

# Autorités de santé publique, politiques publiques et environnement bâti : cadre de référence

Septembre 2010

Le concept d'environnement bâti fait référence aux dimensions des milieux de vie des populations qui ont été construites par les êtres humains. L'ensemble de ces constructions forme une partie importante des habitats humains, c'est-à-dire des modes d'organisation et de peuplement des lieux où les gens vivent. Le document qui suit présente un cadre de référence visant à mettre en contexte le concept d'environnement bâti en lien avec les actions des autorités de santé publique au Canada.

Depuis longtemps, les autorités de santé d'Amérique du Nord et d'Europe reconnaissent les conditions de vie comme étant un déterminant important de la santé des populations. Or l'environnement bâti est à la fois un produit des conditions de vie (la richesse, l'accès à l'énergie, etc.) et un facteur qui influe sur ces conditions de vie (il organise nos rapports à l'environnement, aux autres, etc.). Foucault (1976) a en effet montré que les administrations européennes de santé publique modernes se sont développées en



Montréal au 19<sup>e</sup> siècle. La rapide et importante densification de la population urbaine préoccupe les autorités de santé publique, qui militent pour la construction de réseaux d'aqueducs et d'égouts.

Source : © McCord Museum VIEW-2938.

Vue de Montréal depuis la cheminée de la centrale de la Montreal Street Railway, QC, 1896.

Wm. Notman & Son.

parallèle de l'augmentation des populations urbaines au 18<sup>e</sup> siècle, notamment en raison des inquiétudes que cela suscitait en matière d'impacts de l'habitat sur la santé des populations.

Coburn (2004) a montré un modèle de développement semblable à celui des États-Unis. Au Canada, les travaux d'historiens de la santé publique laissent voir que les autorités médicales ont été préoccupées depuis le milieu du 19<sup>e</sup> siècle par diverses dimensions du bâti urbain. À Toronto et à Montréal notamment, ce sont les autorités de santé qui ont agi comme d'importantes forces et qui ont provoqué la réalisation de réseaux d'égouts et d'aqueducs (Gagnon, 2006b; McDougall, 1988, p. 69 et suiv.). À Montréal, on sait qu'elles ont alors été impliquées dans le choix des technologies employées dans la construction des égouts ainsi que dans les processus de localisation des canalisations et des aires de déversement (Gagnon, 2006b, p. 151-211). Toujours à Montréal, les savoirs de santé publique ont aussi été instrumentaux dans le cadre de la planification du réseau autoroutier dans les années 1940-1950. On cherche alors à assainir le milieu de vie de la population en détruisant les « taudis » des quartiers ouvriers et en donnant accès aux espaces périphériques, qui devaient garantir un meilleur milieu de vie (Gagnon, 2006a).

Les actions des autorités de santé publique témoignent de la continuité de ces préoccupations pour l'environnement bâti des villes. À Montréal notamment, les autorités de santé publique ont entrepris de nombreuses actions pour influencer les politiques d'aménagement du territoire et les politiques de gestion de la circulation des biens et des personnes. Par exemple, elles ont déposé des mémoires dans le cadre de projets autoroutiers (Lessard, 2009; Direction de santé publique de Montréal-Centre, 2002).



Les préoccupations des autorités de santé envers l'environnement bâti se sont depuis étendues aux espaces suburbains et ruraux. Par un drôle de retour des choses peut-être, les espaces suburbains, au développement desquels les savoirs de santé publique ont participé, sont quant à eux de plus en plus associés à des modes de vie peu actifs et, par là, à l'obésité et à ses conséquences morbides et mortelles. L'usage intensif de l'automobile que génère cette forme d'occupation du territoire est aussi d'intérêt pour la santé publique, notamment au niveau de la pollution de l'air et de la pollution sonore qu'il engendre et par les traumatismes routiers qu'il induit. Plusieurs autorités régionales de santé ont produit des rapports concernant ces phénomènes induits par le développement des espaces suburbains, intimement liés aux déplacements automobiles (Capital Health, 2007; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006).



La densité des espaces suburbains, un objet de préoccupation pour la santé publique parce qu'elle influence les façons de se déplacer et leurs conséquences : activité physique, pollution de l'air, etc. Par exemple, avec 110 personnes par km<sup>2</sup>, Edmonton est l'aire métropolitaine majeure la moins dense du Canada, selon Statistique Canada. Pour sa part, Toronto est la plus dense, avec 866 personnes par km<sup>2</sup>. À Edmonton, 77 % des adultes effectuent tous leurs déplacements quotidiens en automobile alors que c'est le cas de 66 % des adultes à Toronto (Capital Health, 2007, p. 45).

Source : © iStockphoto.com. Photographie : Dan Barnes.

L'habitat rural est peut-être la dimension de l'environnement bâti la moins systématiquement envisagée comme objet d'intervention par les autorités de santé publique, qui s'intéressent sans doute depuis moins longtemps à l'habitat rural qu'à celui des villes. Néanmoins, les importants développements industriels et agricoles qui se produisent en milieu rural attirent de plus en plus leur attention. Que ce soit en raison des développements miniers ou énergétiques par exemple, les

populations rurales vivent en interaction croissante avec des sources considérables de pollution de l'air, de l'eau et du sol.

En outre, les transformations de l'agriculture et du secteur agroalimentaire retiennent de plus en plus leur attention. Par exemple, dans un mémoire déposé dans le cadre d'une Commission sur l'agriculture et l'agroalimentaire québécois, une agence régionale de santé du Québec (en partenariat avec une table de développement régional) a récemment recommandé de développer un réseau d'infrastructures de distribution telles que des kiosques ou des marchés publics afin de soutenir la transformation alimentaire « locale ». Selon elle, ceci permettrait d'assurer le développement durable (social et économique) des communautés sous sa juridiction, tout en assurant leur sécurité alimentaire (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et Table des partenaires du développement social de Lanaudière, 2007, p. 6).

Les actions de santé publique qui façonnent l'environnement bâti prennent aussi d'autres formes, visant d'autres déterminants de la santé et des populations ou sous-ensembles de populations définis autrement.

Par exemple, les autorités de santé publique de Vancouver ont soutenu le développement d'un « site d'injection supervisée ». Ce service vise à offrir aux personnes faisant usage de drogues par injection un environnement où leur consommation pourrait s'effectuer à l'abri des facteurs de risque inhérents à l'injection de drogues illégales se déroulant « en public ».



Le « site d'injection supervisée » Insite, à Vancouver.  
Source : Portland Hotel Society.

Les autorités de santé publique de Montréal ont quant à elles milité pour l'installation d'une barrière de sécurité surélevée sur le pont Jacques-Cartier, à Montréal, afin de prévenir les suicides.



La barrière de sécurité du pont Jacques-Cartier, à Montréal, fut installée pour prévenir les actes de suicide.

Source : © iStockphoto.com. Photographe : Mario Loiselle.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé prend pour cadre cette diversité d'actions, de populations, de problèmes de santé et de déterminants possibles comme cadre de référence pour son projet de soutien aux autorités régionales de santé publique du pays. Le Centre vise à permettre aux professionnels œuvrant à promouvoir des politiques publiques favorables à la santé de réfléchir systématiquement et stratégiquement aux possibilités qu'offre l'environnement bâti comme déterminant de la santé.

## Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière & Table des partenaires du développement social de Lanaudière. (2007). *Un système agroalimentaire durable pour une région et des communautés en santé*. Consulté en ligne à : [http://www.caaaq.gouv.qc.ca/userfiles/File/MEMOIRE/14-18-J-Sante%20et%20services%20sociaux\\_Memoire.pdf](http://www.caaaq.gouv.qc.ca/userfiles/File/MEMOIRE/14-18-J-Sante%20et%20services%20sociaux_Memoire.pdf).
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2006). *Le transport urbain, une question de santé*. Consulté en ligne à : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapport annuel/2006/rapportannuel2006.pdf>.
- Capital Health. (2007). *How Healthy are We?* Edmonton. Consulté en ligne à : [http://www.capitalhealth.ca/nr/rdonlyres/eh7j7btfco2qkivt76exw6pkzw4piwk3w4bxhwuq3adbyjczmbx3fvb4xln5a6g4ns2lodps4zdo5m6fvidttscl/moh+report\\_2007.pdf](http://www.capitalhealth.ca/nr/rdonlyres/eh7j7btfco2qkivt76exw6pkzw4piwk3w4bxhwuq3adbyjczmbx3fvb4xln5a6g4ns2lodps4zdo5m6fvidttscl/moh+report_2007.pdf).
- Coburn, J. (2004). Confronting the Challenges in Reconnecting Urban Planning and Public Health. *American Journal of public Health*, 94(4), 541-546.
- Direction de santé publique de Montréal-Centre. (2002). *Mémoire sur le projet de Modernisation de la rue Notre-Dame du ministère des Transports du Québec*. Montréal. Consulté en ligne à : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/notredame.pdf>.
- Foucault, M. (1976). La politique de la santé au XVIII<sup>e</sup> siècle. Dans *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. (p. 11-21). Dossiers et documents. Paris: Institut de l'environnement.
- Gagnon, F. (2006a). *L'art du laissez-faire « juste assez » la circulation automobile à Montréal : généalogie d'un régime de gouvernement libéral avancé* (thèse de doctorat, Université de Montréal, Canada).
- Gagnon, R. (2006b). *Questions d'égoûts*. Montréal : Boréal.
- Lessard, R. (2009). *Mémoire du directeur de santé publique sur le projet de reconstruction du complexe Turcot*. Montréal : Direction de santé publique de Montréal. Consulté en ligne à : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/environnement/memoireTurcot2009.pdf>.
- McDougall, H. (1988). Public Health and the 'Sanitary Idea' in Toronto, 1866-1890. Dans W. Mitchinson & J. Dickin McGinnis (dir.), *Essays in the History of Canadian Medicine*. (p. 62-87). Toronto: McClelland and Stewart.

**Septembre 2010**

Auteur : François Gagnon, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit aussi bien comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au [ccnpps@inspq.qc.ca](mailto:ccnpps@inspq.qc.ca).

N° de publication : 1351

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca) et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca).

An English version of this paper is also available at [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca).

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2011  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-63199-6 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)  
ISBN : 978-2-550-63200-9 (PDF ANGLAIS)  
ISBN : 978-2-550-63197-2 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-63198-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

