



## L'aménagement des collectivités dans la perspective de l'équité sanitaire : orientations et stratégies prometteuses

Rebecca Haber<sup>a</sup>

# examen des données probantes

### Sommaire

- L'aménagement des collectivités peut servir à réduire les iniquités en matière de santé. Aborder l'aménagement des collectivités dans la perspective de l'équité sanitaire peut encourager à se pencher davantage sur le processus, les implications et les effets suggérés.
- En matière de santé, les inégalités sont inévitables, mais les iniquités, ou différences quant aux effets de l'aménagement, sont évitables.
- Les efforts visant à créer des villes, villages et quartiers pleins d'énergie et de santé sont au premier plan de plusieurs initiatives mondiales. La promotion et la mise en œuvre d'un aménagement favorisant vraiment la santé des collectivités nécessitent un engagement politique soutenu.
- Bien que l'impact des instruments d'évaluation de l'équité sur les effets sanitaires de l'aménagement ne soit pas bien documenté, ces instruments ont démontré leur capacité à cerner des problèmes qui n'avaient pas été pris en compte auparavant et à changer la façon de mettre en œuvre les programmes.

- La force des processus d'aménagement réside dans la mobilisation des membres de la collectivité. Les données disponibles suggèrent six façons d'aborder l'aménagement des collectivités dans la perspective de l'équité sanitaire : faire intervenir les membres de la collectivité dans le processus d'aménagement; cibler des populations particulières; assurer le suivi et l'évaluation des effets; employer des instruments d'évaluation de l'équité; mettre en œuvre des moyens incitatifs ou des leviers politiques; prendre en compte les différents déterminants sociaux de la santé et leurs interactions.

### Introduction

Partout au Canada et dans le monde, la collectivité locale s'affirme de plus en plus comme un lieu d'action sanitaire.<sup>1,2</sup> Le présent compte rendu examine de quelles façons les initiatives d'aménagement des collectivités locales peuvent non seulement tenir compte des questions de santé, mais aussi faire de l'équité sanitaire une priorité. Les initiatives d'aménagement peuvent être motivées en premier lieu soit par des objectifs sanitaires (auquel cas elles sont pilotées par des professionnels de la santé publique), soit par d'autres questions touchant la santé des collectivités, telles que le développement urbain, les transports, la pauvreté, l'itinérance ou la



<sup>a</sup> School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique

sécurité sanitaire des aliments. Toutefois, quelle que soit la motivation initiale, il est de la plus haute importance de tenir compte de la façon dont ces initiatives contribuent à l'équité ou envisagent dans la perspective de l'équité la façon dont les mesures prises et leurs conséquences sont réparties et vécues parmi les différents groupes de la population.

Il y a une abondance de données sur les iniquités existantes en matière de santé.<sup>3</sup> L'aménagement offre un grand potentiel de réduction de ces iniquités, non seulement en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, mais aussi en ajoutant des possibilités de prise de décisions participative qui donnent plus d'autonomie et de pouvoir aux collectivités.<sup>4</sup>

Le présent compte rendu analyse la documentation sur les efforts d'aménagement des collectivités visant à promouvoir l'équité en matière de santé et en dégage les façons (éprouvées ou possibles) d'aborder ces efforts dans la perspective de l'équité sanitaire. Il apporte aux responsables des politiques, professionnels de la santé publique et représentants des collectivités des exemples d'outils et de pratiques permettant de promouvoir l'équité sanitaire dans leur travail. Il souligne également les obstacles à cette approche de l'aménagement des collectivités et quelques-unes des façons de les surmonter. Comme il porte avant tout sur le processus d'aménagement des collectivités et ses implications pour l'équité sanitaire, il n'aborde pas certains effets possibles de ce processus (changements dans l'environnement bâti, prestation des services de santé, etc.).

## Informations de base : l'action locale pour l'équité en matière de santé

En matière de santé, les inégalités sont inévitables, mais les iniquités, ou différences quant aux effets de l'aménagement, sont injustes et évitables. Les iniquités reflètent systématiquement le statut socio-économique, et la santé se dégrade en proportion de la position sociale<sup>5</sup>. Les iniquités sanitaires sont modelées par les déterminants sociaux de la santé, tels que la répartition des revenus, l'accès à l'éducation, le logement, le développement de la petite enfance et les facteurs environnementaux.<sup>6</sup>

Le niveau local est l'un des terrains où s'exerce l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Les efforts visant à créer des villes, villages et quartiers pleins d'énergie et de santé sont au premier plan de

plusieurs initiatives mondiales : le programme Villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS); les mesures par région prises au Royaume-Uni; les réseaux de Villes et villages en santé (Healthy Communities) du Québec, de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick; les initiatives locales d'un nombre incalculable d'autres collectivités. Par ailleurs, plusieurs pays européens font de l'aménagement local une partie intégrante et essentielle<sup>7</sup> de leurs stratégies nationales de réduction des iniquités sanitaires, et la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé recommande des processus décisionnels locaux participatifs et collaboratifs comme moyen de créer des villes plus saines<sup>3</sup>.

Les efforts d'aménagement locaux font souvent intervenir les représentants des différents secteurs afin de mettre au point une approche coordonnée des politiques et services de la collectivité. Par exemple, dans plusieurs régions d'Angleterre, le budget des collectivités est établi par des partenariats locaux; les fonds des différents services et programmes sont mis en commun et alloués de manière à répondre aux priorités établies à l'échelon local (par exemple en matière d'éducation ou de développement de l'enfance).<sup>8</sup> En Nouvelle-Zélande, le Comité consultatif de la santé publique a recommandé que les processus d'aménagement des collectivités soient confiés à des conseils locaux dans lesquels les administrations locales, les résidents et les différents organismes travaillent ensemble à la création d'environnements sains.<sup>9</sup> Récemment, le ministère ontarien de la Promotion de la Santé et du Sport a commencé à soutenir des partenariats dits « Communautés en santé », dans lesquels les comités multisectoriels d'une collectivité locale établissent des plans pour répondre aux priorités en matière de promotion de la santé.<sup>10</sup>

Une analyse récente de la recherche sur les iniquités sanitaires (de 1986 à 2006) a révélé que, malgré l'existence d'une vaste base de connaissances, elle apporte relativement peu de recommandations à l'intention des administrations locales sur les mesures à prendre pour les réduire<sup>1</sup>. En même temps, l'impact des initiatives locales sur la santé de la population est souvent mal suivi et difficile à déterminer, en raison de la complexité des mesures d'intervention et de l'étalement de leurs effets sur le long terme. Toutefois, la recherche sur les processus et sur les effets immédiats des efforts de réduction des iniquités sanitaires apporte une orientation pour les futurs travaux.<sup>11,12</sup> Les parties suivantes présentent l'aménagement des collectivités, résumant la

recherche sur les efforts d'aménagement centrés sur l'équité en matière de santé et examinent six façons (éprouvées ou possibles) d'aborder ces efforts dans la perspective de l'équité. Ce compte rendu se termine par un examen des lacunes dans les politiques actuelles et une liste de contrôle pour aborder l'aménagement des collectivités du point de vue de l'équité.

## L'aménagement des collectivités

Aux fins de cette analyse, l'aménagement des collectivités se définit comme un processus qui répond aux besoins d'une région ou collectivité locale en rassemblant les intervenants de différents secteurs (administration, résidents, organismes non gouvernementaux, prestataires de services) pour planifier et promouvoir son bien-être futur. Les initiatives d'aménagement s'attaquent souvent à un seul aspect du bien-être de la collectivité, comme la réduction de la pauvreté, la santé, l'aménagement urbain ou le développement de la petite enfance. Les initiatives globales d'aménagement des collectivités emploient quant à elles un processus similaire en réunissant prestataires de services, responsables des collectivités et personnes possédant une expérience concrète du terrain pour répondre aux problèmes locaux complexes.<sup>6</sup> Bien que l'aménagement des collectivités puisse prendre plusieurs formes différentes et cibler différents problèmes selon les circonstances locales, il se fonde néanmoins sur quelques principes de base : il doit être participatif, renforcer les capacités de la collectivité, intégrer ses différentes composantes dans leur diversité, employer des méthodes de recherche robustes et planifier des mesures concrètes.<sup>13</sup>

L'aménagement des collectivités relève de la gouvernance plutôt que du gouvernement. La gouvernance est la combinaison des mesures prises par les personnes et les organismes pour planifier et gérer une collectivité. Dans les villes, la gouvernance tend de plus en plus à faire intervenir une variété de parties prenantes au-delà des seuls acteurs gouvernementaux.<sup>1</sup> Il s'agit d'un processus décisionnel multisectoriel qui peut avoir des visées plus globales et à plus long terme que les processus gouvernementaux.<sup>2</sup> La gouvernance par l'aménagement de la collectivité constitue une nouvelle façon d'aborder les problèmes multidimensionnels au niveau de la localité ou du quartier.<sup>6</sup> Il ne faut toutefois pas oublier que le pouvoir des organismes d'aménagement varie selon qu'ils sont autorisés à prendre des décisions ou qu'ils jouent

seulement un rôle consultatif. Mais il n'en reste pas moins que l'aménagement est porteur d'un grand potentiel de promotion de l'équité sanitaire, en ce qu'il peut aborder les déterminants sociaux de la santé d'une collectivité d'un point de vue holistique tout en offrant un moyen de renforcer l'autonomie et le pouvoir des populations.<sup>2</sup>

## Initiatives d'aménagement visant à rétablir l'équité sanitaire – analyse documentaire

Les documents analysés dans ce compte rendu portent sur différents aspects de l'équité sanitaire dans les processus d'aménagement local. Ils proviennent d'ouvrages et périodiques consacrés à la promotion de la santé, à la santé des populations et à la santé urbaine, ainsi que de collectivités qui ont déjà mis en œuvre ou en projet des mesures d'aménagement. Ils se composent d'évaluations et d'analyses de politiques et processus d'aménagement visant à promouvoir l'équité sanitaire (comme le programme Villes-santé de l'OMS). Cette recherche reposant largement sur les bases de publications universitaires, elle exclut de nombreux efforts d'aménagement qui n'ont pas fait l'objet de publications (universitaires ou autres). Les initiatives d'aménagement examinées dans ce compte rendu ne constituent donc pas un tableau exhaustif, mais un éventail d'exemples de ce qui a été fait dans divers cas particuliers et de pratiques prometteuses pour les travaux futurs.

La documentation analysée ci-dessous montre que les initiatives d'aménagement des collectivités peuvent cibler les iniquités sanitaires de différentes façons, tant au niveau du processus qu'à celui des effets. Ces initiatives sont souvent prises dans des collectivités défavorisées ou déshéritées sur le plan matériel. Elles peuvent cibler des zones particulièrement touchées par certains problèmes de santé ou des segments de la population qui supportent une part disproportionnée du fardeau sanitaire. Elles visent ainsi à améliorer les conditions de vie ou la santé dans ces zones ou segments de population de manière à réduire les disparités avec les autres. Par exemple, en Angleterre, les initiatives d'aménagement ont ciblé les régions les plus déshéritées et présentant la plus mauvaise situation sanitaire du pays. Ces régions ont reçu un financement du gouvernement national, qui leur a demandé d'établir des partenariats locaux faisant intervenir des représentants de l'administration locale, des services de santé, de la police, de la collectivité et

des représentants du tissu économique, puis de mettre au point des plans d'action pour remédier aux iniquités en matière de santé.<sup>14</sup>

D'autres processus d'aménagement reposent sur l'éthique de la Santé pour Tous et font de l'équité une valeur prioritaire dans leur planification. Il s'agit par exemple du programme Villes-santé de l'OMS, dans le cadre duquel les villes et villages participants mettent au point des plans sanitaires et doivent intégrer la promotion de la santé à leurs politiques publiques (dans tous les domaines) en faisant de l'équité un principe essentiel.<sup>15</sup> D'autres villes et régions se sont attaquées indépendamment aux iniquités en matière de santé. Londres et La Haye possèdent des programmes municipaux de réduction des iniquités sanitaires,<sup>16,17</sup> l'État de l'Ohio a établi

une alliance pour la lutte antitabac visant à réduire les disparités liées aux tabagisme<sup>18</sup> et la ville de Détroit a intégré à son aménagement des programmes de prévention du diabète de type 2 chez les résidents afro et hispano-américains.<sup>19</sup>

Le tableau 1 présente les initiatives et processus abordant l'équité sanitaire dans l'aménagement des collectivités. Il est utile de distinguer les documents qui évaluent des initiatives particulières de ceux qui examinent les processus d'aménagement des collectivités (initiatives globales d'aménagement, aménagement de l'environnement urbain, etc.). Le tableau indique les mesures prises dans les processus d'aménagement étudiés, leurs effets, les déterminants sociaux de la santé qu'ils abordent, les difficultés rencontrées et les succès obtenus.

**Tableau 1. Recherche sur l'équité sanitaire dans l'aménagement des collectivités**

**Évaluation de quelques initiatives d'aménagement**

Processus d'aménagement	Mesures et effets	Déterminants sociaux de la santé	Lacunes et défis	Facteurs de réussite
Approche du programme Villes-santé de l'OMS pour aborder les déterminants sociaux de la santé (Villes-santé Europe, Villes-santé Israël, etc.); création de plans municipaux de développement sanitaire et de profils sanitaires municipaux <sup>15,20-22</sup> .	Mise en évidence des déterminants de la santé; définition d'un ensemble d'objectifs en matière d'équité; programmes de soutien aux groupes vulnérables; audits d'équité des politiques; surveillance des iniquités sanitaires au niveau infra-urbain.	Prise en compte des déterminants de la santé en amont; programmes relatifs au mode de vie, aux soins de santé, à l'emploi et au logement; indicateurs sanitaires stratifiés.	Pas de définition claire de l'équité; manque d'accès aux données; peu de pouvoir au niveau local pour agir sur les disparités socio-économiques; manque de suivi.	Indicateurs pour quantifier les différences entre groupes; fort soutien politique; participation de la collectivité.
Programme de réhabilitation des quartiers dans les zones défavorisées d'Angleterre – Vise à réduire les iniquités par rapport aux autres régions du pays. <sup>14</sup>	Objectifs quantitatifs de réduction des iniquités; plans d'action pour donner la priorité aux quartiers et groupes défavorisés.	Programmation pour les soins de santé, l'emploi, l'éducation et le développement des collectivités.	Manque de leadership; insuffisances dans la consultation des populations locales.	n.d.

Processus d'aménagement	Mesures et effets	Déterminants sociaux de la santé	Lacunes et défis	Facteurs de réussite
Partenariats pour la santé publique (Californie) <sup>23</sup> – 39 partenariats visant à améliorer la santé dans différentes collectivités.	n.d.	Initiative visant à influencer sur les politiques touchant aux déterminants sociaux de la santé.	Manque de mobilisation de la part des résidents; absence de vision ou objectif clairement définis; difficultés à travailler avec la collectivité.	Travail avec des collectivités de petite taille ou bien définies; communication ouverte et partage de l'information; fort leadership; avis de la collectivité.
Évaluation des effets sanitaires de l'aménagement de la collectivité (San Francisco) <sup>24</sup> – Évaluation des effets sanitaires et création d'une vision de l'équité sanitaire dans la collectivité.	Mise en avant des effets sur les résidents à faible revenu; égalité de participation entre experts et profanes; étude des sous-populations.	Étude des effets sur l'accès au logement abordable et à l'emploi.	Difficulté à déterminer comment le processus peut influencer les politiques.	Offre un espace de participation citoyenne; suscite un large consensus.
Programme SHARP (Sustainable Health Action Research Program) du Pays de Galles <sup>25-28</sup> – Programme de recherche lancé par le gouvernement; partenariats pour l'établissement de programmes sanitaires dans plusieurs collectivités.	Objectif de réduction des inégalités en matière de santé; mesures d'intervention par région.	Mesures visant à renforcer le capital social et à réduire l'exclusion sociale.	Difficulté à définir la notion de collectivité; complexité du travail au sein des nouveaux partenariats; présupposé que l'action au niveau local suffirait à réduire les iniquités.	Cible des groupes bien définis; s'appuie sur les relations existantes; réduit au minimum les obstacles à la participation.
Coalition du Comté de Broward (Floride) pour remédier aux disparités raciales et ethniques en matière de VIH. <sup>29</sup>	Recherche sur la prévalence du VIH et sur les services afférents; mise au point de mesures d'intervention.	Importance de l'appartenance raciale et ethnique.	Difficulté à englober des collectivités hétérogènes réparties sur un vaste espace géographique; responsabilités définies d'une manière qui limite les mesures possibles.	Groupes de discussion accessibles; participation de la collectivité; données stratifiées.

<b>Processus d'aménagement</b>	<b>Mesures et effets</b>	<b>Déterminants sociaux de la santé</b>	<b>Lacunes et défis</b>	<b>Facteurs de réussite</b>
Alliance pour la lutte antitabac de l'État de l'Ohio <sup>18</sup> – Vise à éliminer les disparités liées au tabagisme chez les populations mal desservies.	Définition des populations mal desservies; établissement d'un groupe de travail interculturel; mise au point d'un plan d'action; recueil de données sur le tabagisme et la connaissance de ses effets.	n.d.	Difficulté à obtenir des données quantitatives sur les populations mal desservies.	Connaissance des attributs culturels; lien avec le département de la Santé.
Plans de prévention de l'obésité de New York et de Londres <sup>30</sup> – Aménagements municipaux visant à réduire l'obésité infantile.	Modifications de l'environnement; actions de sensibilisation; augmentation des services et ressources.	Actions dans des domaines connexes à la santé (transport, alimentation, établissements scolaires, espaces verts, logement).	Inégalité de pouvoir entre les échelons administratifs, les intérêts privés et les intérêts publics.	Couplage des efforts de prévention de l'obésité aux autres plans et engagements de la ville.
Forum santé et Plan d'amélioration de la santé de Leeds, Grenville et Lanark (Ontario) <sup>31</sup> – Évaluation des déterminants de la santé et mise en œuvre de mesures d'intervention.	Réunion de plusieurs organismes; création et mise en œuvre du plan; promotion auprès des autorités locales, provinciales et nationales.	Comités sur les déterminants comportementaux et socio-économiques de la santé.	Une perte de financement en cours de processus ayant mis fin aux activités du Forum santé, les objectifs n'ont pas été entièrement atteints.	Présence d'un spécialiste en santé urbaine chargé de coordonner les activités du Forum santé.
Programmes d'intégration de la prévention du diabète à l'aménagement de la ville de Détroit <sup>19</sup> – Visent à réduire les disparités en matière de diabète de type 2 chez les résidents afro et hispano-américains.	Groupes de consultation sur l'aménagement réunissant des résidents afro et latino-américains.	Formation recommandée pour les prestataires de services, création de groupes de soutien aux familles et l'amélioration de l'accès aux aliments nutritifs.	n.d.	Les recommandations étaient fondées sur les réalités quotidiennes des résidents.

Processus d'aménagement	Mesures et effets	Déterminants sociaux de la santé	Lacunes et défis	Facteurs de réussite
Programme de réduction des iniquités sanitaires de La Haye. <sup>17</sup>	Programme mis en œuvre dans six quartiers déshérités; approche participative.	Programmes d'aménagement; programmes sur la sécurité sociale à l'intention des jeunes et des autres résidents.	n.d.	Présentation d'informations claires (données épidémiologiques); association de l'équité aux valeurs partagées et aux priorités existantes; responsables investis de pouvoirs importants.

### Examens de processus d'aménagement

Processus d'aménagement	Mesures et effets	Lacunes et défis	Facteurs de réussite
Aménagement urbain. <sup>32</sup>	Effets de l'environnement local sur l'activité physique, le régime alimentaire, les réseaux sociaux et la pollution; l'aménagement urbain peut réduire les inégalités d'accès au logement, aux services et aux transports.	Caractère cloisonné des administrations locales et de la santé publique.	n.d.
Pratiques innovantes en matière de gouvernance locale. <sup>33</sup>	Redistribution du pouvoir de gouvernance à des acteurs moins puissants.	Risque d'ignorer les acteurs marginaux de la société; manque de fonds et de compétences au niveau local.	n.d.
Politique municipale d'aménagement. <sup>1</sup>	Évaluation des effets sanitaires; mesures d'amélioration de l'environnement socio-économique et de l'environnement bâti.	La recherche formule relativement peu de recommandations à l'intention des municipalités sur les façons de réduire les iniquités.	n.d.
Initiatives globales d'aménagement des collectivités au Canada. <sup>6</sup>	Accent sur la réduction de la pauvreté; prestation de services adaptés et efficaces à la plupart des personnes et communautés défavorisées.	Ces initiatives ont eu des effets notables sur les personnes et collectivités visées, mais des effets limités sur la population dans son ensemble.	Politiques accordant une plus grande priorité à la réduction de la pauvreté; formation de grandes coalitions.

Processus d'aménagement	Mesures et effets	Lacunes et défis	Facteurs de réussite
Partenariats pour la promotion de la santé à l'échelle locale <sup>34</sup>	Les partenariats caractérisés par un haut niveau de représentation et de participation de la collectivité ont engendré de plus grands effets sur la santé.	n.d.	Partage réel des pouvoirs avec les non-spécialistes; mécanismes destinés à faire intervenir la population locale dans l'aménagement.
Outil d'aménagement urbain HEART (Health Equity Assessment and Response Tool) <sup>35</sup>	Outil d'aménagement conçu pour aborder l'iniquité sanitaire; utilisé pour évaluer les problèmes de santé et leurs déterminants et pour définir les mesures d'intervention.	n.d.	Apporte un ensemble d'indicateurs standardisés; outil facile à utiliser.
Initiatives villes-santé aux États-Unis <sup>12</sup>	L'objectif d'amélioration de la santé des collectivités a été atteint à différents degrés selon les initiatives.	Les personnes les plus touchées par un problème sont généralement laissées en marge des processus d'aménagement.	Adhésion de la collectivité dans son ensemble; participation de la collectivité; prise en compte de priorités définies par la collectivité; compréhension de la culture locale.
Aménagement de l'environnement urbain <sup>9</sup>	Recommandations : placer l'équité sanitaire au centre de la gouvernance et de l'aménagement urbain; faire intervenir les personnes dont on risquerait d'ignorer les besoins.	n.d.	Mobilisation de la collectivité.
Initiatives Cadres de vie sains et Villes-santé de l'OMS <sup>11</sup>	Présentation d'arguments éthiques et politiques en faveur de la réduction des iniquités; modification des rapports de pouvoir par la participation et l'autonomisation.	Besoin de renforcer les capacités; participation souvent insuffisante; réticence des échelons administratifs supérieurs à céder des pouvoirs aux collectivités; longue durée du processus d'aménagement participatif; manque de cohérence des politiques; fragmentation des secteurs.	n.d.



## L'aménagement des collectivités dans la perspective de l'équité sanitaire – stratégies d'action

La recherche examinée (voir le tableau 1) indique différentes façons de promouvoir l'équité sanitaire à travers l'aménagement des collectivités et permet de dégager les six méthodes et stratégies ci-dessous.

### 1. Personnes intervenant dans le processus d'aménagement

L'aménagement a le plus de succès et le plus grand potentiel de promotion de l'équité sanitaire lorsque les membres de la collectivité interviennent dans l'établissement des priorités.<sup>12,34</sup> La mobilisation de la collectivité permet de renforcer la connaissance des problèmes locaux ainsi que le consensus à l'égard des mesures d'intervention.<sup>9,24</sup> La participation des membres de la collectivité et d'intervenants issus des groupes défavorisés est un moyen de mieux faire entendre la voix de ceux qui ont moins de pouvoir ou qui sont plus fréquemment exclus de la prise de décisions. Cela peut être une façon d'atténuer l'impact négatif sur l'équité sanitaire des structures de gouvernance existantes qui limitent la répartition des ressources telles que le pouvoir, l'argent et les connaissances.<sup>33</sup>

Cependant, il s'est avéré difficile de faire participer les membres de la collectivité, et les personnes les plus touchées par un problème sont souvent marginalisées dans les processus d'aménagement.<sup>12</sup> En Angleterre, les partenariats stratégiques locaux sont censés inclure les principales parties prenantes, mais il s'avère qu'ils ne consultent pas suffisamment les populations locales.<sup>14</sup> De même, si la participation s'inscrit bien dans le discours des localités engagées dans des programmes Villes santé ou Cadres de vie sains, elle fait souvent défaut dans leur pratique.<sup>11</sup> C'est pourquoi certains organismes (comme l'initiative Healthy Communities de la Colombie-Britannique) s'attachent à renforcer la capacité des résidents à participer et la capacité des administrations à établir de véritables processus de participation.

D'autres initiatives se sont appliquées à surmonter le manque de participation en réduisant les obstacles au minimum (notamment en offrant un service de garde d'enfants ou en programmant les réunions en fonction des différents horaires de travail).<sup>25</sup> D'autres se sont montrées inventives quant au lieu des discussions sur l'aménagement : un comté de Floride a organisé des groupes de consultation sur la prévention du SIDA

devant les boîtes de nuit, dans les salons de coiffure, ainsi qu'en collaboration avec un groupe de soutien aux porteurs du VIH.<sup>29</sup> Quand on travaille avec une variété de groupes, il est important de bien comprendre leur histoire, leur culture, leurs valeurs et la politique locale<sup>12</sup>; ces facteurs sous-jacents peuvent avoir autant d'impact sur la participation que les obstacles logistiques comme le lieu et la programmation.

### 2. Populations ciblées dans l'aménagement

Les mesures prévues dans les plans d'aménagement peuvent cibler explicitement certaines sous-populations. En Angleterre, les plans d'action du programme de réhabilitation des quartiers (Neighbourhood Renewal) devaient donner la priorité aux zones et populations les plus défavorisées.<sup>14</sup> Dans les plans de prévention de l'obésité de New York, les bureaux de santé publique ont dirigé les ressources et programmes vers les collectivités les plus touchées. Dans ceux de Londres, les populations cibles étaient choisies tout spécialement de manière à réduire les disparités sanitaires.<sup>30</sup> Parmi les autres démarches possibles, on notera l'offre de services en plusieurs langues ou la formation sur les pratiques culturellement pertinentes.<sup>19,36</sup>

### 3. Suivi et évaluation des effets

L'évaluation de la santé d'une collectivité peut mettre au jour des problèmes d'équité. La mise en évidence des inégalités sanitaires existantes peut motiver fortement la prise de mesures.<sup>17</sup> Les données stratifiées par sous-population ou par zone permettent de mieux cibler les programmes.<sup>29</sup> Les plans d'aménagement peuvent aussi prévoir le suivi ou l'évaluation de leur impact en matière d'équité; par exemple, le programme anglais de réhabilitation des quartiers demandait aux comités d'aménagement local de démontrer les effets positifs de leur action chez les minorités.<sup>14</sup>

Les données utilisées pour le suivi des effets sanitaires doivent être centrées sur l'équité et différenciées en fonction du quartier, du revenu, du niveau d'instruction, de l'origine ethnoculturelle ou d'autres déterminants de la santé.<sup>36</sup> Les données sur le revenu, le niveau d'instruction ou l'emploi étant souvent difficiles à obtenir, il peut être nécessaire de se fonder sur des données indicatives (revenus du quartier, avantages sociaux, etc.).<sup>21</sup> Dans le réseau Villes santé Europe, les collectivités assurent le suivi des iniquités sanitaires au niveau infra-urbain, souvent par quartier ou par groupe vulnérable (enfants, aînés, immigrants).<sup>21</sup> Le contexte local

contribue à déterminer quelles populations sont suivies : une étude d'impact sanitaire réalisée dans les quartiers est de San Francisco s'est concentrée sur les travailleurs journaliers et les employés de maison<sup>24</sup>; les programmes Villes santé d'Irlande et d'Israël ont évalué la santé par groupes religieux.<sup>22</sup>

#### **4. Utilisation d'instruments centrés sur l'équité**

Un certain nombre d'instruments ont été mis au point pour mettre en évidence les paramètres d'équité dans les processus d'aménagement. Conçus pour être faciles à utiliser, ils visent à faire ressortir les iniquités et à déterminer l'effet des programmes proposés sur celles-ci, ainsi que la façon de les réduire. Ces instruments comprennent notamment l'outil d'évaluation des effets sanitaires Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool), ainsi que les audits d'équité sanitaire.<sup>35,36</sup>

L'outil Urban HEART se concentre sur différents sous-groupes de la population et met en évidence des inégalités sanitaires souvent masquées par l'emploi de moyennes sur l'ensemble de la population; il rend également compte des effets sur les iniquités dans d'autres domaines.<sup>35</sup> Les audits d'équité sanitaire, qui constituent un instrument similaire, sont d'usage obligatoire dans les partenariats locaux d'aménagement en Angleterre.<sup>37</sup> D'autres partenariats d'aménagement des collectivités ont utilisé des instruments d'évaluation des effets sanitaires pour mettre en évidence les problèmes d'équité.<sup>21,24,38,39</sup>

Bien que l'impact des instruments d'évaluation de l'équité sur les effets sanitaires de l'aménagement ne soit pas bien documenté, ces instruments ont démontré leur capacité à cerner des problèmes qui n'avaient pas été pris en compte auparavant et à changer la façon de mettre en œuvre les programmes.<sup>40</sup>

#### **5. Moyens incitatifs ou leviers politiques**

Il y a plusieurs manières d'inciter à prendre des mesures d'équité sanitaire. La réduction des iniquités sanitaires peut être une condition pour obtenir un financement ou pour participer à un programme.<sup>36</sup> Par exemple, le réseau Villes santé Europe demande à ses membres de mettre au point des plans de développement sanitaire qui abordent les problèmes d'équité.<sup>15</sup> Les engagements envers l'équité peuvent être soulignés dans le mandat des partenariats ou dans les déclarations internationales, comme la déclaration *Lutte pour l'équité en Europe* des maires

des villes appartenant au réseau des Villes santé de l'OMS.<sup>21</sup>

L'action locale peut être motivée par des engagements au niveau national, tels que le programme de réduction des inégalités sanitaires en Angleterre, ou par le soutien de puissants dirigeants locaux.<sup>17,21</sup> Les objectifs nationaux ou locaux de réduction des iniquités peuvent constituer un élément moteur de l'aménagement local, mais il faut les choisir avec soin, car ils peuvent souligner certains problèmes (comme les inégalités géographiques) et en occulter d'autres (comme l'inégalité entre les sexes).<sup>28</sup>

#### **6. Prise en compte des déterminants sociaux de la santé et de leurs interactions**

Comme les iniquités sanitaires découlent essentiellement des conditions sociales et environnementales, les processus d'aménagement qui prennent en compte les déterminants sociaux de la santé et leurs interactions sont mieux à même de promouvoir l'équité. Cela peut impliquer un couplage des aspects sanitaires de l'aménagement à d'autres facteurs du domaine local. Par exemple, les plans de prévention de l'obésité de New York et de Londres tenaient compte du rôle des transports, de l'aménagement urbain et de l'éducation, et leurs mesures d'intervention comprenaient donc l'amélioration des repas scolaires, l'étiquetage nutritionnel des aliments servis par les chaînes de restauration et l'augmentation des espaces verts.<sup>30</sup> L'interaction entre les différents déterminants est également importante dans la lutte pour l'équité; par exemple, les réseaux sociaux locaux peuvent être particulièrement importants pour certains groupes, comme les jeunes parents célibataires ou les aînés.<sup>32</sup>

Les comités d'aménagement ont aussi pris en compte des déterminants socio-économiques plus généraux. Dans une unité de santé de l'Ontario, les membres d'un comité d'aménagement ont écrit aux gouvernements fédéral et provincial pour recommander des politiques plus équitables en matière de prestations pour enfants et de pensions d'invalidité, car ils avaient constaté que ces déterminants avaient un fort impact sur les iniquités sanitaires locales.<sup>41</sup>

## Lacunes dans les politiques actuelles

Bien que l'aménagement des collectivités porte un grand potentiel de promotion de l'équité sanitaire, il y a plusieurs obstacles à sa mise en œuvre. Les structures de financement, tant publiques que privées, sont le plus souvent conçues pour répondre aux besoins de programmes destinés à résoudre à court terme des problèmes bien circonscrits. En général, les processus d'aménagement ne sont pas admissibles au financement.<sup>2,11</sup> De plus, les comités d'aménagement manquent souvent d'infrastructure, de temps pour cultiver les relations, de ressources pour promouvoir la participation de la collectivité et de données sur les différents groupes de population.<sup>2,22</sup> Il y a cependant quelques exceptions à cela, comme le soutien récemment apporté par le ministère ontarien de la Promotion de la santé et du Sport aux partenariats dits « Communautés en santé », qui incluait le financement et la formation.<sup>10</sup> Un financement et une infrastructure inscrits dans la durée permettraient aux initiatives d'aménagement centrées sur la santé de progresser normalement de la planification à la mise en œuvre, puis au suivi et à l'adaptation.<sup>14</sup>

Actuellement, la plupart des structures gouvernementales canadiennes ne sont pas bien adaptées aux processus d'aménagement des collectivités. La séparation entre les différents services rend difficiles les actions intersectorielles. Un obstacle supplémentaire réside dans le manque de pouvoir, tant perçu que réel, des autorités municipales par rapport aux administrations provinciales et nationales. Cela peut priver les municipalités de toute compétence pour agir, ou les amener à se dire impuissantes à le faire.<sup>2</sup> Les villes peuvent être amenées à demander un financement au gouvernement provincial ou fédéral (par exemple pour les repas scolaires dans le cadre du plan de prévention de l'obésité de New York) ou à tirer parti de circonstances politiques (par exemple lorsque Londres et Vancouver ont utilisé les Jeux olympiques comme levier pour se constituer un capital sanitaire).<sup>30</sup> Un autre problème est celui de l'instabilité résultant des changements de priorités des gouvernements d'un mandat à l'autre. Un exemple édifiant est celui de l'initiative anglaise Health Action Zone, conçue au départ comme un programme sur sept ans de partenariats locaux créant et mettant en œuvre des plans de réduction des inégalités sanitaires, qui a été continuellement interrompue et réorientée par les ministres de la Santé successifs et par la restructuration du système de santé.<sup>42</sup> La

promotion et la mise en œuvre d'un aménagement favorisant vraiment la santé des collectivités nécessitent un engagement politique soutenu.<sup>2,20</sup> Une façon de l'obtenir consiste à transférer le pouvoir à des structures de gouvernance, telles que des comités d'aménagement, qui ont une perspective plus durable et une base de soutien plus large que celles des gouvernements.<sup>2</sup>

Lors de la création de nouvelles structures d'aménagement, il peut être difficile d'apprendre à travailler différemment et d'établir la crédibilité et la confiance requises.<sup>26</sup> Le potentiel de l'aménagement est accru lorsque la collectivité possède une organisation bien développée et des liens préétablis.<sup>18,25</sup> Une fois que les comités d'aménagement sont établis, les efforts de réduction des iniquités sanitaires peuvent être entravés par les limitations de l'action locale.<sup>11</sup> Sans la capacité d'influer sur des facteurs plus généraux, comme l'inégalité des revenus, les processus locaux ne pourront peut-être pas avoir d'effets durables sur l'équité sanitaire. Pour cette raison, l'établissement de liens avec les acteurs et priorités des niveaux national et provincial peut aider à renforcer les initiatives locales.

## Tirer parti des points forts

Plusieurs des initiatives examinées dans ce compte rendu présentent des façons de surmonter les obstacles posés par l'infrastructure politique actuelle à l'aménagement des collectivités dans la perspective de l'équité sanitaire. Parce qu'ils sont collaboratifs par nature, les comités d'aménagement constituent un forum permettant d'établir des relations entre les différents secteurs et échelons de gouvernement et les représentants de la collectivité.

De nombreuses initiatives d'aménagement local illustrent le soutien apporté au travail collaboratif : mise en commun des budgets des services en Angleterre,<sup>8</sup> règle du ministère ontarien de la Promotion de la Santé et du Sport obligeant les nouveaux partenariats dits « Communautés en santé » à faire intervenir de multiples organismes<sup>10</sup> et règle du programme Villes santé de l'OMS demandant à ce que la promotion de la santé soit intégrée à toutes les politiques publiques. Alors que la nature cloisonnée des administrations pose un obstacle à l'intégration des mesures de promotion de l'équité sanitaire, les processus d'aménagement des collectivités sont une occasion d'établir des relations et collaborations entre les secteurs.

La force des processus d'aménagement réside dans la mobilisation des membres de la collectivité. Le facteur de réussite le plus souvent cité dans les publications sur les processus d'aménagement est l'adhésion et la participation réelles de la collectivité. Le pouvoir engendré par la mobilisation des membres de la collectivité peut peser sur les politiques et sur la gouvernance. On en a eu un exemple à San Francisco, où la pression des associations a conduit les services de santé publique à travailler avec le service de l'urbanisme pour prendre en compte les effets sanitaires des projets d'aménagement. En conséquence de quoi deux projets d'ensemble résidentiel ont été modifiés de manière à inclure plus de logements abordables<sup>24</sup>. Ainsi, l'intervention de la collectivité peut permettre aux initiatives d'aménagement d'exercer une plus grande influence.

Exercer un fort leadership en matière d'équité est une autre façon d'influer sur les politiques. L'importance de l'Organisation mondiale de la Santé a probablement été un facteur de la réussite et de la croissance de son programme Villes santé. Dans d'autres cas, les acteurs locaux peuvent être en mesure d'orienter les politiques. À La Haye, deux conseillers municipaux ont su exprimer énergiquement leur engagement à réduire les iniquités sanitaires, et cela a joué un rôle important dans la création d'un programme municipal s'attaquant à ce problème malgré une forte résistance politique.<sup>17</sup>

## Conclusion

L'aménagement des collectivités est un moyen prometteur d'améliorer la santé et de promouvoir l'équité, mais seulement lorsqu'on s'y prend bien. Ce rapport met en évidence six façons différentes de donner la priorité à l'équité sanitaire dans l'aménagement des collectivités : 1) faire intervenir les membres de la collectivité; 2) cibler des groupes particuliers; 3) assurer le suivi et l'évaluation des

effets; 4) employer des instruments centrés sur l'équité; 5) employer des moyens incitatifs ou des leviers politiques; 6) prendre en compte les déterminants sociaux de la santé.

La combinaison de ces stratégies met l'accent à la fois sur les différentes populations et sur le principe d'équité. Cette combinaison est importante pour assurer que les initiatives d'aménagement des collectivités n'accroissent pas les iniquités par inadvertance. Par exemple, un processus peut être participatif, mais s'il n'est pas explicitement centré sur l'équité, il peut négliger certains groupes (jeunes, personnes sans abri, immigrants). Par ailleurs, le fait de mettre l'accent sur l'équité peut entraîner une plus grande mobilisation des membres de la communauté. Par exemple, l'évaluation de l'impact d'une initiative sur l'équité sanitaire nécessite la participation de la collectivité, car il faut alors recueillir des données sur les différentes populations et comprendre les effets produits sur chacune d'elles.

Les processus d'aménagement des collectivités peuvent attirer l'attention sur les déterminants sociaux de la santé, créer des espaces de participation citoyenne, refléter un large consensus et intégrer des connaissances issues d'un large éventail d'expériences.<sup>15,38</sup> Alors que les lacunes dans les politiques posent des défis pour la promotion de l'équité sanitaire dans l'aménagement des collectivités, les initiatives examinées dans ce compte rendu indiquent des étapes importantes pour surmonter ces défis. Elles permettent d'établir et de renforcer des liens, non seulement entre les différents secteurs et échelons de gouvernement, mais aussi avec les collectivités concernées. Ces initiatives jouent aussi un rôle important pour inscrire l'équité à l'ordre du jour des politiques. Un aménagement participatif qui donne la priorité aux groupes défavorisés et tient compte des déterminants sociaux de la santé est un bon moyen de réduire les iniquités sanitaires. Lorsqu'un programme d'aménagement fait de l'équité une priorité explicite, il démontre son engagement à les réduire.

## La perspective de l'équité

L'équité sanitaire devient une réalité lorsque chacun a les mêmes possibilités de se maintenir en bonne santé. Envisager les choses dans la perspective de l'équité signifie tenir compte de la façon dont nos actions et leurs conséquences sont réparties et vécues parmi les différents groupes constituant nos sociétés.

### Liste de contrôle pour aborder l'aménagement des collectivités dans la perspective de l'équité

- *Inscrire l'équité à l'ordre du jour* : indiquer haut et fort pourquoi l'équité est primordiale.
- *Faire intervenir les membres de la collectivité* : employer un processus d'aménagement participatif faisant s'exprimer une diversité de voix.
- *Promouvoir des objectifs d'équité* : prendre l'engagement de se fixer des buts visant à réduire les différences injustes dans les effets sanitaires et de maintenir un fort leadership en la matière.
- *Surveiller les iniquités* : recueillir des données sur les sous-groupes de population pour surveiller les effets et s'assurer que les iniquités ne sont pas accrues par inadvertance.
- *Faire de l'équité une priorité explicite* : définir clairement ce que signifie l'équité et utiliser des outils d'aménagement qui mettent en évidence les problèmes d'équité.

## Remerciements

Nous tenons à remercier M<sup>mes</sup> Tannis Cheadle, Connie Clement, Faith Layden et Alice Miro ainsi que M. David Harrison pour leur précieuse contribution et leur révision attentive de ce document. Rebecca Hay remercie le programme Bridge de l'Université de la Colombie-Britannique pour son appui.

## Références bibliographiques

1. Collins PA, Hayes MV. The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *Int J Equity Health*. 2010;9(13).
2. Hancock T. Act locally: Community-based population health promotion. Victoria, BC: Report to the Senate Sub-Committee on Population Health; 2009 Mar. Disponible à : [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/pop\\_u/rep/appendixBjun09-e.pdf](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/pop_u/rep/appendixBjun09-e.pdf).
3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. Disponible à : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf).
4. Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future. Acting on social determinants for health equity in urban settings. Kobe, Japan: World Health Organization Centre for Health Development; 2008. Disponible à : [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/knus\\_report\\_16jul07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf).
5. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2006. Disponible à : [http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts\\_and\\_principles.pdf](http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf).
6. Gardner B. Comprehensive community initiatives: Promising directions for "wicked" problems? Horizons Policy Research Initiative. 2011 Feb:1-9.
7. DETERMINE Consortium. The story of DETERMINE: mobilising action for health equity in the EU. Brussels: EuroHealthNet; 2010. Disponible à : <http://eurohealthnet.eu/research/project-reports>.
8. "16 areas get 'Community Budgets' to help the vulnerable". UK Department of Communities and Local Government; 2010 [cited 2011 1 March]; Disponible à : <http://www.communities.gov.uk/news/corporate/1748111>.
9. Public Health Advisory Committee. Healthy places, healthy lives: urban environments and wellbeing. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 2010. Disponible à : <http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/phac-healthy-places-healthy-lives>.
10. Ontario Ministry of Health Promotion and Sport. Toronto, ON: Government of Ontario; 2010; Disponible à : [www.mhp.gov.on.ca](http://www.mhp.gov.on.ca).
11. Barten F, Mitlin D, Mulholland C, Hardoy A, Stern R. Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity. *J Urban Health*. 2007;84(1):i164-i73.

12. Pittman MA. Multisectoral lessons from Healthy Communities. *Prev Chronic Dis*. 2010 Nov;7(6):1-6.
13. Clutterbuck P. Key elements of community planning. Presentation to Think Tank on Community Planning. Toronto, ON: Heart Health Resource Centre; 2009 Nov 30. Disponible à : <http://www.hcconsortium.ca/wp-content/uploads/2011/BuildingBlocksForCommunityPlanning.pdf>.
14. Blackman T. Placing health: neighbourhood renewal, health improvement and complexity. Bristol, UK: The Policy Press; 2006.
15. Green G, Acres J, Price C, Tsouros A. City health development planning. *Health Prom Int*. 2009;24(S1):i72-i80.
16. Mayor of London. The London Health Inequalities Strategy. London, UK: Greater London Authority; April 2010. Disponible à : <http://www.london.gov.uk/sites/default/files/LondonHealthInequalitiesStrategy.pdf>.
17. Schmidt M, Joosen I, Kunst AE, Klazinga NS, Stronks K. Generating political priority to tackle health disparities: a case study in the Dutch city of The Hague. *Am J Public Health*. 2010;100 Suppl 1:S210-S5.
18. Deason LM, Adhikari SB, Clopton TM, Oches B, Jensen C. The Ohio Cross-Cultural Tobacco Control Alliance: understanding and eliminating tobacco-related disparities through the integration of science, practice, and policy. *Am J Public Health*. 2010;100 Suppl 1:S240-S5.
19. Kieffer EC, Willis SK, Odoms-Young AM, Guzman R, Allen AJ, Two Feathers J, et al. Reducing disparities in diabetes among African-American and Latino residents of Detroit: the essential role of community planning focus groups. *Ethn Dis*. 2004;14:S1-27-S1-37.
20. Donchin M, Shemesh AA, Horowitz P, Daoud N. Implementation of the Healthy Cities' principles and strategies: an evaluation of the Israel Healthy Cities Network. *Health Prom Int*. 2006;21(4):266-73.
21. Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level. *Health Prom Int*. 2009;24(S1):i81-i90.
22. Webster P, Lipp A. The evolution of the WHO city health profiles: a content review. *Health Prom Int*. 2009;24(Suppl 1):56-63.
23. Cheadle A, Hsu C, Schwartz PM, Pearson D, Greenwald HP, Beery WL, et al. Involving local health departments in community health partnerships: evaluation results from the Partnership for the Public's Health initiative. *J Urban Health*. 2008;85(2):162-77.
24. Corburn J, Bhatia R. Health impact assessment in San Francisco: incorporating the social determinants of health into environmental planning. *J Environ Plann Manage*. 2007;50(3):323-41.
25. Birmingham B, Porter A. Engaging with communities. In: Cropper S, Porter A, Williams G, Carlisle S, Moore R, O'Neill M, et al., editors. *Community health and wellbeing: Action research on health inequalities*. Bristol, UK: The Policy Press; 2007.
26. Cropper S, Goodwin M. 'Policy experiments': policy making, implementation and learning. In: Cropper S, Porter A, Williams G, Carlisle S, Moore R, O'Neill M, et al., editors. *Community health and wellbeing: Action research on health inequalities*. Bristol, UK: The Policy Press; 2007.
27. Moore R. Social theory, social policy and sustainable communities. In: Cropper S, Porter A, Williams G, Carlisle S, Moore R, O'Neill M, et al., editors. *Community health and wellbeing: Action research on health inequalities*. Bristol, UK: The Policy Press; 2007.
28. Porter A, Roberts C, Clements A. Policy innovation to tackle health inequalities. In: Cropper S, Porter A, Williams G, Carlisle S, Moore R, O'Neill M, et al., editors. *Community health and wellbeing: Action research on health inequalities*. Bristol, UK: The Policy Press; 2007.
29. Darrow WW, Montanea JE, Fernandez PB, Zucker UF, Stephens DP, Gladwin H. Eliminating disparities in HIV disease: community mobilization to prevent HIV transmission among Black and Hispanic young adults in Broward County, Florida. *Ethn Dis*. 2004;14(3 Suppl. 1):108-16.
30. Freudenberg N, Libman K, O'Keefe E. A tale of two obescities: the role of municipal governance in reducing childhood obesity in New York City and London. *J Urban Health*. 2010;87(5):755-70.
31. Gardner C, Arya N, McAllister ML. Can a health unit take action on the determinants of health? *Can J Public Health*. September-October 2005;96(5):374-9.
32. Barton H. Land use planning and health and well-being. *Land Use Policy*. 2009;26(S1):S115-S23.
33. Burris S, Hancock T, Lin V, Herzog A. Emerging strategies for healthy urban governance. *J Urban Health*. 2007;84(1):i154-i63.
34. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Prom Int*. 1998;13(2):99-120.
35. Kumaresan J, Prasad A, Alwan A, Nobukatsu I. Promoting health equity in cities through evidence-based action. *J Urban Health*. 2010;87(5):727-32.
36. Gardner B. Building equity and social determinants of health into 'Healthy Communities' planning. Presentation to Think Tank on Community Planning. Toronto, ON: Heart Health Resource Centre; 2009 Nov 30. Disponible à : <http://www.wellesleyinstitute.com/presentations/healthcare-reform-presentations/building-equity-and-social-determinants-of-health-into-%E2%80%98healthy-communities%E2%80%99-planning/>.
37. Low A, Low A. Importance of relative measures in policy on health inequalities. *Br Med J*. 2006;332(7547):967.

38. Corburn J. Reconnecting with our roots: American urban planning and public health in the twenty-first century. *Urb Affairs Rev.* 2007;42(5):688-713.
39. Corburn J. *Toward the healthy city: people, places, and the politics of urban planning.* Cambridge, MA: MIT Press; 2009.
40. Haber R. *Health equity impact assessment: a primer.* Toronto, ON: The Wellesley Institute 2010.
41. Gardner C, Arya N, McAllister ML. Can a health unit take action on the determinants of health? *Can J Public Health.* 2005 Sept-Oct;96(5):374-9.
42. Bauld L, Mackinnon J, Truman J. The evolution of Health Action Zones. In: Barnes M, Bauld L, Benzeval M, Mackenzie M, Sullivan H, Judge K, editors. *Health Action Zones Partnerships for Health Equity.* New York, NY: Routledge; 2005. p. 67-86.

Le présent document a été produit en août 2011 par le Centre de collaboration nationale en santé environnementale, basé au Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique.

Il est permis de reproduire le présent document en entier seulement.

*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 l'intermédiaire du Centre de collaboration nationale en santé environnementale. Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence ou du Centre.*

Photographies : illustrious; sous licence de iStockphoto

ISBN: 978-1-926933-28-3

© Centre de collaboration nationale en santé environnementale, 2011

400 East Tower  
555 W 12<sup>th</sup> Avenue  
Vancouver, BC V5Z 3X7

tél. : 604-707-2445  
fax : 604-707-2444  
[contact@cnse.ca](mailto:contact@cnse.ca)



National Collaborating Centre  
for Environmental Health

Centre de collaboration nationale  
en santé environnementale

Pour donner votre avis sur ce document, visiter la page [www.ncceh.ca/fr/commentaires\\_du\\_document](http://www.ncceh.ca/fr/commentaires_du_document)

[www.ncceh.ca](http://www.ncceh.ca)