser  
Denis Heng, Université Laurentienne  
Yan Kestens, Université de Montréal  
Kathi Kinew, Assemblée des chefs du Manitoba  
Irene Koren, Université Laurentienne  
Chris Lalonde, Université de Victoria  
Alexandre Lebel, Université Laval  
Richard Lessard, Direction de santé publique de Montréal  
Ellen Lesiuk, Housing Branch, Ville d'Ottawa  
Irene Linklater, Recherche et élaboration des politiques, Assemblée des chefs du Manitoba, Winnipeg  
Pat O'Campo, Centre for Research on Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto  
Lisa Oliver, Université Simon Fraser  
Robert Pampalon, Institut national de santé publique du Québec  
Dianne Patychuk, Planning and Policy, Toronto Public Health, Toronto  
Louise Potvin, Université de Montréal  
Mylène Riva, Université de Montréal

**Kachimaa Mawiin · Certitudes possibles**

**Faire une place au lieu dans la recherche et les politiques en matière de santé**

Éric Robitaille, Centre de recherche Léa-Roback

Leslie Roos, Université du Manitoba

Nancy Ross, Université McGill

Christine Schippers, Université du Manitoba

Nadine Schuurman, Université Simon Fraser

Blair Wheaton, Université de Toronto

Mark Wheeler, Division des politiques, Santé Canada, Ottawa

Janine Wiles, Université McGill

Robin A. Yates, Université de Victoria

### **Personnel de l'ISPC**

Carole Brûlé

Keith Denny

Elizabeth Gyorfi-Dyke

Lisa Sullivan

### **Personnel du Centre de recherche Léa-Roback**

Isabelle Thérien

Andrée Thibeault

Lillian Bayne (animatrice)

Susan Goldberg (rédactrice)

## Annexe 2 : Programme de l'atelier

### Objectifs de l'atelier

Durant l'atelier :

- présenter les résultats des projets de recherche parrainés par l'ISPC et relatifs aux effets du lieu sur la santé des Canadiens;
- discuter des conséquences et proposer des orientations pour élaborer des politiques relatives au lieu et à la santé;
- se pencher sur les orientations de la recherche sur le lieu et la santé au Canada.

À la suite de l'atelier :

- rédiger un rapport sur le déroulement de l'atelier et assurer sa diffusion;
- soumettre les rapports de recherche à une publication pertinente en vue d'un numéro thématique.

### Mercredi 27 avril 2005

17 h à 18 h 30 Arrivée à La Sapinière, à Val-David

18 h 30 à 20 h Cérémonie d'accueil

- Allocution de bienvenue prononcée par Elizabeth Gyorfi-Dyke, directrice de l'ISPC, ainsi que par les coprésidents de l'atelier, Michael Hayes et Louise Potvin
- Présentation et survol du programme et des objectifs de l'atelier par Lillian Bayne, animatrice

### Judi 28 avril 2005

Le jour 1 de l'atelier met l'accent sur la **mobilisation des connaissances**.

Les présentations des rapports de recherche s'articulent autour de la structure suivante :

- Sujet et méthode de recherche
- Objectifs : Pourquoi cette recherche est-elle nécessaire? À quels problèmes tente-t-elle de répondre?
- Résultats : Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques. En quoi les connaissances générées contribuent-elles à la compréhension ou à la gestion des problèmes cernés?

Les commentaires des participants s'articulent, pour leur part, autour de la structure suivante :

- Principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques : À la lumière du rapport de recherche, quels sont les principaux résultats pertinents en ce qui a trait aux politiques?
- responsables de l'élaboration des politiques et décisionnaires intéressés : Qui pourrait être intéressé par les résultats de cette recherche et pourquoi?
- Principales applications : Comment les décideurs intéressés pourraient-ils appliquer les résultats de cette recherche?
- Questions en suspens relatives aux politiques : Quelles questions ou quels problèmes majeurs persistent en ce qui a trait aux politiques? Quelles lacunes perdurent en matière de recherche et de connaissances?

Enfin, les discussions qui suivent la présentation des rapports de recherche sont axées sur les questions suivantes :

- Quelle est la pertinence de la recherche présentée en ce qui a trait aux politiques?
- Comment rendre les rapports de recherche plus clairs et persuasifs en ce qui trait à la présentation des résultats liés à la recherche et aux politiques?
- Comment les résultats de la recherche pourraient-ils être appliqués?
- Quelles stratégies pourraient être employées pour que la recherche se traduise par des résultats concrets ou par une mobilisation?
- Qu'est-ce qui rend cette question pertinente du point de vue de la recherche et de l'élaboration des politiques?
- Comment un dialogue entre les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs pourrait-il mener à une approche novatrice de la question?

8 h 30 à 8 h 45      Présentation des participants à tour de rôle

8 h 45 à 9 h 15      **Étude des milieux de vie et de la santé à l'échelle locale : le cas de trois secteurs de la région de Québec (approches méthodologiques et résultats préliminaires)**

8 h 45 à 9 h          Maria De Koninck, Université Laval, Québec

9 h à 9 h 10          Richard Lessard, directeur de la santé publique, Direction de santé publique de Montréal

9 h 10 à 9 h 15      Questions

9 h 15 à 9 h 45	<b>Lieu de résidence et risques de mortalité liée aux maladies non transmissibles : Les Canadiens vivant en milieu rural sont-ils plus à risque?</b>
9 h 15 à 9 h 30	Marie Desmeules, Agence de santé publique du Canada, Ottawa
9 h 30 à 9 h 40	Richard Lessard, directeur de la santé publique, Direction de santé publique de Montréal
9 h 40 à 9 h 45	Questions
9 h 45 à 10 h 15	<b>Famille et lieu : Effets sur l'utilisation des soins de santé et le niveau d'instruction</b>
9 h 45 à 10 h	Leslie Roos, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique de soins de santé du Manitoba, Winnipeg
10 h à 10 h 10	Mark Wheeler, directeur adjoint, Division des politiques, Santé Canada
10 h 10 à 10 h 15	Questions
10 h 15 à 10 h 45	Pause
10 h 45 à 11 h 15	<b>Lieu et santé au sein des collectivités des Premières nations</b>
10 h 45 à 11 h	Christopher Lalonde, Université de Victoria, Victoria
11 h à 11 h 10	Irene Linklater, directeur de la recherche et de l'élaboration des politiques, Assemblée des chefs du Manitoba
11 h 10 à 11 h 15	Questions
11 h 15 à 12 h 30	Discussion
13 h 30 à 14 h	<b>Indicateurs prévisionnels de la détresse psychologique chez les populations à faible revenu de Montréal</b>
13 h 30 à 13 h 45	Jean Caron, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal
13 h 45 à 13 h 55	Tariq Bhatti, sous-ministre, Secrétariat des villes, Infrastructure Canada
13 h 55 à 14 h	Questions
14 h à 14 h 30	<b>Explication de l'inégalité des revenus et de la mortalité dans les villes d'Amérique du Nord : biens et services publics, disparités fiscales, fragmentation municipale et santé de la population</b>
14 h à 14 h 15	James Dunn, St. Michael's Hospital, Toronto

- 14 h 15 à 14 h 25 Dianne Patychuk, Planning and Policy, Toronto Public Health
- 14 h 25 à 14 h 30 Questions
- 14 h 30 à 15 h **Le problème de la conceptualisation et de la délimitation des quartiers : vers une approche multiconceptuelle et pluriméthodique**
- 14 h 30 à 14 h 45 Lise Gauvin, Centre de recherche Léa-Roback, Montréal
- 14 h 45 à 14 h 55 Mike Benigeri, coordonnateur du Carrefour montréalais d'informations sociosanitaires (CMIS), Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal
- 14 h 55 à 15 h Questions
- 15 h à 15 h 30 Pause
- 15 h 30 à 16 h **Estimation de l'état de santé au sein d'un petit secteur de la région métropolitaine de recensement de Vancouver**
- 15 h 30 à 15 h 45 Michael Hayes, Université Simon Fraser, Vancouver
- 15 h 45 à 16 h Questions
- 16 h à 17 h 30 Discussion

## Vendredi 29 avril 2005

Le jour 2 de l'atelier met l'accent sur les orientations à venir en matière de recherche sur le lien et la santé. Il est axé sur les deux questions suivantes :

- Quelles sont les questions de recherche ou les lacunes en matière de connaissances auxquelles il importe de s'attaquer rapidement?
- Quels devraient être les quatre ou cinq thèmes principaux d'un prochain programme de recherche?

- 8 h 30 à 9 h **Recherches à venir**
- Perspectives des chercheurs : Louise Potvin et Michael Hayes
  - Perspectives des décisionnaires
- 9 h à 10 h 30 **Séance plénière consacrée à l'établissement d'un programme de recherche sur la santé et le lieu**
- 10 h 30 à 10 h 45 Pause

10 h 45 à 11 h 45 **Mise au point de l'ISPC sur le lieu et la santé**

Elizabeth Gyorfi-Dyke

11 h 45 à 12 h **Mot de la fin et étapes à venir**

Louise Potvin et Michael Hayes

## Annexe 3 : Règles de base de l'atelier<sup>6</sup>

**Langue :** Nos discussions avec les participants nous ont montré que tous comprenaient l'anglais, étaient en mesure de communiquer dans cette langue et souhaitaient que l'on évite le recours à des services de traduction simultanée, qui nuisent à l'ambiance détendue à laquelle ils tiennent. Cela dit, nous invitons les personnes qui souhaitent communiquer en français à le faire. Tout sera mis en œuvre pour que l'essence de leurs propos soit traduite par des participants bilingues sélectionnés à l'intention des participants qui ne comprennent pas le français.

**Responsabilité partagée :** Nous partageons le succès de l'atelier.

**Respect et compréhension :** Les idées et les questions sont les bienvenues.

**Participation :** Il est nécessaire que tous assistent et participent pleinement à l'ensemble de l'atelier.

**Expression :** Il est souhaitable que tous expriment leurs idées et leurs points de vue pour que l'atelier soit un succès.

**Attention :** Les participants sont priés d'éteindre leur téléavertisseur, leur téléphone cellulaire et leurs autres appareils électroniques.

**Respect des horaires :** Les horaires prévus doivent être respectés à la lettre. Les présentations et les commentaires doivent donc être pertinents et concis.

**Absence d'abréviations et d'acronymes :** Tous doivent faire un effort pour utiliser le moins d'abréviations ou d'acronymes possibles.

**Ambiance détendue :** L'atelier doit se dérouler dans une ambiance détendue, mais de manière ordonnée. Nous assurerons le respect du programme et des horaires tout en tentant de réduire les obstacles à la communication et à la participation.

---

6. Les règles de base de l'atelier *Le lieu et la santé : De la recherche aux politiques* ont été établies par l'animatrice de l'atelier, Lillian Bayne, de Lillian Bayne and Associates.

Cette publication s'inscrit dans le mandat de l'ISPC qui vise à mieux comprendre l'état de santé de la population canadienne. En conformité avec les connaissances acquises à ce jour, cette publication reflète le fait que la santé des Canadiens est déterminée par un ensemble de facteurs sociaux et dynamiques. L'ISPC est résolue à approfondir notre compréhension de ces facteurs.