

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

LE CADRAGE DES QUARTIERS CENTRAUX : LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LA PAUVRETÉ DANS LES QUARTIERS À FAIBLE REVENU DE SASKATOON

RAPPORT | MAI 2011



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

LE CADRAGE DES QUARTIERS CENTRAUX : LES INÉGALITÉS DE SANTÉ ET LA PAUVRETÉ DANS LES QUARTIERS À FAIBLE REVENU DE SASKATOON

RAPPORT | MAI 2011



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

AUTEURE

Val Morrison
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Madalina Burtan
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

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).

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

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 et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca and at www.inspq.qc.ca/english.

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 : www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : 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^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-63212-2 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-63213-9 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-63210-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-63211-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

À PROPOS DU 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 autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

AVANT-PROPOS

Ce court document fait partie d'une série de publications faisant état de la contribution des organisations à but non lucratif (OBNL) au domaine de la santé publique. Cette série est issue d'un projet à deux volets entrepris en 2007 avec plusieurs organisations au Canada. Un processus d'un an destiné à soutenir les organisations dans leurs pratiques visant à influencer les politiques grâce à une série de discussions thématiques conçues pour les aider à adopter une perspective de réflexion sur leurs activités constituait une des priorités du projet. Une autre partie du projet consistait à documenter les pratiques des organisations et à les examiner à travers le prisme de divers problèmes de santé et de politiques publiques. Ces organisations ont un historique et des champs d'activité différents, mais toutes sont actives au sein de programmes qui peuvent être perçus comme contribuant à la promotion de politiques publiques favorables à la santé. Leurs approches ont généralement des visées précises et différentes de la promotion de la santé, mais chacune d'elles reconnaît l'existence du rapport entre les problèmes qu'elles tentent de résoudre et le contexte plus général de la santé publique. Souvent, les acteurs en santé publique cherchent — ou sont appelés — à collaborer avec des organisations communautaires ou à but non lucratif. Notre série de courtes analyses descriptives tente de mettre en lumière certains des problèmes récurrents dans les interactions entre intervenants communautaires et ceux de santé publique.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
1.1	Qu'est-ce que le cadrage?	1
2	LE CADRAGE DES QUARTIERS CENTRAUX	3
2.1	Quint Development Corporation : programmes et activités en développement économique communautaire.....	3
2.2	L'Agence régionale de santé de Saskatoon : faire de l'équité en santé, une priorité	7
2.3	Cinq principaux cadres utilisés.....	9
2.3.1	Population.....	9
2.3.2	Déterminants	10
2.3.3	Résultats.....	11
2.3.4	Objectif principal	11
2.3.5	Mesures à adopter	11
2.4	Préoccupations pragmatiques sous-jacentes.....	12
3	CONCLUSION – PARTENARIATS ENTRE LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF	14
	RÉFÉRENCES	15

1 INTRODUCTION

Le texte qui suit est une analyse descriptive des cadrages politiques utilisés pour interpréter les principales préoccupations de deux organisations dans leur travail visant à améliorer le bien-être physique, économique et social de la population de certains des quartiers les plus défavorisés de Saskatoon, en Saskatchewan. L'objectif central est de voir comment des cadres différents influent non seulement sur la définition des problèmes à résoudre, mais aussi sur les solutions à favoriser. Être conscient de ces cadres et de la façon dont ils influencent les approches peut être utile pour ceux qui cherchent à former des partenariats entre des acteurs et des institutions en santé publique et des groupes non gouvernementaux. Choisir de se concentrer sur les domaines où les cadres sont compatibles pourrait ainsi conduire à des collaborations plus fructueuses.

1.1 QU'EST-CE QUE LE CADRAGE?

Le concept de cadrage est utilisé ici de manière similaire à celle employée par les sciences sociales, particulièrement dans l'étude des politiques. Ainsi, « l'utilisation du cadre est un moyen de sélectionner, d'organiser, d'interpréter et de donner un sens à une réalité complexe pour offrir des bornes permettant de connaître, d'analyser, de convaincre et d'agir » (Rein et Schön, 1993, p. 146, traduction libre). Ou, plus simplement, « un cadre est une perspective à partir de laquelle on peut donner un sens et agir face à une situation problématique, amorphe et mal définie » (Rein et Schön, 1993, p. 146, traduction libre). Par certains égards, les cadres peuvent être considérés comme des raccourcis cognitifs qui nous permettent de comprendre rapidement des situations complexes et de les classer parmi d'autres idées « connues ». Tout comme le cadre autour d'une photo délimite ce qu'il contient, les cadres discursifs fournissent des balises à notre compréhension. Les cadres ont un effet sur la façon dont un problème est perçu et compris, mais aussi sur la solution qu'on lui trouvera. Il est important de souligner ici que nommer les cadres dominants utilisés dans les discussions sur les quartiers à faible revenu et leurs résidents ne revient pas à dire qu'ils sont adoptés et mis de l'avant intentionnellement par les organisations en question, bien que ce soit parfois le cas. L'utilisation du concept de cadrage est plutôt destinée ici à attirer l'attention sur les structures logiques sous-jacentes, qui « surdéterminent » (Althusser, 1969) les cadres dominants. À titre d'exemple de cadre, on n'a qu'à penser aux différentes façons possibles de concevoir le jeu, selon qu'on le cadre comme une activité criminelle ou comme une dépendance qui affecte certaines personnes. Il ne s'agit là que de deux des nombreux cadres envisageables pour cette question. Si le jeu est abordé sous l'angle de l'activité criminelle, on pourrait avoir tendance à se centrer sur les individus qui participent (ou pourraient participer) à des activités illégales, sur la question de qui devrait être pénalisé et sur les initiatives pour réduire l'expansion de cette activité illégale. C'est ce cadre qui dominait pour l'essentiel en Amérique du Nord avant que, dans plusieurs juridictions, l'État commence à pénaliser le jeu et en vienne à contrôler l'accès à tous les types de jeu. Par la suite, ce cadre a fait place à l'un des cadres actuels, où le jeu est perçu comme un divertissement légitime. Tout problème qui en découle est vu comme résultant d'une pathologie individuelle (l'image du joueur « pathologique » ou « à problème »). En bref, ces deux cadres concernent apparemment le même phénomène, le jeu, mais la façon dont celui-ci est considéré et ultimement géré, est largement influencée par le cadre qu'on lui attribue. On ne peut affirmer que l'un ou l'autre de ces cadres est faux en termes absolus, bien qu'il se peut que les partisans

de chaque cadre prétendent être ceux qui ont la position la plus juste. Notons de plus que ces cadres ne sont pas nécessairement incompatibles. De fait, bien que dans cet exemple ces cadres distincts mettent l'accent sur des aspects différents du jeu, ils peuvent être compatibles et co-exister en synergie : ce qui est souvent le cas. En résumé, le cadre peut être considéré comme un « regard » qu'on nous propose (ou nous impose) pour examiner quelque chose, que ce soit par le biais d'une formation ou de dispositions culturelles, par exemple. Ainsi, le thérapeute traitant la dépendance percevra le jeu avant tout comme un comportement autodestructeur et soignera l'individu; le policier, spécialiste du crime organisé, percevra le jeu comme le chemin menant à une panoplie de crimes reliés au prêt usurier; l'acteur de santé publique verra, avant tout, les méfaits sociaux potentiels de la prolifération des casinos sur les populations défavorisées, etc. Certains cadres seront incompatibles et porteront moins à collaborer avec ceux dont les perspectives sont perçues comme radicalement différentes. Dans bien des cas, être conscient des cadres que l'on utilise et de ceux utilisés par les autres autour de soi peut cependant contribuer à des partenariats fructueux. Nous espérons que cette brève description fournira une occasion de considérer comment les OBNL et les agences de santé publique cadrent différemment les enjeux et comment cela peut influencer leur capacité à collaborer.

2 LE CADRAGE DES QUARTIERS CENTRAUX

La description qui suit est basée sur une variété de documents écrits par l'Agence régionale de santé de Saskatoon, sur des documents médiatiques ayant pour objet la santé dans les quartiers à faible revenu de Saskatoon, sur des documents produits et diffusés par la Quint Development Corporation ainsi que sur des entrevues avec des membres clés d'organisations des quartiers centraux. Les documents de réflexion décrits plus haut ont également été pris en considération. Enfin, un atelier, organisé par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) dans le cadre de la Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique en juin 2009 à Winnipeg, a permis de préciser et de raffiner l'analyse descriptive suggérée ici. La description vise à présenter des pistes de réflexion aux acteurs et aux autorités de santé publique impliqués dans des partenariats avec des OBNL. Il ne s'agit donc pas de l'analyse d'une agence de santé régionale spécifique ou d'une OBNL en particulier.

2.1 QUINT DEVELOPMENT CORPORATION : PROGRAMMES ET ACTIVITÉS EN DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE COMMUNAUTAIRE

La Quint Development Corporation a été fondée à Saskatoon (Saskatchewan) en 1995 en réponse à des crises majeures en matière de logement et à des problèmes communautaires liés à la pauvreté que l'on retrouvait au sein des cinq plus vieux quartiers centraux de la ville : Pleasant Hill, Westmount, King George, Riversdale et Caswell Hill. Ces cinq quartiers abritent une grande partie de la population la plus défavorisée de Saskatoon. La mission de Quint est de « renforcer le bien-être économique et social des quartiers centraux par une approche communautaire du développement économique » (Quint Development Corporation, 2007a, p. 2, traduction libre). La préoccupation de Quint pour les résidents des quartiers centraux est basée sur l'approche connue sous le nom de Développement économique communautaire (DÉC). Le DÉC existe environ depuis le milieu des années 80 et constitue une alternative à l'approche traditionnelle descendante (*top-down*) des programmes de développement économique. Cette approche a été développée en réaction aux restrictions budgétaires et aux modifications fondamentales dans les programmes sociaux du gouvernement. Les partisans et les membres du DÉC décrivent cette approche comme étant holistique, répondant aux spécificités et aux besoins de la communauté, consacrée à la prise en main et au contrôle local et mettant l'accent sur l'inclusion de tous les membres de la communauté.

Pour opérer ses programmes, la Quint Development Corporation emploie de 25 à 30 personnes, à plein temps pour la plupart. Son conseil d'administration compte huit à douze membres, dont 75 pour cent doivent, en tout temps, être des résidents des quartiers centraux. Les programmes de Quint touchent quatre domaines principaux : le logement abordable, le développement des affaires, la création d'emploi et une célébration annuelle, baptisée *Our core communities shine*.

Actuellement, les programmes de logement abordable de Quint comptent quatre composantes : *Pleasant Hill Place*, qui est une habitation coopérative établie en 2000 pour un maximum de cinq mères étudiantes de 16 à 21 ans et leurs enfants; le *Male Youth Lodge*, en activité depuis 2003, qui assure un abri et un soutien temporaires pour 10 jeunes hommes risquant l'itinérance; deux complexes d'habitation de 40 logements abordables et le *Neighbourhood Home*

Ownership Program (NHOP). Dans chacun de ces programmes, Quint offre une variété de mécanismes de soutien, d'intégration et de mentorat grâce auxquels le potentiel de ces programmes est maximisé, aussi bien pour les utilisateurs de ces programmes que pour Quint.

La pierre angulaire des programmes de Quint est le NHOP, un programme novateur d'accès à la propriété lancé en 1997 au profit des résidents des quartiers centraux. Bien que le coût de l'immobilier résidentiel ait bondi et mis un terme à l'achat de propriétés, plus de 100 familles ont pu trouver une maison par le biais du NHOP et grâce à la création de plusieurs coopératives. Bon nombre de ces familles étaient toujours propriétaires de leur résidence après une période de cinq ans.

Dans le domaine du développement des affaires et des entreprises communautaires, Quint est impliquée dans deux importantes initiatives. La première initiative se traduit par un programme assurant aux résidents des quartiers centraux l'accès à l'emprunt pour l'établissement de projets commerciaux dans ces quartiers. La seconde initiative vise, par le biais d'un effort coopératif, la création d'entreprises communautaire. À ce sujet, Quint a notamment participé à la mise sur pied d'une épicerie, il a soutenu la création de services comme des garderies, ainsi que plusieurs autres initiatives. L'initiative la plus ambitieuse de Quint dans ce domaine est *Station 20 West*, un centre d'entreprises communautaires conçu, organisé et géré en coopérative. Quint a lancé ce projet en collaboration avec le Child Hunger and Education Program (CHEP), une autre organisation communautaire de Saskatoon. Après des changements significatifs dans son financement et des modifications dans sa conception, le projet devrait entrer dans sa phase de construction en 2010. *Station 20 West* comprendra des logements abordables (déjà ouverts et gérés par la Saskatchewan Housing Corporation), des points de vente d'une épicerie coopérative, de l'espace pour une cuisine commune, une bibliothèque, et des locaux pour plusieurs organisations communautaires, incluant Quint et CHEP, ainsi que pour les groupes et activités communautaires.

Dans le domaine du développement de l'emploi, Quint offre au besoin des cours de formation à l'emploi et à des métiers (*Trades Training and Employment*) en fonction des projets ou par le biais de services offerts par ses autres programmes (notamment ceux dans le domaine du logement abordable). Un autre des programmes clés de Quint est le *Core Neighbourhoods at Work* (CNAW). Le CNAW offre des programmes de formation, il détermine avec les employeurs et commerces locaux les possibilités et opportunités d'emploi; il fournit également des ateliers d'aptitudes de vie pour ceux qui en ont besoin.

Enfin, les programmes de Quint mettent l'accent sur l'inclusion sociale. Cette volonté est illustrée par le choix du modèle coopératif dans le programme NHOP, mais aussi par la fête des quartiers centraux et de ses résidents, *Our core communities shine*. Cet événement, qui se tient aujourd'hui sur une base annuelle, a débuté par un petit rassemblement organisé par Quint. Il inclut aujourd'hui plusieurs autres organisations et attire jusqu'à 500 résidents. Depuis longtemps, le partenariat avec d'autres organisations communautaires est une priorité pour Quint.

Quint aborde les défis auxquels sont confrontés les quartiers centraux principalement sous l'angle de la pauvreté, avec un accent sur la piètre qualité du logement liée à un parc immobilier vieillissant et à ce qui pourrait être appelé le « capitalisme de l'extérieur » — c'est-à-dire que les

propriétaires de logements vivent pour la plupart à l'extérieur des quartiers centraux et qu'il y a une absence relative de commerces et d'entreprises possédés par des résidents locaux. La pauvreté souvent criante de nombreux résidents des quartiers centraux est amplifiée par une situation où le peu d'argent présent est constamment siphonné vers l'extérieur, selon la métaphore du « panier percé » du sous-développement : « La pauvreté n'est pas seulement causée par le fait que l'argent ne rentre pas dans les quartiers centraux de Saskatoon. Elle est créée par le fait que l'argent ne reste pas dans les quartiers centraux de Saskatoon » (Quint Development Corporation, 2007b, traduction libre).

Une large part des problèmes reliés à la pauvreté dans les quartiers centraux est donc présentée par Quint comme un type de dichotomie intérieur/extérieur, où l'extérieur a été le principal bénéficiaire des fuites d'argent et, de plus, l'initiateur principal des solutions tentées. Bien que nous parlions d'un « extérieur » différent (essentiellement gouvernemental), Quint considère qu'il est primordial que les problèmes des quartiers centraux se résolvent par l'intérieur ou, dans le langage du DÉC, de manière dite ascendante (*bottom-up*) ce qui est caractéristique des projets de développement économique communautaire en général.

Ce cadrage a des conséquences sur la manière dont Quint cherche à influencer les décisions et les décideurs en matière de politiques publiques. Le défi consiste à convaincre les bailleurs de fonds et les responsables de l'administration publique que ce sont les résidents qui constituent la clé pour améliorer le sort des quartiers centraux, et ce, par le biais de l'accès à la propriété résidentielle, par le biais du développement de la petite entreprise locale, par le biais de ses propres programmes de formation à des métiers, etc.

Comme on l'a souligné plus tôt, la naissance de la Quint Development Corporation a été provoquée en partie en réaction aux politiques publiques descendantes (*top-down*). Un groupe de résidents engagés issus des cinq quartiers a tenu une série de rencontres pour discuter des façons d'améliorer le bien-être social et économique de leur voisinage par des solutions locales. Depuis l'atelier sur l'approche du développement économique communautaire tenu au milieu des années 90, cette approche constitue celle qui a été privilégiée. La manière dont Quint conceptualise les principaux problèmes des quartiers centraux est donc bien spécifique bien qu'elle ne soit pas en totale contradiction avec celle de l'Agence régionale de santé.

Les défis du cycle de la pauvreté

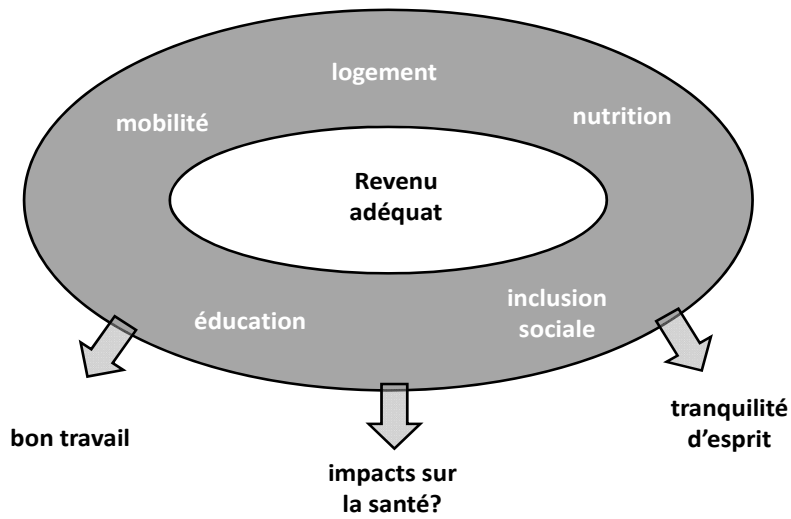


Figure 1 Cadrage de la pauvreté dans les quartiers centraux selon Quint

Adapté de Quint Development Corporation, 2007b, traduction libre.

Tableau 1 Cadrage des disparités de santé selon l'Agence régionale de santé de Saskatoon

Catégories de maladies et code CIM9	2001 Taux normalisé selon l'âge (95 % d'intervalle de confiance)			Ratios (95 % IC)	Ratios (95 % IC)
	Quartiers à faible revenu	Autres quartiers de Saskatoon	Quartiers aisés	Faible : autres	Faible : aisés
	N = 18,228	N = 184,284	N = 16,683		
Nombre de sorties d'hôpital :					
Tentative de suicide (E950-959, E980-989)	242,88 (171,12-314,65)	64,82 (53,17-76,47)	15,59 (-2,05-33,22)	3,75 (2,65-5,30)	15,58 (4,84-50,16)
Troubles mentaux (290-318)	885,42 (746,49-1024,37)	479,90 (448,30-511,50)	207,20 (129,05-285,36)	1,85 (1,56-2,19)	4,27 (2,84-6,43)
Blessures et empoisonnements (E800-999)	2019,94 (1813,56-2226,32)	1307,59 (1256,13-1359,05)	819,79 (674,32-965,26)	1,54 (1,39-1,72)	2,46 (2,01-3,02)
Diabète (250)	212,43 (143,03-281,82)	53,41 (42,99-63,82)	16,52 (3,30-29,74)	3,98 (2,72-5,82)	12,86 (5,42-30,51)
Broncho-pneumopathie chronique obstructive (490-496)	251,05 (173,25-328,85)	181,54 (162,54-200,53)	163,80 (88,13-239,47)	1,38 (1,01-1,92)	1,53 (0,88-2,67)
Maladie coronarienne (410-414)	533,27 (418,55-648,00)	399,04 (371,20-426,89)	313,54 (208,15-418,93)	1,34 (1,07-1,68)	1,70 (1,14-2,53)
Accident vasculaire cérébral (430-438)	204,29 (131,18-277,39)	154,18 (136,82-171,54)	112,29 (42,69-181,89)	1,33 (0,91-1,93)	1,82 (0,89-3,72)
Cancer (140-.0-239.9)	428,42 (323,46-533,38)	479,90 (448,30-511,50)	421,17 (302,02-540,31)	0,89 (0,69-1,15)	1,02 (0,70-1,48)

Lemstra et Neudorf, 2008, p. 131, traduction libre.

2.2 L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE SASKATOON : FAIRE DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ, UNE PRIORITÉ

L'Agence régionale de santé de Saskatoon a été l'une des plus prolifiques par ses efforts pour réduire les inégalités de santé au Canada. Depuis la publication dans la *Revue canadienne de santé publique* d'un rapport qui a fait office de précurseur (Lemstra, Neudorf et Opondo, 2006), l'Agence a étudié et documenté comment l'état de santé dans sa ville varie en fonction du revenu moyen par quartier. Les résultats de cette étude, présentés partiellement dans le tableau 1, illustrent de manière convaincante que le revenu par quartier est relié à l'état de santé. Dans pratiquement tous les cas, les résultats quant à l'état de santé des résidents à

faible revenu de Saskatoon est moins bon que celui de la moyenne de la ville et encore moins bon que celui des quartiers plus aisés de la ville. La publication de l'article en 2006 a marqué le début d'un intérêt plus marqué sur ces disparités dans l'état de santé. De là est né le projet Atteindre l'équité en santé (*Building Health Equity Project*¹). Ce rapport d'envergure sur les disparités, publié en 2008, ainsi que la documentation contenue dans les rapports annuels de l'Agence régionale de santé ont fait du redressement de la situation, c'est-à-dire des disparités de l'état de santé selon le revenu, une priorité de l'organisation. Les préoccupations de l'Agence régionale de santé sont bien naturellement centrées sur la santé et sur son rapport avec le revenu. Son rôle, en tant que composante du système de santé provincial, est, au moins partiellement, de recommander des options de politiques qui permettraient d'optimiser le rôle de l'État dans la santé de ses citoyens. Le tableau 2 illustre comment certains des cadres qui organisent la façon de percevoir les problèmes, leurs causes et leurs solutions sont décrits de manières différentes dans le cas des deux organisations concernées.

¹ Ce projet inclut des partenariats entre l'Agence régionale de santé, les commissions scolaires, le Conseil tribal et plusieurs organisations communautaires (Saskatoon Health Region, 2006).

Tableau 2 Principaux cadres utilisés par une agence régionale de santé et une organisation à but non lucratif de Saskatoon

Principaux cadres	Agence régionale de santé de Saskatoon	Quint Development Corporation
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Résidents des six quartiers au revenu le plus faible • Statut culturel autochtone Groupes de comparaison : moyenne de la ville/des quartiers aisés	<ul style="list-style-type: none"> • Résidents des 5 quartiers centraux
Déterminants sous-jacents	<ul style="list-style-type: none"> • Faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Causes de la pauvreté : « le panier percé » du sous-développement
Résultats (principaux problèmes)	<ul style="list-style-type: none"> • Disparités dans l'état de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Taux plus élevé pour la plupart des maladies 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité élevée • Piètre qualité du logement • Piètre qualité de l'alimentation • Exclusion sociale • Niveau d'éducation plus bas
Objectif principal	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des disparités dans l'état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle local accru sur le développement économique et social
Mesures à adopter	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques pour réduire : <ul style="list-style-type: none"> ○ la pauvreté en général • Réduire les disparités dans ou entre : <ul style="list-style-type: none"> ○ les revenus ○ l'éducation ○ le logement ○ l'emploi ○ les services de santé ○ les groupes culturels 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement économique communautaire : <ul style="list-style-type: none"> ○ logement abordable ○ revitalisation des commerces ○ développement de l'emploi ○ inclusion sociale

Le tableau ci-dessus présente les cadrages adoptés par Quint et par l'Agence régionale de santé pour les enjeux auxquels ils font face. Bien qu'il ne soit pas nécessairement exhaustif, ce tableau présente certains des cadres clés qui émergent des documents publics de chaque organisation ainsi que des entrevues et conversations avec des membres de Quint. Dans la première rangée, on peut comparer les façons dont chacune aborde la « population » qui la concerne.

2.3 CINQ PRINCIPAUX CADRES UTILISÉS

2.3.1 Population

Pour la Quint Development Corporation, la population clé est celle qui réside dans les cinq quartiers centraux (Pleasant Hill, Westmount, King George, Caswell Hill et Riversdale), pour lesquels cette organisation a été créée et qui constituent une des zones où l'on relève les plus bas revenus de la ville. Quint se concentre sur ces quartiers ce qui nécessite qu'un fort

pourcentage de son conseil d'administration soit obligatoirement constitué de résidents issus de ces quartiers centraux. Pour sa part, l'Agence régionale de santé définit sa population cible dans ses divers rapports, comme étant les résidents des six quartiers les plus défavorisés de Saskatoon (dont quatre relèvent du mandat de Quint et deux autres sont limitrophes). Elle utilise le revenu comme principal critère de sélection. Bien entendu, cet état de fait est partiellement attribuable à la façon dont les revenus sont colligés au Canada par le recensement national : on divise la population des régions métropolitaines de recensement en secteurs qui sont ensuite compilés pour correspondre aux quartiers existants. Ainsi, en calculant le revenu et les sorties d'hôpital, la mesure du revenu du patient est « déterminée » par son quartier de résidence. Cette mesure n'est pas parfaite puisqu'on doit se baser sur des moyennes imprécises. De plus, on doit également évoluer dans un contexte où l'information spécifique sur le rapport entre le niveau de revenu et l'état de santé n'est pas accessible. Cependant, c'est la meilleure mesure disponible au Canada et, malgré ses limites, elle démontre avec constance que le revenu moyen d'un quartier est un bon indice de l'état de santé². D'autre part, l'Agence régionale de santé définit aussi sa population cible par le statut officiel de résidence alors que Quint la définit par le sentiment d'appartenance et l'expérience vécue du lieu de résidence. L'Agence inclut également le statut culturel autochtone dans ses analyses alors que Quint ne fait aucune distinction sur la base de l'ethnicité. En fait, l'absence de mention spécifique des résidents des Premières Nations est d'autant plus notable qu'ils constituent un pourcentage très élevé de la population des quartiers centraux. Malgré cela, Quint s'est donnée pour mandat de ne faire aucune distinction parmi les résidents des quartiers centraux, qu'ils soient autochtones ou non.

2.3.2 Déterminants

Le second cadre principal utilisé par les deux organisations concerne ce qu'on pourrait appeler les déterminants. C'est-à-dire, selon leurs perspectives, le principal facteur qui mène au problème dont ils se préoccupent. Dans le cas de l'Agence régionale de santé, il s'agit du faible revenu. Leurs recherches portent sur l'état de santé de la population des six quartiers défavorisés lorsqu'il est comparé à celui de la totalité de la ville ainsi qu'à celui des résidents des quartiers aisés. Encore une fois, le cadre de l'Agence est contraint par les mesures statistiques existantes qui comparent la variable dépendante, les sorties d'hôpital pour une variété de maladies et/ou blessures, et la variable indépendante, le quartier de résidence. Le déterminant clé d'un mauvais état de santé est donc, pour l'Agence, le faible revenu associé au quartier de résidence. Quint, d'un autre côté, semble rechercher les causes profondes de la pauvreté dans les quartiers centraux en y examinant ce qu'elle appelle « le panier percé » du sous-développement. Ce phénomène est dû, selon son cadre, au fait que les revenus et l'argent sortent continuellement de ces quartiers sous la forme de loyers versés à des propriétaires de l'extérieur ou par l'achat de biens dans des magasins franchisés (souvent des magasins-entrepôts) dont les revenus sont acheminés vers l'extérieur. Comme nous le constaterons sous peu, l'utilisation de cadres distincts implique une perception différente à la fois des problèmes de ces communautés et des mesures pour les améliorer.

² Il serait intéressant de considérer l'impact d'une mesure de plus en plus demandée, la mixité socio-économique des quartiers étant donné leur impact potentiel sur le lien entre l'état de santé et le revenu moyen d'un quartier.

2.3.3 Résultats

Le troisième cadre principal qui émerge de l'étude des documents de Quint et de l'Agence régionale de santé est celui qui guide leur perception des problèmes clés auxquels elles font face. Il est bien compréhensible que pour l'Agence, le problème clé dans les quartiers défavorisés de Saskatoon est un état de santé moins bon que celui de la moyenne de la ville et encore moins bon que celui des quartiers aisés. Selon ce cadre, les problèmes spécifiques sont donc les taux élevés de tous les genres de blessures et de maladies (voir tableau 1) dans les quartiers défavorisés. Quint cadre différemment les principaux problèmes qu'elle identifie. Pour elle, les principaux problèmes associés à la pauvreté sont les suivants : la piètre qualité du logement imputable aux propriétaires de l'extérieur, une grande mobilité résidentielle et scolaire affectant l'éducation et la stabilité d'emploi, le manque de sentiment d'appartenance au quartier et de stabilité sociale, la piètre qualité de l'alimentation reliée au sous-développement de l'économie locale et à l'absence implicite de nourriture saine dans les quartiers centraux et l'exclusion sociale reliée à tous ces facteurs. Il est intéressant de noter que, tel qu'illustré par le figure 1 utilisé par Quint, le lien entre l'état de santé et chacun des facteurs est indiqué sous le mode interrogatif et non pas affirmatif³. Bien que les deux organisations voient la pauvreté comme étant au cœur des problèmes vécus par les quartiers défavorisés de Saskatoon, leurs cadres respectifs les conduisent à désigner des enjeux différents comme étant les plus importants.

2.3.4 Objectif principal

En ce qui concerne l'objectif principal de ces deux organisations, la priorité de l'organisation communautaire est avant tout d'accroître le contrôle de la communauté locale sur le développement des quartiers centraux. L'Agence régionale de santé vise quant à elle à réduire la disparité de l'état de santé en fonction des revenus. En fait, la portée de son mandat explique que l'Agence accorde la priorité à la santé dans tous ses cadrages, comme en font foi ses rapports récents.

2.3.5 Mesures à adopter

Comme l'Agence régionale de santé de Saskatoon et la Quint Development Corporation font appel à des cadrages différents pour les problèmes clés des quartiers défavorisés et pour les solutions à y apporter, il ne faut pas se surprendre du fait que les mesures préconisées par chacune des organisations soient également différentes. Tel que décrit plus haut, Quint favorise des programmes de développement des quartiers centraux qui priorisent la promotion d'un bien-être économique et social durable pour leur population. Elle le fait par le biais d'une implication directe de la communauté et, selon son cadre, par des mesures clés ancrées dans des mouvements conçus pour apporter des solutions venant de la base (*bottom-up*). Ainsi, ses programmes accordent la priorité au logement, à l'emploi et au développement local. Pour Quint, l'influence de politiques se concentre sur des activités telles que la promotion de logements abordables.

³ Il faut noter que, depuis la publication de plusieurs documents par l'Agence régionale de santé de Saskatoon sur la forte corrélation entre pauvreté et mauvais état de santé, Quint a intégré l'information sur la santé dans son discours sur le sous-développement des quartiers centraux, particulièrement par le biais de son projet Station 20 West Project mené avec CHEP Good Food.

Par contraste, bien qu'il vaille la peine de noter que, dans ce cas, les divergences ne sont pas énormes, les principales mesures adoptées par l'Agence régionale de santé sont des solutions de nature descendantes (*top down*)⁴. Comme le veut son mandat, l'Agence recommande des mesures de politiques publiques avec un impact sur plusieurs facteurs⁵. Dans le cas qui nous concerne, ses recommandations sont vastes et intégrées et couvrent un large spectre de déterminants sociaux de la santé.

2.4 PRÉOCCUPATIONS PRAGMATIQUES SOUS-JACENTES

Il y a en quelque sorte un cadre sous-jacent à chacune de ces organisations qui est constitué en grande partie de leurs préoccupations pragmatiques, leurs mandats respectifs et de leur mode de gestion. L'Agence régionale de santé fait partie d'une vaste structure gouvernementale et institutionnelle, régie par une variété de contraintes institutionnelles et légales. La Quint Development Corporation s'inscrit également dans une approche institutionnelle de revitalisation de la communauté, connue sous le nom de Développement économique communautaire (DÉC). Elle est également soumise à des contraintes (même si les contraintes légales et constitutionnelles sont sans doute moins nombreuses) liées à l'approche institutionnelle décrite ici. Il est impossible de comprendre les principaux cadres décrits plus haut sans prêter attention à ces limites pragmatiques. En fait, une bonne partie de ce qui est présenté dans les principaux cadres découle des contraintes et possibilités contenues dans les cadres sous-jacents. Par exemple, bien que nous ne l'abordions pas en détail ici, chacun des cadres sous-jacents a des implications sur ce qui constitue une « donnée probante », une preuve du problème. Le cadre institutionnel des organisations impliquées dans le développement économique communautaire tend à adopter une perspective heuristique de l'état de la situation, utilisant dans le cas présent l'expérience vécue dans les quartiers et les changements observés comme preuves aussi bien de la détérioration des conditions que du besoin de solutions locales. Parmi les autres considérations de première importance, notons la proportion de résidents propriétaires de leur habitation, la mobilité scolaire, la distance à parcourir pour atteindre une épicerie à prix abordable, etc. Par contre, le cadre institutionnel pour plusieurs organisations du secteur de la santé sera davantage axé sur un ensemble d'exigences méthodologiques, basées sur les « données probantes » telles que prônées par la science médicale. Ces différences d'ordre épistémologique contribuent à produire un problème de politique publique plutôt qu'une controverse sur une politique publique. « Les controverses concernant des politiques publiques ne peuvent être résolues en faisant appel aux faits seulement, ou même à des données probantes de quelques sortes. Parce qu'elles sont issues de cadres conflictuels, le même ensemble de données probantes peut être utilisé pour soutenir des positions fort différentes sur des politiques publiques » (Rein et Schön, 1993, p. 148, traduction libre).

L'une des retombées positives du fait qu'il s'agisse davantage d'un problème que d'une controverse est l'inclusion des rapports de l'Agence régionale de santé dans les discussions de Quint sur les quartiers centraux. La différence se trouve dans le rôle accordé à ces données, qui est relié de bien des façons à ces cadres sous-jacents. Ainsi, l'Agence régionale de santé

⁴ C'était le cas pour de nombreux participants à l'atelier tenu à Winnipeg mentionné plus tôt, par exemple.

⁵ Il est bon de mentionner ici que le rapport préparé par l'Agence régionale de santé en 2008 incluait les résultats d'une vaste consultation auprès de la communauté pour établir le genre de politiques qu'elle soutiendrait.

mesure les résultats de l'état de santé en utilisant diverses méthodes acceptées comme étant l'étalon-or dans son domaine (épidémiologie, santé publique, etc.). Par contre, l'organisation de développement économique communautaire perçoit la communauté comme faisant partie d'un grand nombre de communautés ayant vécu des expériences similaires — et des échecs similaires avec les solutions proposées ou « imposées » par des organisations extérieures — et adopte une approche tout aussi éprouvée dans son domaine (comme le démontre le nombre croissant de méta-associations bien établies de ce genre d'organisations — au Canada, le Réseau canadien de DÉC, par exemple). Le fait que chaque organisation (ou cadre) voit sa propre conception du problème et particulièrement son choix d'indicateurs comme la solution-clé, parfois au détriment des autres approches, pourrait transformer le tout en controverse. Une étape vers la réconciliation de ces différences consiste à les énoncer et voir le désaccord comme étant le produit des cadres plutôt que d'un désaccord fondamental.

3 CONCLUSION – PARTENARIATS ENTRE LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ET LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

Bien qu'en surface, et souvent en pratique, l'intégration de cadres différents dans les objectifs communs puisse être éprouvante, il pourrait fort bien s'agir de l'une des clés pour intervenir dans des contextes sociaux complexes comme ceux posés par la pauvreté et les difficultés qui en découlent. Les partenariats et la coordination intersectorielle (horizontale comme verticale) sont perçus comme des ingrédients déterminants pour agir dans un domaine aussi complexe que la santé publique, et particulièrement les inégalités de santé. D'autres études parlent de ce processus comme d'une intégration de deux approches ou de deux cultures d'intervention. Clavier et Potvin, par exemple, suggèrent que l'un des moyens d'aller de l'avant pour les acteurs en santé publique est de reconnaître la légitimité du savoir local ainsi que sa validité, au même titre que les études scientifiques (Clavier et Potvin, 2009), et de regarder ces deux approches comme deux façons de cadrer les problèmes ce qui contribuerait positivement à la discussion. Utiliser la notion de cadres et de cadrage comme pratique discursive pour tenter d'établir des bases communes à partir desquelles chacun pourrait avancer pourrait contribuer à des partenariats fructueux lorsqu'on travaille sur des politiques publiques épineuses comme la pauvreté et les inégalités de santé. Par exemple, dans le cas des deux organisations présentées ici, un champ de collaboration fructueux pourrait être leurs stratégies face au logement. Toutes les deux considèrent le logement abordable comme une mesure clé à adopter pour les quartiers centraux. Bien que l'une (l'Agence régionale de santé) priorise les politiques sur le logement et les allocations de loyer, et que l'autre (l'organisation de développement économique communautaire) vise à augmenter la proportion de résidents propriétaires de leur habitation et le contrôle local du parc locatif et privé, toutes les deux s'accordent sur le fait que le logement abordable et sécuritaire est un objectif clé. Les moyens que chacune suggère pour y parvenir ne sont pas incompatibles et pourraient bien être un domaine fructueux de collaboration. Choisir de focaliser sur les domaines où les cadres sont compatibles, ou du moins plus facilement négociables, serait sans doute plus susceptible de mener à des partenariats fructueux et à la résolution des problèmes.

RÉFÉRENCES

- Althusser, L. (1969). Contradiction and overdetermination. Dans *For Marx*, (p. 87-128). USA: Penguin Press.
- Clavier, C. et Potvin, L. (2009). Le rôle médiateur de l'évaluation pour parvenir à un équilibre profitable entre les approches par programmes et développement social. *Développement social*, 10(2), 21. Consulté en ligne à : <http://www.revueds.ca/le-role-mediateur-de-levaluation-pour-parvenir-a-un-equilibre-entre-l%E2%80%99approche-par-programmes-et-lapproche-developpement-social.aspx>.
- Lemstra, M. et Neudorf, C. (2008). *Health disparity in Saskatoon. Analysis to intervention*. Saskatoon Health Region. Consulté en ligne à : http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf.
- Lemstra, M., Neudorf, C. et Opondo, J. (2006). Health disparity by neighbourhood income. *Canadian Journal of Public Health*, 97(6), 435-439.
- Quint Development Corporation. (2007a). *Annual Report 2006-2007*. Consulté en ligne à : <http://www.quintsaskatoon.ca/pdf/AReport06-07.pdf>.
- Quint Development Corporation. (2007b). *Presentation to the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy*. Montréal, mars.
- Rein, M. et Schön, D. (1993). Reframing policy discourse. Dans F. Fischer et J. Forester (dir.), *The argumentative turn in policy analysis and planning* (p. 145-166). USA: Duke University Press.
- Saskatoon Health Region. (2006). *Project aims to improve health status of low-income neighbourhood residents*. Consulté en ligne à : http://www.saskatoonhealthregion.ca/news_you_need/media_centre/media/2006/news_091106.htm.

www.ccnpps.ca



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 