

# Renforcer la première ligne par la création d'environnements favorables à la santé et à l'équité en santé

Martine Shareck<sup>1,2,3</sup>, Jean-François Roos<sup>3,4</sup> et Jérémy Hugonnier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

<sup>2</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

<sup>3</sup> Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

<sup>4</sup> Service d'organisation communautaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

## FAITS SAILLANTS

- Les ressources favorables ou défavorables à la santé sont distribuées de manière inégale et inéquitable entre les quartiers et les communautés.
- Ces inégalités socio-spatiales dans la distribution des ressources favorables et défavorables à la santé contribuent aux inégalités sociales de santé.
- Une meilleure intégration des principes de création d'environnements favorables en première ligne permettrait de la renforcer et de contribuer à l'équité en santé.
- Le développement des communautés, en tant que démarche d'action collective ancrée dans les territoires, est une solution toute avérée et incontournable pour répondre aux défis de la première ligne.

## PROBLÉMATIQUE

La création d'environnements favorables est l'un des cinq piliers fondamentaux de la promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) dans la Charte d'Ottawa (1). Encore aujourd'hui, ce pilier est au centre des stratégies d'intervention en matière de santé publique, aux niveaux provincial (2) et national (3).

La création d'environnements favorables à la santé implique d'agir sur l'environnement physique et social des milieux de vie, soit « là où les gens vivent, travaillent, jouent et interagissent au quotidien » (1). Reflétant l'approche socio-écologique de la santé, elle requiert de tenir compte des facteurs personnels, environnementaux, communautaires et organisationnels qui impactent la santé et le bien-être des populations. La création d'environnements favorables a le potentiel de soutenir la santé et le bien-être, mais aussi de promouvoir l'équité en santé et de réduire les inégalités sociales de santé (4). Ces dernières renvoient à des écarts dans l'état de santé entre des groupes qui se distinguent sur la base de facteurs socialement construits comme le genre, le revenu, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, etc., et qui sont jugés évitables et injustes (5).

Les liens entre l'environnement et la santé ont largement été documentés plusieurs études démontrant que diverses caractéristiques de l'environnement physique et social du quartier de résidence sont associées à une panoplie de comportements et états de santé et qu'elles sont des cibles d'intervention porteuses (6,7) . Toutefois, certaines questions et enjeux demeurent, notamment : comment développer, en pratique, des environnements favorables à la santé qui contribuent également à l'équité en santé? Comment mieux intégrer cette approche dans la première ligne en santé et services sociaux? Une partie de la réponse réside dans : 1. la reconnaissance du rôle que joue la distribution inégale et inéquitable des ressources favorables à la santé dans la production et le maintien des inégalités sociales de santé; 2. l'intégration des principes de création d'environnements favorables à la santé dans la première ligne; et 3. le recours à une solution éprouvée – le développement des communautés – pour promouvoir la santé et l'équité en santé au niveau local.

## CONSTATS ET CONSÉQUENCES

### *Constat 1 : Les inégalités socio-spatiales de santé : un obstacle majeur à l'atteinte de l'équité en santé*

Les inégalités socio-spatiales de santé représentent un obstacle important à l'atteinte de l'équité en santé. Plusieurs études suggèrent en effet qu'il existe des inégalités dans la distribution de ressources favorables et défavorables à la santé entre les territoires, que ce soit les régions, les villes ou les quartiers (8). De telles inégalités dans la distribution et l'accès aux ressources de santé contribuent à maintenir et aggraver les inégalités sociales de santé entre groupes sociaux et entre territoires, ce que l'on appelle aussi des « inégalités socio-spatiales » de santé.

Par exemple, comparativement aux quartiers plus favorisés, les quartiers défavorisés sur les plans sociaux et économiques sont souvent caractérisés par une offre de services de santé moindre ou moins adaptée aux besoins des populations résidentes (9). Les quartiers plus défavorisés ont aussi, généralement, des caractéristiques physiques et sociales moins favorables à la santé, comme un accès limité à des parcs et des espaces verts de qualité (10), à des infrastructures de transport collectif et actif sécuritaires et à une offre de logements adéquate en termes de salubrité et d'abordabilité (3). De plus, les quartiers plus défavorisés peuvent présenter une plus grande disponibilité de ressources défavorables à la santé comme les commerces de restauration rapide (11) ou vendant de l'alcool (12). Enfin, au sein même des quartiers, certains groupes sociaux, comme les femmes, les enfants, les jeunes adultes, les personnes âgées, celles vivant avec un faible revenu ou dans des conditions précaires, ainsi que les nouveaux arrivants, sont également plus à risque d'être affectés négativement par la qualité de l'environnement. Bien que les associations varient en fonction des caractéristiques environnementales, des conditions de santé et des sous-groupes concernés, ce constat souligne de manière générale la contribution de l'environnement aux inégalités sociales de santé. Dans ce contexte, il apparaît crucial de reconnaître les inégalités territoriales dans la distribution des ressources favorables et défavorables à la santé et leur impact sur les inégalités sociales de santé, afin d'améliorer les interventions en première ligne.

### ***Constat 2 : L'importance de mieux intégrer la création d'environnements favorables à la première ligne***

Il serait possible d'atténuer les inégalités socio-spatiales de santé en intégrant mieux l'approche de création d'environnements favorables à la santé dans la première ligne. Toutefois, cela s'avère difficile à faire en pratique. En effet, pour que cette approche contribue à l'équité en santé, une attention particulière doit être portée à plusieurs éléments qui, bien qu'ils soient sous le giron de la première ligne (13), sont possiblement peu valorisés et difficiles à mettre en place. Ces éléments incluent, entre autres, la nécessité d'adopter une approche socio-écologique et intersectorielle de l'intervention en santé pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, d'ancrer les pratiques dans les territoires et dans la réalité socio-politique qui leur est propre, de bâtir sur les atouts des communautés qui les habitent et d'impliquer les personnes citoyennes et autres partenaires-clés dans la réflexion et l'action (4).

Une telle approche intersectorielle, intégrée, concertée et ancrée localement requiert des investissements en temps, en argent et en ressources humaines particuliers. Cette approche nécessite de former adéquatement et en continu les professionnels de la santé sur les enjeux d'environnement et de santé, de développer leur capacité d'adaptation leur permettant de sortir des silos de travail traditionnels et de soutenir leur ouverture à coconstruire les solutions avec les autres acteurs-clés. Elle nécessite également d'être reconnue à sa juste valeur même si les effets concrets de la prévention et de la promotion sur la santé sont parfois difficiles à chiffrer (14). Néanmoins, des pratiques prometteuses et des exemples de succès existent sous la forme d'initiatives de développement des communautés.

### ***Constat 3 : Le développement des communautés : une solution incontournable***

Le développement des communautés est une piste de solution incontournable qui a fait ses preuves pour la création d'environnements favorables à la santé et à l'équité en santé en première ligne (13). Cette approche, qui est d'ailleurs un second pilier de la promotion de la santé (1) est prônée par plusieurs entités comme l'Agence de la santé publique du Canada (14) et dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec (13). Cependant, alors que de nombreux pays sont dotés de politiques structurantes à long terme pour venir soutenir les communautés, le Québec reste en retrait. Le recours au développement des communautés en première ligne se heurte régulièrement à des défis administratifs et organisationnels. Le manque de leadership, les enjeux de mobilisation des acteurs-clés et le sous-investissement peuvent effectivement contraindre le plein déploiement de ces initiatives et miner les aspirations des communautés à transformer leurs milieux et leurs conditions de vie de manière à favoriser la santé et le bien-être (13, 14). Des exemples de succès existent néanmoins, comme dans le quartier Marie-Reine à Sherbrooke, un quartier dont l'indice de défavorisation est parmi les plus élevés de la ville (15).

En 2018, une initiative de développement des communautés a vu le jour dans ce quartier à la suite d'une demande de soutien adressée au service d'organisation communautaire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par l'école primaire Marie-Reine et le Service des sports, de la culture et de la vie communautaire de la Ville de Sherbrooke. En réponse à plusieurs défis en matière d'intégration des communautés culturelles et de l'absence d'organismes communautaires et de commerces de proximité sur le territoire, le mandat initial était d'offrir un accompagnement pour mobiliser personnes citoyennes et partenaires afin d'améliorer les relations de voisinage et les conditions de vie des résidents. Rapidement,

un projet de recherche-action soutenu par l'Université de Sherbrooke et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a vu le jour afin d'assurer la rigueur scientifique de la démarche.

Depuis, deux vastes consultations citoyennes ont été organisées (en 2020 et 2025), permettant de documenter les besoins des personnes résidentes et les atouts du quartier ainsi que de développer un premier plan d'action, puis de le mettre à jour. En 2022, les personnes citoyennes et partenaires se sont regroupées pour former, officiellement, la table de quartier « Actions Marie-Reine » ce qui contribuera à pérenniser la démarche via, entre autres, un financement récurrent et une mise à disposition de ressources humaines dédiées. Les actions déployées sont diverses et réussissent autant à soutenir le bien-être et à briser l'isolement social (p. ex. via des activités de rapprochement interculturel et intergénérationnel ou la mise sur pied d'un réseau d'entraide), qu'à améliorer les conditions de vie dans la communauté (p. ex. en sécurisant les rues pour les piétons et les cyclistes ou en documentant les enjeux au niveau du logement ou des espaces verts à protéger) (16). Il en ressort que bien que le développement des communautés soit une approche qui, par définition, se déploie sur le long terme, les gains réalisés en très peu de temps pour la communauté Marie-Reine soulignent la pertinence et les retombées potentielles pour la première ligne (13).

## CONCLUSION ET RÉFLEXION

La création d'environnements favorables à la santé constitue un champ d'action à mieux intégrer à la première ligne en santé et services sociaux, en particulier pour répondre aux défis d'inégalités sociales et territoriales de santé. Certaines pistes de réflexion méritent d'être approfondies afin d'améliorer les pratiques. Premièrement, la reconnaissance des inégalités socio-spatiales de santé nous apparaît comme fondamentale. Cela nécessitera de développer une connaissance fine de la distribution des ressources favorables à la santé ainsi que de leur influence sur la santé, tout en restant attentifs aux réalités des communautés locales. Deuxièmement, une meilleure intégration de l'approche de création d'environnements favorables à la santé au sein de la première ligne est à privilégier, malgré les adaptations administratives, organisationnelles et de vision que cela exigera. Enfin, le développement des communautés est une solution incontournable, qui a déjà fait ses preuves, ici comme ailleurs. Le retour de l'état dans le soutien du développement des communautés est cependant indispensable si l'on souhaite (re)développer les soins et services de première ligne de manière à réellement s'engager pour l'équité en santé, en alignement avec le quintuple objectif et la santé durable.

## RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé. 1986. « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ». 1986.
2. Ministère de la santé et des services sociaux. 2022. « Plan Stratégique 2023-2027 ». [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL\\_23-717-01W\\_MSSS.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf).
3. Agence de la santé publique du Canada. 2017. « Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada: Concevoir un mode de vie sain ». Ottawa, Canada.
4. Shareck, M., K. L. Frohlich, et B. Poland. 2013. « Reducing Social Inequities in Health through Settings-Related Interventions -- a Conceptual Framework ». *Glob Health Promot* 20 (2): 39-52. <https://doi.org/10.1177/1757975913486686>.
5. Braveman, P. 2006. « Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement ». *Annu Rev Public Health* 27:167-94. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>.
6. Shareck, M, E Aubé, et S Sersli. 2023. « Neighborhood Physical and Social Environments and Social Inequalities in Health in Older Adolescents and Young Adults: A Scoping Review ». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20 (8): 5474. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085474>.
7. Bosch, M. van den, et À Ode Sang. 2017. « Urban natural environments as nature-based solutions for improved public health – A systematic review of reviews ». *Environmental Research* 158 (octobre):373-84. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.05.040>.
8. Bourne, L. S., et J. D. Hulchanski. 2020. « Inequality and Neighbourhood Change: Context, Concept, and Process ». In *Changing Neighbourhoods: Social and Spatial Polarization in Canadian Cities*, édité par J. L. Grant, A Walks, et H Ramos, 5-30. University of British Columbia Press. <https://doi.org/10.59962/9780774862042-005>.
9. Cole, H. V. S., et E Franzosa. 2022. « Advancing Urban Health Equity in the United States in an Age of Health Care Gentrification: A Framework and Research Agenda ». *International Journal for Equity in Health* 21 (1): 66. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01669-6>.
10. Kiani, B, B Thierry, D Fuller, C Firth, M Winters, et Y Kestens. 2023. « Gentrification, neighborhood socioeconomic factors and urban vegetation inequities: A study of greenspace and tree canopy increases in Montreal, Canada ». *Landscape and Urban Planning* 240 (décembre):104871. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2023.104871>.
11. Black, C., G. Moon, et J. Baird. 2007. « Dietary inequalities: What is the evidence for the effect of the neighbourhood food environment? » *Health Place* 27:229-42. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.09.015>.
12. Sersli, S, J. A. Chávez Jossé, S Longo, P Apparicio, et M Shareck. 2025. « Socio-spatial inequalities in alcohol outlet availability: Evidence from register data in 15 urban areas in Québec, Canada ». *International Journal of Drug Policy* 137 (mars):104732. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.104732>.
13. Leducq, K., et J-F. Roos. 2024. « Oser le développement des communautés locales! » Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS.
14. Agence de la santé publique du Canada. 2023. « Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada : Créer les conditions favorables à la résilience des communautés : une approche de santé publique en matière d'urgence ».

15. Direction de la santé publique de l'Estrie. 2016. « Tableau de bord des communautés ». Observatoire estrien du développement des communautés. 2016. <https://oedc.qc.ca/tableau-de-bord-des-communautes/>.
16. Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Estrie-Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke. 2021. « Quartier Marie-Reine : Ensemble créons un milieu de vie à notre image ». *Observatoire estrien du développement des communautés* (blog). 2021. [https://oedc.qc.ca/documentations/https-www-iuplsss-ca-clients-santeestrie-sous-sites-centres\\_de\\_recherche-iuplsss-transfert\\_connaissances-outils-publications-rapports-resumes-rapport\\_resume\\_marie-reine-pdfmodele-2/](https://oedc.qc.ca/documentations/https-www-iuplsss-ca-clients-santeestrie-sous-sites-centres_de_recherche-iuplsss-transfert_connaissances-outils-publications-rapports-resumes-rapport_resume_marie-reine-pdfmodele-2/).

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.

