

# Bâtir un Canada en santé : traduire les connaissances scientifiques en action et en prévention

David L. Mowat, M.B.Ch.B., M.P.H., F.R.C.P.C., F.F.P.H.

Il y a 10 ans, peu de lecteurs de la *Revue canadienne de santé publique* auraient eu plus qu'une vague connaissance de la question du milieu bâti et de la santé. Aujourd'hui, cette question est solidement ancrée dans la pratique de la santé publique. Elle figure au programme de conférences, les étudiants s'attendent à ce qu'on en parle, et on entreprend et on publie davantage d'études sur le sujet<sup>1</sup>. De 1993 à 2003, Medline recensait 176 articles liés au milieu bâti; entre 2003 et 2013, il y en a eu 1 003. La plupart des études publiées portent sur les relations entre l'aménagement du territoire, la marchabilité, le transport actif et un éventail de résultats sanitaires, comme la masse corporelle et le diabète, ainsi que des sujets aussi divers que la connexité sociale, les traumatismes et la qualité de l'air.

Que pouvons-nous conclure de ce corpus de recherches? Des associations transversales – comme celles entre les indicateurs d'aménagement du territoire, en particulier la densité de population résidentielle, l'utilisation des moyens de transport actifs et la prévalence de l'obésité – sont systématiquement reproduites<sup>2-7</sup>. Ces preuves sont loin d'être concluantes cependant; les résultats d'études longitudinales sont rares, et les difficultés méthodologiques abondent. Entre autres, les mesures des caractéristiques d'utilisation des terres à l'échelle géographique peuvent ne pas saisir tous les effets à une échelle différente : une petite oasis de « nouvel urbanisme » sertie dans une vaste zone de banlieues tributaires de l'automobile pourrait ne pas être complètement efficace. La difficulté a souvent trait à la complexité inhérente des objets à l'étude : la forme construite, les systèmes d'aménagement du territoire et de planification des transports, et les interventions<sup>8-10</sup>. Pas étonnant qu'aujourd'hui on ne puisse pas répondre avec assurance à des questions comme « Comment fait-on pour concevoir un quartier où les enfants seront plus susceptibles de se rendre à l'école à pied ou en vélo? » ou « Quel est l'effet net des carrefours giratoires sur la santé? »

Il faudrait clairement davantage d'études empiriques, mais il faut être réaliste quant à la vraisemblance de trouver des réponses simples, que l'on pourra facilement mettre en application partout. Comme l'écrit Pawson, « *Les interventions sociales sont si complexes qu'il y a peu d'espoir de les reproduire telles quelles; même si c'était possible, elles sont si sensibles au contexte que le "même" assemblage, dans d'autres circonstances, peut rater. Néanmoins, la planification possible dans des systèmes ouverts consiste à réunir une foule d'expériences sur les options et les possibilités et à comprendre quels genres de choses fonctionnent pour quels genres de sujets, dans quels genres de situations*<sup>11</sup> » (traduction libre).

Les praticiens de la santé publique sont convaincus que les caractéristiques du milieu bâti exercent une grande influence sur la santé, mais ils ne sont pas encore capables de trouver des preuves solides pour orienter des interventions précises, adaptées aux circonstances locales<sup>12</sup>. Il reste que les arguments en faveur d'une action immédiate sont convaincants. Entre 1978 et 2009, les taux d'obésité mesurés chez les Canadiens adultes ont grimpé de 13,8 % à 25,4 %<sup>13</sup>. La prévalence du diabète augmente – de 6,4 % en 2002-2003, elle est passée à 8,7 % en 2008-2009<sup>14</sup>. À peine 15 % des adultes et 7 % des enfants et des jeunes affichent les niveaux d'activité physique recommandés<sup>15,16</sup>, et les niveaux de forme physique des enfants et des jeunes ont diminué entre 1981 et 2007-2009<sup>17</sup>. Autour des grands centres urbains, on continue d'asphalter les terres agricoles au profit de développements domiciliaires à faible densité, tributaires de l'automobile. Simultanément, les personnes qui se préoccupent de la durabilité écologique, de la qualité de vie ou des pertes économiques dues à l'encombrement de la circulation ou à l'entretien d'infrastructures tentaculaires expriment elles aussi des craintes. De meilleures politiques d'aménagement du territoire et de transport semblent offrir un vaste éventail d'avantages sociétaux et montrent peu de signes d'effets néfastes. La difficulté est de trouver les moyens d'opérer les changements désirés.

L'initiative COALITION – Connaissances et action liées pour une meilleure prévention, un programme de subventions financé par le Partenariat canadien contre le cancer et par Santé Canada, vise à mettre les connaissances en action, à promouvoir les partenariats entre les intéressés et à générer des « données probantes fondées sur la pratique », sachant que le maillage de pratiques novatrices avec les mécanismes de recherche appropriés peut mener à des percées dans les connaissances sur les processus et les effets de systèmes complexes, comme les interventions en santé des populations<sup>18</sup>. L'une des coalitions financées par l'initiative COALITION s'appelle Bâtir un Canada en santé (BUCS); ses membres sont le Réseau canadien pour la santé urbaine (les directeurs de santé publique ou médecins hygiénistes de 19 grandes villes), la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, l'Institut canadien des urbanistes, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et l'Institut canadien des ingénieurs en transport. La première phase a englobé le travail de six autorités sanitaires dans trois provinces, comme l'expliquent Miro et coll. dans le résumé de BUCS<sup>19</sup>. La phase actuelle, qui n'est pas abordée dans le

#### Affiliation de l'auteur

Médecin-hygiéniste, Région de Peel (Ontario)

présent supplément, a été élargie pour inclure six autres autorités sanitaires dans cinq autres provinces.

Les articles du présent supplément décrivent certaines des activités de BUCS à Vancouver, Toronto et Montréal et les progrès qui en ont résulté. Macfarlane et coll., à Toronto, nous rappellent que le milieu bâti en tant qu'enjeu sanitaire a à certains endroits plusieurs dizaines d'années d'histoire : le mouvement des Villes-santé, par exemple, a été le fondement des initiatives en cours<sup>20</sup>. Montréal a déjà mobilisé des regroupements de quartier et des ONG autour d'enjeux liés au milieu bâti, comme l'explique l'article de Dubé et coll. sur la participation citoyenne à l'élaboration de politiques publiques de transport actif<sup>21</sup>.

L'article de Gagnon et Bellefleur examine deux nécessités de l'élaboration de politiques publiques saines : en prédire les effets et en évaluer la viabilité politique<sup>22</sup>. Le premier aspect est repris par Ulmer et coll., qui décrivent l'application d'un outil logiciel fondé sur les preuves dans une évaluation des effets sanitaires de la remise en valeur d'un site désaffecté à Toronto<sup>23</sup>. L'article de Moloughney et coll. décrit un autre outil fondé sur les preuves et son adoption systématique pour l'évaluation de propositions d'aménagement (principalement sur des sites de première implantation) dans la région de Peel<sup>24</sup>. Miro et coll. réfléchissent à l'expérience de la Colombie-Britannique, où l'on a voulu renforcer la capacité de participer aux processus d'aménagement du territoire et de planification des transports, tisser des liens entre les acteurs du milieu et influencer les plans et les politiques<sup>25</sup>. Enfin, pour illustrer la question de l'acceptabilité des politiques, les résultats d'un sondage sur les préférences résidentielles mené dans la région du Grand Toronto et dans la région métropolitaine de Vancouver par Frank et coll. indiquent qu'il existe une demande pour des communautés propices à la marche, et qu'elle n'est pas entièrement comblée par les schémas d'aménagement actuels<sup>26</sup>.

Les projets décrits ici montrent qu'il est possible de faire fond sur des preuves empiriques pour élaborer des initiatives qui mettent à l'essai des approches pratiques et en partager les constatations avec d'autres. Ces projets ne représentent qu'une petite partie des activités menées par des professionnels de la santé publique en collaboration avec des urbanistes, des ingénieurs en transport, des ONG et d'autres partout au Canada. En même temps, nous devons continuer à évaluer les nouvelles pratiques aussi rigoureusement que possible afin de produire des connaissances généralisables. Ce sera difficile, pour les raisons susmentionnées; mais ce n'est que par une combinaison d'études empiriques et d'observations critiques, reposant sur des bases théoriques, que ce domaine continuera d'avancer.

## RÉFÉRENCES

- Jackson RJ, Dannenberg AL, Frumkin H, 2013, « Health and the built environment: 10 years after », *Am J Public Health*, 103, p. 1542-1544.
- Feng J, Glass T, Curriero F, Stewart W, Schwartz B, 2010, « The built environment and obesity: A systematic review of the epidemiological evidence », *Health Place*, 16, p. 175-190.
- Glazier R, Booth G, Goydyra P, Creatore M, Tynan A-M, éd., 2007, « Neighbourhood environments and resources for healthy living – a focus on diabetes in Toronto », *ICES Atlas*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences.
- Frank L, Andersen M, Schmid T, 2004, « Obesity relationships with community design, physical activity and time spent in cars », *Am J Prev Med*, 27, p. 87-96.
- Frank L, Sallis J, Conway T, Chapman J, Saelens B, Bachman W, 2006, « Many pathways from land use to health », *J Am Planning Assoc*, 72, p. 75-87.
- Warner M, Götschi T, Martin-Diever E, Kahlmeier S, Martin BW, 2012, « Active transport, physical activity, and body weight in adults. A systematic review », *Am J Prev Med*, 42, p. 493-502.
- Boone-Heinonen J, Gordon-Larsen P, 2012, « Obesogenic environments in youth: Concepts and methods from a longitudinal national sample », *Am J Prev Med*, 42, p. e37-e46.
- Mecredy G, Pickett W, Janssen I, 2011, « Street connectivity is negatively associated with physical activity in Canadian youth », *Int J Environ Res Public Health*, 8, p. 3333-3350.
- Koczynski A, Glover T, 2012, « Talking the talk, walking the walk: Examining the effect of neighbourhood walkability and social connectedness on physical activity », *J Public Health*, 34, p. 382-389.
- Raine K, Spence J, Church J, Boulé N, Slater L, Marko J et coll., *Examen de l'état des preuves sur la santé en milieu urbain et le poids santé*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2008.
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K, 2005, « Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions », *J Health Serv Res Policy*, 10 (suppl. 1), p. 21-34.
- Raine K, Muhajarine N, Spence J, Neary N, Nykiforuk C, 2012, « Coming to consensus on policy to create supportive built environments and community design », *Rev can santé publique*, 103 (suppl. 3), p. S55-S58.
- Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Ottawa, 2011.
- Division de la surveillance et du contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa, 2011. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php> (consulté le 1<sup>er</sup> mai 2014).
- Colley RC, Garriguet O, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay M, 2011, « Activité physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 22, p. 15-23.
- Colley RC, Garriguet O, Janssen I, Craig CL, Clarke J, Tremblay M, 2011, « Activité physique des adultes au Canada : résultats d'accélérométrie de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 22, p. 7-14.
- Tremblay M, Shields M, Laviolette M, Craig CL, Janssen I, Gorber S, 2010, « Condition physique des enfants et des jeunes au Canada : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 », *Rapports sur la santé*, 22, p. 7-20.
- Green LW, 2006, « Public health asks of systems science: To advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? », *Am J Public Health*, 96, p. 406-409.
- Miro A, Kishchuk NA, Perrotta K, Swinkels HM, 2015, « La coalition Bâtir un Canada en santé : Leçons de la première phase d'une initiative intersectorielle et interprovinciale sur le milieu bâti », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS54-eS63.
- Macfarlane RG, Wood LP, Campbell ME, 2015, « Toronto, une ville saine à dessin : Pour un milieu bâti plus sain », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS5-eS8.
- Dubé AS, Beausoleil M, Gosselin C, Beaulme G, Paquin S, Pelletier A et coll., 2015, « Projets de proximité axés sur l'environnement bâti : association avec la défavorisation du quartier, la diversité des usages du sol et le risque de traumatismes pour les usagers de la route », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS22-eS26.
- Gagnon F, Bellefleur O, 2015, « Influencer les politiques publiques : deux (très bonnes) raisons de se tourner vers le savoir scientifique en politique publique », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS9-eS11.
- Ulmer JM, Chapman JD, Kershaw SE, Campbell M, Frank LD, 2015, « Application d'un outil fondé sur les données probantes pour évaluer les effets sanitaires de changements dans le milieu bâti », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS27-eS34.
- Moloughney BW, Bursley GE, Neumann J, Leeming DH, Gutmann CE, Sivanand B, Mowat DL, 2015, « Intégrer la prise en compte des impacts sur la santé dans les processus d'approbation des plans d'aménagement du territoire : L'élaboration du cadre d'une étude de base sur la santé », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS35-eS42.
- Miro A, Perrotta K, Evans H, Kishchuk NA, Gram C, Stanwick RS, Swinkels HM, 2015, « Pour que les autorités sanitaires influencent davantage l'aménagement du territoire et la planification des transports : leçons du projet Bâtir un Canada en santé de l'initiative COALITION en Colombie-Britannique », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS43-eS53.
- Frank LD, Kershaw SE, Chapman JE, Campbell M, Swinkels H, 2015, « La demande de marchabilité insatisfaite : disparités entre les préférences et les choix réels de cadres de vie à Toronto et Vancouver », *Rev can santé publique*, 106 (suppl. 1), p. eS12-eS21.