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

www.ccnpps.ca

AUTORITÉS DE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT BÂTI : ACTIONS POUR INFLUENCER LES POLITIQUES

RAPPORT D'ENTREVUES | NOVEMBRE 2012

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

AUTORITÉS DE SANTÉ ET ENVIRONNEMENT BÂTI : ACTIONS POUR INFLUENCER LES POLITIQUES

RAPPORT D'ENTREVUES | NOVEMBRE 2012

Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national de santé publique Québec

SOUTIEN À L'ÉDITION

François Gagnon, Marianne Jacques et Olivier Bellefleur
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COORDINATION DE PROJET

Alice Miro
Fondation des maladies du cœur du Canada

MISE EN PAGES

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

CRÉDITS

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Le Centre 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.

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

PARTENARIAT

La production de ce document a été financée par le Partenariat Canadien contre le Cancer, à travers le financement de la coalition Bâtir un Canada en santé, dans le cadre du projet Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention (COALITION). Les vues exprimées ici représentent celles de la coalition Bâtir un Canada en santé et ne reflètent pas nécessairement la position officielle du bailleur de fonds.

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 : http://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 – 3e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-67843-4 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-67844-1 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-67841-0 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-67842-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

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.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

LISTE DES FIGURES ..... **V**

INTRODUCTION **1**

1 VANCOUVER COASTAL HEALTH AUTHORITY **3**

2 VANCOUVER ISLAND HEALTH AUTHORITY **15**

3 FRASER HEALTH AUTHORITY **25**

4 PEEL PUBLIC HEALTH **33**

5 TORONTO PUBLIC HEALTH **43**

6 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL **51**

CONCLUSION **61**

RÉFÉRENCES **69**

ANNEXE 1 SECTEUR ENVIRONNEMENT URBAIN ET SANTÉ DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL : CADRE LOGIQUE ET LIENS AVEC OBJECTIFS STRATÉGIQUES **73**

ANNEXE 2 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL MOBILITÉ DURABLE : PRÉCURSEURS ET CONSÉQUENCES **81**

ANNEXE 3 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL MOBILITÉ DURABLE : DIFFÉRENTES ÉCHELLES, DIFFÉRENTES STRATÉGIES **85**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Extrait du plan stratégique de 2011-2014 de la région de Peel 33
Tableau 2 Extrait des priorités du conseil régional de la région de Peel en matière de santé et d'environnement bâti 34
Tableau 3 Amendements aux plans officiels de la région de Peel 38
Tableau 4 Amendements aux plans officiels des municipalités locales.....38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Échelles de la politique de planification urbaine sur lesquelles PPH est intervenu.....37
Figure 2 Objectifs du secteur EUS de la DSP de Montréal 55
Figure 3 Choix pour favoriser l'activité physique de transport 56

INTRODUCTION

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a comme mandat de soutenir les acteurs de santé publique dans leurs efforts de promotion de politiques publiques favorables à la santé. Les autorités de santé forment un groupe d'interlocuteurs privilégiés pour les activités de traduction, de synthèse et d'échange de connaissances par lesquelles il doit remplir son mandat. C'est dans ce cadre que le CCNPPS a développé divers projets liés aux politiques publiques informant l'environnement bâti et qu'il a travaillé avec la coalition Bâtir un Canada en santé. Cette coalition concentre en effet ses efforts à la promotion de certaines politiques publiques qui pourraient créer des environnements bâtis plus favorables à la santé – des politiques comme celles de transport ou d'aménagement urbain.

Sous la direction de la Fondation des maladies du cœur du Canada, cette coalition regroupe six autorités de santé (Vancouver Coastal Health, Vancouver Island Health, Fraser Health, Peel Public Health, Toronto Public Health, Direction de santé publique de Montréal), l'Institut canadien des urbanistes – en plus du CCNPPS. C'est le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), qui consacre des ressources importantes à différents projets s'inscrivant dans l'approche de la prévention primaire, qui finance cette coalition et six autres, par le biais d'un programme appelé Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention (COALITION). Ce programme vise à intensifier les actions et à favoriser la collaboration entre des acteurs qui, au Canada, proposent des interventions innovatrices, fondées sur les données probantes, afin d'agir sur les déterminants du cancer et de certaines autres maladies chroniques.

Ce document est structuré autour d'entrevues qui ont été réalisées par François Gagnon du CCNPPS avec des professionnels travaillant au projet dans chacune des autorités de santé impliquées dans le projet. Dans le cas des autorités de santé de la Colombie-Britannique, elles ont été soutenues dans leurs réponses par une consultante en planification urbaine. La liste des personnes mises à contribution se trouve ci-dessous. Les entrevues ont été réalisées par le biais d'échanges de courriels entre la mi-décembre 2011 et la mi-mars 2012, soit vers la fin du projet. La technique de l'entrevue par courriel a été retenue de façon à permettre une exploration relativement libre et aérée des questions abordées. Quatre dimensions de l'action des autorités de santé sont explorées dans les entrevues :

1. les cadres pragmatique et programmatique dans lequel elles agissent sur les politiques publiques informant l'environnement bâti;
2. la logique sous-tendant les actions menées dans le cadre du projet COALITION en particulier;
3. les leçons apprises dans la foulée de leurs actions; et
4. les tenants et aboutissants politiques de leurs actions.

La disponibilité des ressources pour répondre à ces questions était variable d'une autorité de santé à une autre; c'est pourquoi les entrevues ne sont pas de même longueur et fournissent des informations différentes.

En outre, le lecteur trouvera à la fin du document une conclusion rédigée par François Gagnon. Cette conclusion dégagera certaines caractéristiques particulièrement remarquables de l'expérience des autorités de santé dans le cadre du projet COALITION et cernera certains enjeux les traversant.

Le but de ce document est de faire connaître les actions des autorités de santé impliquées dans le projet COALITION et de permettre une appréciation de certains de leurs tenants et aboutissants eu égard aux politiques publiques informant la façon dont les environnements bâtis sont développés ou modifiés. Les portraits dressés ici se veulent donc autant des sources d'inspiration que des incitations à les moduler en fonction de la situation dans laquelle le lecteur travaille.

Les personnes suivantes ont répondu aux questions d'entrevues :

- Claire Gram (Vancouver Coastal Health Authority) et Heather Evans (Heather Evans Consulting),
- Julia McFarlane (Vancouver Island Health Authority) et Heather Evans (Heather Evans Consulting),
- Lori Smart, Jami Brown et Helena Swinkels (Fraser Health Authority) et Heather Evans (Fraser Health Authority),
- Christine Gutman et Bhavna Sivanand (Peel Public Health),
- Shawn Chirrey (Toronto Public Health),
- François Thérien et Louis Drouin (Direction de santé publique de Montréal).

1 VANCOUVER COASTAL HEALTH AUTHORITY

Question 1 :

De quelle façon et pour quelle raison le personnel de Vancouver Coastal Health (VCH) s'est-il attardé aux politiques relatives à l'environnement bâti, et comment les travaux relatifs à ces politiques sont-ils organisés à l'heure actuelle (lien avec l'administration municipale/régionale, ressources consacrées à ces travaux, place occupée dans la structure organisationnelle, soutien de la haute direction, rôle de l'initiative COALITION dans cet effort)?

En 2006, plusieurs développements à la fois interne et externe à VCH ont fait de l'environnement bâti favorable à la santé (EBFS) un enjeu politique prioritaire.

Le plan de services de VCH (2011 à 2014) établit un cadre pour les travaux sur l'EBFS : « Les patients souffrant de maladies chroniques représentent environ 35 % de la population de VCH et mobilisent une partie importante des ressources disponibles. Les maladies chroniques sont plus courantes chez les personnes âgées et on estime que la prévalence des états chroniques en Colombie-Britannique pourrait augmenter de 58 % au cours des 25 prochaines années et constituer un important facteur de demande en matière de soins de santé ». Le plan indique que « les efforts communautaires en vue de favoriser un mode de vie sain par le biais de la planification, de politiques, d'environnements bâtis et d'autres mécanismes sont essentiels pour que le nombre de résidents de la Colombie-Britannique qui développent une maladie chronique diminue. VCH appuie les gouvernements locaux et d'autres parties prenantes communautaires dans l'élaboration de stratégies globales portant sur un mode de vie sain à l'échelle communautaire ».

Examinons d'abord la structure interne de VCH. En 2006, lors de la mise en place de l'Équipe de santé des populations de VCH, un poste de coordonnateur régional pour des communautés en santé et la sécurité alimentaire a été créé (maintenant appelé conseiller en politiques de santé populationnelle). L'Équipe de santé des populations relève du médecin hygiéniste en chef de VCH. Elle a pour mission d'agir sur les déterminants de la santé par le biais de politiques, de partenariats, d'actions de plaidoyer et du leadership. D^{re} Patricia Daly, médecin hygiéniste en chef du VCH, assure un solide leadership des travaux sur l'EBFS. Elle a contribué à la rédaction de plans de croissance régionaux, soumis des pages éditoriales à des médias nationaux et provinciaux et présenté des exposés sur le sujet dans le cadre de conférences et d'ateliers.

Notre travail sur l'EBFS à l'échelle régionale et locale comprend une approche par équipe avec les médecins hygiénistes, les responsables de développement communautaire et le personnel en protection de la santé, dont les efforts sont souvent soutenus et coordonnés par le conseiller en politiques en matière de santé populationnelle. Un comité consultatif de VCH composé de cadres supérieurs assure la direction globale et détermine les priorités du travail sur l'EBFS, y compris les séances semestrielles de mise à jour et de stratégie (les membres comprennent des médecins hygiénistes et les secteurs de la santé mentale et de la protection de la santé).

Je vais maintenant décrire quelques éléments liés aux développements et au soutien provincial en matière d'EBFS.

Un niveau élevé de collaboration a été développé afin que les autorités de santé acquièrent une meilleure connaissance du domaine. En 2006, la Provincial Health Services Authority (PHSA) (Autorité provinciale des services de santé) a organisé un atelier d'une journée sur l'EBFS, ce qui a permis d'établir les bases pour l'établissement de la BC Healthy Built Environment Alliance (Alliance de la Colombie-Britannique pour l'EBFS). La PHSA continue de jouer un rôle prépondérant à l'échelle provinciale et a élaboré de nombreuses ressources pour la participation des autorités de santé.

En 2009, la PHSA a publié le Smart Growth Creating Healthier Communities Guide[1] et le Planning 101 for Health Professionals[2].

Il est aussi à noter qu'en 2006, la Colombie-Britannique a mis en œuvre un processus de développement de programmes de base modèles[3]. Vers 2009, le programme de base modèle pour des environnements communautaires favorables à la santé a été élaboré, lequel comporte une section sur l'EBFS. Les programmes de base modèles ont fourni un contexte, une justification et des données quant au rôle de la santé publique dans l'ensemble des 21 programmes de base.

Finalement, au niveau national, un groupe de travail sur l'EBFS au sein du Réseau canadien pour la santé urbaine, qui est à l'origine de la proposition de l'initiative COALITION, a communiqué les connaissances actuelles aux médecins hygiénistes. Le projet COALITION a fourni à VCH une plateforme pancanadienne pour les travaux sur l'EBFS, les possibilités d'apprentissage et d'échange de connaissances et le réseautage afin de promouvoir le domaine. La participation de VCH à l'initiative Bâtir un Canada en santé a permis d'allouer des ressources pour renforcer la capacité interne en matière de politiques informant l'EBFS. Cette participation a aussi permis d'établir des relations et de créer des structures pour la rétroaction à l'échelle locale et à l'échelle régionale. L'initiative COALITION nous a fortement stimulés à nous intégrer aux communautés!

[1] Voir : http://www.smartgrowth.bc.ca/Portals/0/Downloads/CreatingHealthyCommunitiesGuide.pdf (en anglais seulement).

[2] Voir : http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/1BA928BA-FD62-40A8-B4D7-0278A3B80AD1/0/KnowledgetoActionFramework_final.pdf (en anglais seulement).

[3] Voir : http://www.health.gov.bc.ca/public-health/core-programs/health-improvement/community/evidence-reviews.html (en anglais seulement).

Question 2 :

Sur quelles politiques avez-vous mis l'accent et quelle est la logique qui sous-tend vos choix? Par exemple, avez-vous fait des choix en fonction des fenêtres d'opportunités, des impacts potentiels des politiques sur la santé des populations, de besoins reliés à l'amélioration de résultats précis en matière de santé ou en fonction d'autres facteurs?

VCH a travaillé avec les communautés sur les politiques en matière d'EBFS à leur échelle, en portant une attention particulière aux plans communautaires officiels (PCO). Les PCO sont des politiques et des plans d'aménagement du territoire à long terme qui engagent législativement les officiels élus à prendre des décisions conformément à ces plans. VCH a choisi de concentrer ses efforts sur les PCO d'abord parce que ce sont des politiques requises par la législation et aussi parce que nous devions commencer à un endroit ou à un autre. Notre objectif a toujours été de provoquer des changements dans les politiques ET d'établir des relations qui facilitent une meilleure collaboration pour leur mise en œuvre.

À l'échelle locale, VCH a travaillé sur les PCO avec des municipalités dans le cadre de protocoles d'entente. Les protocoles d'entente sont approuvés par le conseil municipal et la direction de VCH. Les protocoles précisent les attentes et les engagements, tant pour la municipalité que pour l'autorité de santé. Ils confirment également que VCH participe tout au long du processus des PCO et souhaite agir de façon proactive à titre de partenaire. VCH espère ainsi dépasser la simple formulation de commentaires en réaction aux ébauches de politiques à titre de « partie prenante ». Notre participation soutenue nous a permis de constater jusqu'à présent que l'EBFS est intégré dans l'ensemble du processus et du PCO et qu'un cadre solide permet à VCH de soutenir le plan et de faciliter son approbation par le conseil.

À un niveau de planification régionale, VCH a contribué en intégrant une perspective de santé à une stratégie de croissance régionale, un plan de développement durable régional et un plan régional de transport à long terme. L'objectif derrière la collaboration avec les paliers d'administration régionaux est permettre la prise en tenir compte du grand nombre de communautés (14 municipalités, 5 districts régionaux et 14 conseils de bande) et des ressources relativement limitées de l'autorité de santé. En outre, la stratégie de croissance régionale établit le contexte des PCO. Dans quelques cas, nous avons travaillé de façon plus opportuniste. Par exemple, VCH a participé au processus de planification régionale en matière de développement durable dans le district régional de Sunshine Coast, car ce district n'avait pas reçu de soutien politique pour mettre en œuvre une stratégie de croissance régionale.

La contribution de VCH en matière de politiques dans le cadre des PCO a porté sur les domaines de l'EBFS suivants : une communauté équitable et inclusive; la santé environnementale; le transport actif; le logement; la saine alimentation et la sécurité alimentaire; la sécurité et le bien-être; l'activité physique; les loisirs. Ces domaines se rattachent de près aux secteurs que les municipalités doivent inclure dans leurs PCO en vertu de la législation. Avec le recul, il s'est avéré que ce sont les moyens les plus efficaces

d'intégrer la dimension de la santé et de contribuer aux objectifs de santé publique en matière d'inclusion sociale.

Les objectifs en matière d'EBFS fournissent une base solide aux objectifs de planification en matière de développement durable. Une perspective de santé accorde une place importante (qui ne lui aurait autrement pas été accordée dans les PCO) aux populations vulnérables et à l'équité en santé, ainsi qu'à la sécurité alimentaire. L'intégration ou le renforcement des objectifs de santé dans un PCO met également l'accent sur le fait que la planification communautaire a pour but d'améliorer la santé et le bien-être de tous les citoyens (y compris l'ensemble de la population actuelle et future).

Question 3 :

Vous avez fait allusion à des questions d'inégalité ou de disparité. Vous avez notamment mentionné l'inclusion sociale comme objectif et avez utilisé le concept de « populations vulnérables ». Selon vous, quels sont les groupes exclus actuellement et comment cette exclusion se manifeste-t-elle? Quelles sont les populations vulnérables et pourquoi le sont-elles?

Clarifions quelques définitions : les **inégalités ou disparités en matière de santé** sont des variations « naturelles » de nature biologique entre les groupes de populations. **Les iniquités de santé** sont des inégalités jugées injustes et évitables, enracinées dans la justice sociale.

Les déterminants sociaux de la santé, l'éducation, le revenu, l'emploi, le logement, le développement de la petite enfance, etc., s'incarnent dans les conditions dans lesquelles nous vivons. L'analyse et l'observation peuvent mettre en lumière des communautés et des quartiers caractérisés par une concentration de personnes vulnérables sur le plan de la santé et des conditions de vie, par exemple des secteurs à plus faible revenu, un taux plus élevé de maladies chroniques, etc. Il est indubitable que la population à faible revenu jouit d'une moins bonne santé et a moins facilement accès aux services que la population à revenu moyen et élevé, ce qui la rend vulnérable. VCH vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population et à cibler les besoins des personnes les plus à risque. Si nous concentrions uniquement nos efforts sur des services et des soutiens universels, nous risquerions par inadvertance d'accroître ces inégalités.

Une approche consiste à cibler certains segments de la population quand nous savons qu'ils sont à risque. Par exemple, nous savons depuis longtemps que les premières expériences d'un enfant établissent une base pour son avenir. Les investissements ciblant les enfants contribuent à donner à ces derniers un meilleur départ; l'effet est cumulatif et a des ramifications à long terme. VCH peut contribuer à transposer cette perspective à la planification urbaine et à la planification de l'utilisation du sol. L'objectif est de s'assurer qu'un quartier donné comporte des unités d'habitation pour tous les niveaux de revenu familial. Selon des recherches de l'Université de la Colombie-Britannique, les enfants ont un meilleur développement social lorsqu'ils vivent dans un quartier présentant une mixité socio-économique, ont accès à des espaces de jeu, peuvent se rendre à l'école à pied, etc.

VCH souhaite travailler, avec des partenaires, sous trois angles différents afin de diminuer et de redresser les iniquités et les exclusions sociales.

Premièrement, en diminuant les iniquités en matière de revenu et de santé. Même si les gouvernements locaux ont un rôle à jouer pour aider à atténuer les impacts des iniquités de revenu, un travail de plaidoyer plus global est nécessaire (salaire minimum convenable, etc.). C'est l'éléphant dans la pièce. L'Équipe de santé des populations de VCH a un rôle à jouer dans ce travail de plaidoyer global.

Deuxièmement, en participant à l'engagement communautaire et en influençant la prise de décision. En prenant des décisions relatives à l'utilisation du sol, que ce soit pour un nouveau plan ou pour l'aménagement d'un site, VCH peut aider à établir le contact avec les personnes qui sont fortement touchées par la prise de décision gouvernementale, mais qui n'y participent habituellement pas. VCH peut jouer un rôle en considérant sérieusement leurs intérêts comme étant prioritaires. Prenons, par exemple, le cas d'une communauté avec laquelle VCH a collaboré à la mise à jour de son dernier PCO. Dans ce dossier, le conseiller en développement communautaire de VCH a établi un lien entre des groupes de la communauté et le processus d'élaboration du PCO, ce qui a permis de joindre des groupes qui ne participent habituellement pas à la planification de l'utilisation du sol. Cette initiative est valorisée par la municipalité. Une autre grande influence s'exerce par le message continu des médecins hygiénistes de VCH, qui rappelle aux publics municipaux et communautaires que l'une des raisons importantes pour lesquelles le secteur de la santé est « à la table de planification » est d'assurer que notre planification tienne compte de toute la population, en particulier des personnes qui vont moins souvent s'organiser pour défendre et protéger leurs propres intérêts, par exemple celles qui n'assisteront pas à une réunion communautaire un soir de semaine.

Troisièmement, en utilisant adéquatement le sol et en planifiant les politiques. Une perspective d'EBFS constitue un moyen efficace d'influencer des politiques qui donneront lieu à une distribution géographique plus équitable des ressources privées et publiques, en vue d'aider à atténuer les impacts des iniquités de santé. VCH a fourni des données probantes, a contribué à l'élaboration de politiques et à des efforts de plaidoyer afin d'influencer les PCO. Ces efforts visaient à inclure dans les quartiers divers types de logements pour différents moyens financiers; à plaider en faveur de parcs, d'infrastructures de transport actif et d'installations communautaires, en particulier dans les quartiers à faible revenu; et à suggérer que les plans garantissent de façon proactive que les résidents puissent facilement faire des choix favorables à la santé, comme marcher jusqu'à l'épicerie, prendre l'autobus, etc. Dans notre « culture automobile », les personnes qui ne conduisent pas ont tendance à avoir un moins bon accès aux services. En veillant à ce que les quartiers se trouvent à distance de marche des services et que les autobus passent régulièrement [fondé sur une utilisation mixte et une densité moyenne], on accroît l'égalité d'accès à l'emploi, aux commerces, aux loisirs, etc.

Question 4 :

VCH couvre un vaste territoire qui comprend des environnements bâtis présentant une grande diversité sur le plan de la part modale des transports, de la densité du territoire, de la connectivité et de la mixité des usages, entre autres. Ces caractéristiques ont des conséquences importantes tant pour les possibilités d'organisation et de changement des systèmes urbains que pour les préférences des résidents quant aux infrastructures de transport et aux caractéristiques de l'utilisation du sol. Comment travaillez-vous avec ces tensions et les différences entre les secteurs de votre zone de compétence et les groupes qui les habitent?

Il est tout à fait juste de dire que la région de VCH est composée de communautés présentant diverses caractéristiques, superficies, opinions et préférences! Notre région compte environ 1,14 million de personnes, dont 80 % vivent dans plus ou moins cinq municipalités urbaines et suburbaines relativement compactes dans la région du Grand Vancouver. Les 20 % restants vivent dans une région géographique beaucoup plus vaste, au sein de diverses communautés rurales dispersées. Il y a des caractéristiques et des réalités propres aux petites communautés et aux communautés rurales, par opposition aux communautés urbaines et suburbaines. Il y a des différences dans les éléments d'EBFS mentionnés (part modale, densité, connectivité, mixité des usages) ainsi que dans les ressources des gouvernements régionaux et locaux.

Dans les plus petites communautés et les communautés rurales, nous observons que moins de ressources sont disponibles pour la planification communautaire et toutes les autres initiatives des gouvernements régionaux et locaux. La majorité des données et des travaux de recherche existants sur l'EBFS s'appliquent aux milieux urbains et suburbains et ne s'appliquent pas aux petites communautés. Cette situation souligne l'importance de notre travail avec les communautés locales pour fournir une aide et un soutien pertinents et adaptés au contexte. Dans les régions rurales, la population est, pour diverses raisons, généralement en moins bonne santé. VCH a étudié la diversité des caractéristiques entre les communautés : la hausse et la baisse du nombre de résidents; le passage des économies de ressources vers différents types d'économies locales, y compris le tourisme et les loisirs; les communautés jeunes et vieillissantes; etc. La présence de VCH auprès des communautés autochtones est également de plus en plus nécessaire et possible et nous permettrait de mieux comprendre comment nous nous inscrivons dans leur modèle de planification communautaire.

Nous devons être très attentifs à la façon dont nous appliquons la recherche générale à chacune des communautés, et c'est ici que les connaissances locales sont essentielles. C'est surtout le cas dans les communautés rurales où peu de recherches ont été menées. Ces connaissances locales viennent du personnel local de VCH, des fonctionnaires locaux et de la communauté.

En ce qui concerne les tensions forcément causées par des visions d'avenir concurrentes et la nature politique de ces débats dans les régions rurales comme dans les régions urbaines/suburbaines, nous devons être conscients de nos rôles et nous assurer d'appuyer nos positions avec des données probantes fiables.

Ces deux dernières années, dans le cadre du projet COALITION, nous avons eu la chance de travailler avec des communautés dont les objectifs cadraient bien avec des programmes de planification durable, ce qui nous a permis de soutenir l'orientation de la planification. Les enjeux touchaient plutôt le degré que l'orientation. Cependant, nous sommes conscients que nous ne serons peut-être pas toujours d'accord avec l'orientation et les décisions prises par les conseils locaux au sujet des communautés.

À VCH, nous avons défini nos objectifs de manière à inclure le changement dans les politiques et à établir des relations. Nous devrons compter sur nos données probantes et nos relations solides pour continuer à énoncer des positions qui favoriseront le plus la santé. Nous voulons commencer notre participation dans le processus de planification le plus tôt possible. Cela nous permettra de déterminer et d'aborder les enjeux d'importance pour la santé, plutôt que d'attendre la fin des processus, ce qui pourrait se solder par des confrontations et apporter des résultats moins satisfaisants.

Question 5 :

Selon vous, qu'est-ce qui a été efficace dans vos efforts reliés à l'initiative COALITION, et pour quelle raison?

Le projet COALITION a été efficace pour VCH parce qu'il nous a permis de nous associer à un mouvement pancanadien et nous a donné les ressources et la souplesse pour « agir à l'échelle locale » et répondre à nos besoins sur le terrain. L'initiative COALITION a fait mieux connaître le travail sur l'EBFS en démontrant que nos travaux sur l'EBFS s'inscrivent dans le cadre d'un mouvement de pratique progressive qui se produit partout au pays. Notre capacité à établir des liens avec différentes personnes, idées et ressources par le biais de COALITION a été extrêmement utile. Nous sommes vraiment reconnaissants au modèle de COALITION d'avoir reconnu l'intérêt de soutenir le travail effectué sur le terrain (au sein des autorités de santé et des communautés) et d'avoir reconnu que tous les besoins et les situations sont spécifiques aux différents lieux et contextes. L'initiative COALITION nous a fourni des ressources (y compris une spécialiste contractuelle en planification), les outils et les liens à l'échelle nationale pour que nous puissions travailler à des projets locaux et régionaux pertinents et soutenir un « modèle communautaire » de pratique, par lequel nous appuyons le travail du personnel de VCH sur le terrain.

À l'interne, dans le cadre de l'initiative COALITION, nous avons été en mesure d'élaborer graduellement un modèle pour la réalisation de nos travaux sur l'EBFS qui convient à VCH. Un grand nombre d'employés et de services au sein de VCH participent aux travaux sur l'EBFS (protection de la santé, santé des populations, médecin hygiéniste, planification autochtone, logement, etc.). Nous avons pu travailler avec ces groupes pour renforcer progressivement la sensibilisation, l'appui, l'engagement et l'expérience de ce travail en collaboration. Nous avons appris — par l'expérience et la réflexion — comment former nos équipes de VCH à une échelle locale et assigner les postes aux employés de VCH afin de soutenir les communautés le plus efficacement possible. Cette approche consistant à inclure des employés de VCH provenant de divers groupes nous a offert un éventail de perspectives et d'optiques quant aux composantes du travail sur l'EBFS.

À l'externe, c'est-à-dire dans notre travail avec les communautés, l'initiative COALITION a aidé VCH à élaborer des outils et des approches très utiles dans notre travail. Par exemple, nous avons élaboré et adapté un protocole d'entente pour définir et renforcer les partenariats. Nous avons également élaboré des outils et des ressources qui nous aident à établir des liens et à travailler de façon proactive avec les divers publics participant à des processus de planification de l'utilisation du sol : les représentants élus, les communautés, les parties prenantes et les résidents des communautés.

Question 6 :

À l'inverse, qu'est-ce qui a été moins efficace, et pour quelle raison?

Dans l'ensemble, le projet pancanadien COALITION a fourni un cadre global qui a permis la réalisation de projets dignes d'intérêt propres à chaque région. Cependant, avec le recul, nous croyons que certaines des structures et certains des moyens de collaboration dans le projet COALITION auraient pu être mieux organisés et mis en œuvre. Nous espérons que la prise en compte de ces idées et suggestions contribuera de façon positive à l'essor de nos initiatives et partenariats futurs.

Les efforts en vue de réunir les partenaires et les participants de COALITION des sept projets de COALITION (et de partout au Canada) afin d'examiner l'avancement des travaux ont été bien utiles au début et à la fin du projet COALITION. Cependant, les réunions entre les diverses parties de COALITION n'ont pas été aussi efficaces en milieu de projet. Nous croyons plutôt que les ressources auraient pu être affectées plus efficacement en regroupant les partenaires de chacune des coalitions pour travailler de façon plus détaillée afin de planifier ensemble et de tirer parti de l'échange de connaissances.

En ce qui concerne la participation à notre initiative Bâtir un Canada en santé, il serait possible d'améliorer les résultats et l'apprentissage si un plus grand nombre d'urbanistes des provinces et des communautés participaient au projet COALITION afin d'offrir leurs perspectives et leurs conseils, souvent applicables sur une grande échelle. Nous apprécions le partenariat entre COALITION et l'Institut canadien des urbanistes et croyons, de manière complémentaire, que l'intégration d'urbanistes travaillant déjà sur les lieux des projets aurait présenté des avantages pour l'ensemble du projet.

Une troisième façon d'accroître l'efficacité de l'initiative COALITION serait de recentrer les thèmes/domaines d'intérêt au sein de l'EBFS. Si chacune des organisations participant au projet COALITION collaborait à des thèmes unifiés en matière d'EBFS, nous pourrions acquérir et échanger plus d'expériences et de connaissances collectives (p. ex., messages clés, indicateurs, etc.). Dans le cadre du dernier projet de COALITION, nos efforts étaient assez bien axés sur la diffusion, la création de relations et l'élaboration de méthodes pour intégrer des objectifs de santé à la planification du territoire. À l'avenir, nous pourrions axer davantage nos efforts sur la définition de quelques domaines (p. ex., les communautés rurales, le transport, l'alimentation, etc.) pour pouvoir établir une base de connaissances plus approfondie. Cela nous laisserait quand même un peu de souplesse à l'échelle locale, mais concentrerait nos efforts autant sur la recherche que sur les domaines d'application.

Quant à l'expérience de la Colombie-Britannique et à sa participation à COALITION, il aurait été plus avantageux et plus productif que les ressources permettent une participation de plus d'un an. En outre, il aurait été intéressant que les cinq autorités de santé de la Colombie-Britannique participent à COALITION (seulement trois des cinq autorités de santé ont participé, puisque le projet COALITION était lié au Réseau canadien pour la santé urbaine, dont font partie seulement ces trois autorités). Enfin, une dernière réflexion tournée vers l'avenir porte sur la façon de promouvoir le plus efficacement possible notre domaine et nos pratiques liés à l'EBFS. Dans l'ensemble, nous devons chercher à obtenir un équilibre entre la recherche et la mise en œuvre, et à concilier l'orientation à l'échelle nationale et la pratique à l'échelle locale.

Question 7 :

Avez-vous été étonnée des effets de vos efforts – autant positifs que négatifs – dans le cadre de COALITION?

J'ai été surprise que notre participation à l'initiative COALITION nécessite autant de présentations pour des besoins et des publics divers. Voici les résultats d'un calcul rapide : environ 5 présentations et ateliers au sein de VCH. Ceux-ci visaient à rallier des collègues et à garder différents groupes et services à jour; 18 présentations externes avec divers objectifs, en passant par l'éducation et la sensibilisation à l'égard de l'EBFS, jusqu'au récit de notre expérience et aux leçons apprises; et environ 3 ou 4 présentations au sein de l'initiative COALITION pour maintenir le dialogue avec nos collègues tout au long du projet.

J'ai aussi été surprise que nous ayons atteint si rapidement l'objectif d'« inclure la santé dans le programme de planification ». Nous avons entrepris ce travail il y a quelques années seulement et il semble que la santé est incluse d'emblée dans les processus de planification sans que nous ayons à expliquer pourquoi elle devrait y figurer. Notre prochaine priorité consistera à augmenter le niveau de connaissances, de participation et d'inclusion de la santé dans la planification.

J'apprécie l'empressement avec lequel mes collègues de VCH et nos partenaires (municipalités, district régional) se sont intéressés au travail sur l'EBFS et se sont engagés dans les partenariats et les projets. Nous avions déjà établi des relations de travail avec eux et cela a contribué à ce qu'ils se sentent à l'aise d'entreprendre ce projet sur l'EBFS avec nous. En outre, l'EBFS est un domaine en croissance dont on entend beaucoup parler dans divers secteurs. Je crois qu'on peut intuitivement comprendre les liens entre l'environnement bâti et les états de santé.

Question 8 :

Selon ma compréhension, vos efforts au sein de l'initiative COALITION ont eu jusqu'à présent des effets sur les processus, mais il serait prématuré de vous demander d'énoncer les changements de politiques importants qui ont été le fruit de ce projet. Ai-je bien interprété la situation?

Nous avons travaillé à trois volets pour influencer les politiques et les plans en matière d'utilisation du sol qui conduiront à des communautés plus saines : établir des relations avec les municipalités, participer aux processus de planification des politiques et fournir des informations pertinentes pour ces politiques.

Il est vrai que des changements de politiques par suite de notre travail sont encore à venir. Certains des projets de planification des politiques auxquels nous travaillons ne sont pas encore terminés, alors nous ne pouvons pas encore indiquer les politiques ou les éléments de ces plans qui ont été modifiés à la suite de notre contribution.

Cependant, deux processus de planification auxquels nous avons travaillé dans le cadre de COALITION sont terminés, et leurs plans ont été adoptés. Il s'agit d'une étape importante. C'est une occasion d'évaluer notre impact en examinant le plan issu de ces processus et en tirant des apprentissages des conversations et des commentaires de certains employés municipaux.

Premièrement, le district régional du Grand Vancouver a adopté une stratégie de croissance régionale à l'été 2011. Nous avons contribué à l'élaboration de la stratégie en examinant, du point de vue de la santé, des ébauches du plan. Notre intérêt et notre contribution ont été à l'origine de quelques changements politiques mineurs et de modifications de formulations dans le plan adopté. Nous avons trouvé encourageant que le district régional inclue une politique « portes ouvertes » pour favoriser de nouvelles collaborations entre le district régional et les autorités de santé dans l'élaboration de politiques : « Collaborer avec les autorités de santé pour promouvoir des mesures favorisant un mode de vie sain par le biais de politiques sur l'utilisation du sol » (politique 4.2.3 de la stratégie de croissance régionale du Grand Vancouver). Nous travaillons actuellement avec Grand Vancouver à définir des projets de politiques auxquels nous collaborerons.

Deuxièmement, le PCO du district Vancouver Nord a été adopté en 2011. Nous pouvons attribuer certains changements politiques à notre contribution, par exemple l'inclusion de politiques liées à l'accès aux aliments et à leur disponibilité. Selon des employés municipaux, le support de VCH pour plusieurs politiques en matière d'environnement bâti a été instrumental; si VCH n'était pas un fervent défenseur des politiques progressistes pour des quartiers centraux connectés et le transport actif, il est fort possible que ces politiques aient été diluées dans le plan. En outre, il a été reconnu que le soutien de VCH et sa participation aux services sociaux et communautaires avec le district (dans le processus de PCO et dans beaucoup d'autres tables de planification dans la communauté) ont contribué aux politiques de développement social du PCO. Nous travaillons actuellement avec le district de Vancouver Nord à la mise en œuvre du PCO, en particulier en ce qui a trait aux politiques à l'échelle des quartiers.

Dans les deux cas cités ci-dessus, notre relation se poursuit après l'adoption du plan, et notre rôle dans la mise en œuvre de ces plans est essentiel.

Question 9 :

Vous mettez l'accent sur la collaboration avec d'autres acteurs dans votre travail. Ce mode de participation nécessite que, tout en essayant de changer certains autres aspects, vous acceptiez les principes de base de leurs politiques et de leurs pratiques. Par exemple, vous pourriez devoir accepter que la politique de croissance régionale prévoie une augmentation importante de la capacité routière et des développements résidentiels dispersés à faible densité de population – alors que la solution idéale, pour plusieurs enjeux de santé, pourrait être assez différente. Pourriez-vous évaluer les avantages et les inconvénients de la collaboration et d'un mode de participation différent – et parfois qualifié de conflictuel – de celui que nous voyons souvent en santé publique, dans des dossiers comme la lutte contre le tabagisme?

Comme les autorités de santé n'ont aucun pouvoir législatif en ce qui concerne la majorité des éléments de l'EBFS, la collaboration est certainement notre meilleure option pour faire avancer nos objectifs!

Nous avons constaté que notre approche collaborative n'a pas limité notre influence ni notre progrès. Nous avons commenté, avec une perspective de santé, divers aspects de plusieurs plans, y compris la stratégie de croissance régionale. Ces commentaires ont porté sur les aspects qui nous plaisaient et sur ceux qui pouvaient, selon nous, être améliorés. Nous n'avons pas senti que nous devions nous abstenir de commenter les politiques et les orientations que nous ne pouvions soutenir du point de vue de la santé. Nous ne pouvions cautionner les propositions de politiques et de plans qui n'étaient pas sensés dans une perspective de santé, mais nous n'avions pas non plus de contrôle sur eux.

Dans les cas où nous n'étions pas favorables aux orientations politiques proposées, nous tentions de faire connaître nos préoccupations au début du processus de planification. Nous croyons qu'il est nettement plus efficace d'apporter notre contribution et de faire un plaidoyer auprès des employés lorsque la politique est encore en cours d'élaboration et de continuer à participer tout au long du processus, au lieu d'attendre à la fin du processus de planification (p. ex., lors d'une audience publique) pour intervenir avec une approche conflictuelle et antagoniste qui permet difficilement d'atteindre nos buts et risque de nuire à terme aux relations.

Le domaine de l'EBFS est un nouveau secteur pour nous. Les gouvernements locaux font ce travail depuis longtemps. Nous sommes conscients qu'essayer d'être trop normatifs limitera nos relations. À mesure que nous en apprenons davantage sur le domaine, sur les approches qui fonctionnent, et que d'autres données deviennent disponibles, nous pourrons augmenter l'intensité de nos assertions.

Nous considérons que les professionnels des gouvernements locaux (p. ex., les urbanistes) voient d'emblée l'alignement des objectifs de la santé publique et des politiques en matière de développement durable. Les représentants élus avec lesquels nous avons travaillé appuient une perspective de santé pour aborder des enjeux de politiques. Si la communauté

(l'électorat) est informée et consciente des bienfaits pour la santé de certaines orientations politiques, ses efforts de plaidoyer ne pourront qu'accroître l'intérêt des représentants élus et donner lieu à des votes pour des politiques favorables à la santé. C'est pourquoi il est important d'inclure l'éducation et la sensibilisation dans nos projets sur l'EBFS.

Question 10 :

Pouvez-vous indiquer certains « domaines politiques » (p. ex., politiques alimentaires) ou « sous-domaines » (p. ex., agriculture urbaine) qui, selon vous, ont été ou seront plus faciles à influencer dans un avenir proche et dans lesquels vous voyez à court terme des bienfaits importants pour la santé des populations? Et pour quelle raison?

Nous accordons de l'attention au transport (en particulier au transport actif). L'établissement d'un lien entre l'utilisation du sol et la planification du transport afin de faciliter les modes actifs, ainsi qu'un investissement bien pensé dans les infrastructures de transport actif, est bénéfique tant pour la santé publique que pour les gouvernements locaux. Les objectifs de santé publique sont atteints lorsque les résidents font de l'exercice par le biais du transport actif, lequel est facilité par une infrastructure de transport confortable, sécuritaire et pratique; et les objectifs de durabilité locale sont atteints lorsque les résidents choisissent des modes de transport actif au lieu d'utiliser leur véhicule. Nous travaillons actuellement avec TransLink (autorité régionale des transports) afin de parfaire nos outils et nos connaissances dans ce domaine. Le rôle de la santé dans le transport est soutenu par un ensemble de données qui associent les quartiers où il est facile et agréable de se déplacer à pied (et à vélo et en transport collectif) à de meilleurs résultats en matière de santé. Les décisions et les investissements de la municipalité en matière de transport ont beaucoup d'influence sur l'environnement bâti et les états de santé. Cependant, il est important de savoir que le principal investissement dans les infrastructures de transport vient des paliers supérieurs de gouvernement et non des gouvernements locaux. Par conséquent, il est important de comprendre que notre travail sur le transport doit bien cibler les échelles locale, régionale, provinciale et fédérale.

La sécurité alimentaire et l'agriculture urbaine sont un autre domaine dans lequel il faudra s'impliquer et collaborer avec les acteurs concernés. L'intérêt de la santé publique à voir des politiques et des investissements à l'échelle locale dans ce domaine concorde avec l'intérêt marqué du public. Pour les gouvernements municipaux, il s'agit d'un secteur politique émergent, dans lequel de meilleures pratiques sont mises en place. Pour les acteurs de santé publique, le moment est bien choisi pour présenter les données probantes disponibles et les objectifs en matière de santé publique, afin d'aider à renforcer les arguments en faveur d'un leadership local et d'une action soutenue.

2 VANCOUVER ISLAND HEALTH AUTHORITY

Question 1 :

De quelle façon et pour quelle raison le personnel de la Vancouver Island Health Authority (VIHA) s'est-il attardé aux politiques informant l'environnement bâti, et comment les travaux relatifs à ces politiques sont-ils organisés à l'heure actuelle (lien avec l'administration municipale/régionale, ressources consacrées à ces travaux, place occupée dans la structure organisationnelle, soutien de la haute direction, rôle de l'initiative COALITION dans cet effort)?

De façon générale, la programmation de santé publique de la VIHA est guidée par les Programmes essentiels du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique en matière d'amélioration de la santé et en santé environnementale.

Sur le plan de la structure, le Population and Public Health Observatory (Observatoire de la santé des populations et de la santé publique) de la VIHA avait comme rôle d'étudier les questions liées à la santé des populations (y compris l'environnement bâti favorable à la santé [EBFS]) qui nous touchent à l'échelle locale, provinciale et nationale. Ce rôle est désormais imparti au secteur de la santé publique et aux médecins hygiénistes. Le médecin hygiéniste de la VIHA supervise un large éventail d'initiatives visant à promouvoir et à protéger la santé publique et la santé des populations, y compris l'EBFS. Le médecin hygiéniste en chef a activement plaidé en faveur d'EBFS et les médecins hygiénistes ont également joué un rôle consultatif dans la formulation des projets sur l'EBFS.

Les employés de la VIHA qui participent aux récents projets sur l'EBFS comprennent le médecin hygiéniste en chef, des professionnels en santé publique, en santé environnementale, en planification et engagement communautaire, ainsi que d'autres employés. Le personnel de la VIHA entreprend des projets sur l'EBFS en fonction des domaines d'expertise de chacun : analyse des politiques, santé environnementale et qualité de l'air, engagement communautaire, etc.[4]

L'initiative COALITION permet à l'équipe de la VIHA de travailler sur le projet de l'EBFS en soutenant son expertise en santé et en engagement communautaire en lien avec la planification et le développement communautaire.

[4] Liens vers les organigrammes pertinents : http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/2D294ECF-1559-4956-B3D1-5F6514BE64D5/0/15_public_health.pdf et http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/2CF71469-EFFE-4C68-A1B8-5529114DA814/0/11_planning.pdf (en anglais seulement).

Question 2 :

Sur quelles politiques avez-vous mis l'accent et quelle est la logique qui sous-tend vos choix? Par exemple, avez-vous fait des choix en fonction de fenêtres d'opportunités, des impacts potentiels des politiques sur la santé des populations, de besoins d'améliorer des résultats spécifiques en matière de santé ou en fonction d'autres facteurs?

Les domaines d'intérêt de la VIHA en ce qui a trait à l'EBFS proviennent en partie des Programmes essentiels du ministère de la Santé et reposent sur ceux-ci, en partie sur les préoccupations soulevées par les communautés desservies par VIHA, et en partie sur des fenêtres d'opportunités :

- Un projet a profité de la construction d'un nouvel hôpital pour étudier comment les principes d'EBFS peuvent être intégrés dans les établissements de santé, et les succès et les défis liés à cette intégration.
- Un autre projet a évalué la qualité de l'air d'un quartier de la région touché par des problèmes liés au transport aérien, terrestre et maritime. Ce projet a été entrepris à la suite de la demande d'aide du quartier auprès de la VIHA.
- La VIHA a examiné la stratégie de durabilité régionale du Capital Regional District et a formulé des commentaires sur celle-ci, profitant de la rédaction du document pour favoriser des résultats positifs à long terme en matière de santé dans les régions les plus peuplées de la VIHA.

La VIHA est membre de la Healthy Built Environment Alliance (Alliance pour un environnement bâti favorable à la santé) et met à contribution le vaste éventail de parties prenantes au sein de ce groupe pour définir de nouvelles politiques et de nouveaux outils potentiels.

La VIHA a joué un rôle de leader afin de réunir divers groupes et organisations en vue d'acquérir des connaissances et d'agir sur les questions de qualité de l'air, dans le but d'améliorer la coordination et les efforts pour une meilleure santé et une meilleure qualité de l'air. Ce besoin a été déterminé par les planificateurs communautaires. Voici des exemples de deux projets récents : 1) la tenue d'un atelier de sensibilisation sur la qualité de l'air à l'échelle régionale. Cette rencontre a permis de mettre en commun les connaissances de chacun et de les transmettre aux responsables locaux de l'élaboration des politiques, en plus de donner l'occasion de discuter des implications pratiques; et 2) la coordination et l'avancement des travaux d'un groupe multipartite sur les questions relatives à la qualité de l'air à l'échelle régionale.

Question 3 :

Selon vous, quels sous-groupes de la population sont les plus touchés par les politiques que vous essayez de changer, et de quelle manière sont-ils touchés?

Il vaut peut-être mieux examiner cette question au moyen de quelques exemples. D'abord, un exemple de projet sur la qualité de l'air. La VIHA collabore avec d'autres organisations et d'autres communautés à des initiatives visant à améliorer la qualité de l'air à l'échelle locale.

En appuyant le travail à l'échelle de la communauté/du quartier, la VIHA joue un rôle dans la résolution des problèmes de santé environnementale des résidents qui font face à un fardeau particulièrement lourd en raison de leur lieu de résidence ou de leur état de santé. La VIHA prête des appareils de surveillance de la qualité de l'air aux communautés et aux gouvernements locaux pour surveiller les conditions dans la communauté/le quartier. Les données recueillies sont souvent utilisées par les communautés et les groupes locaux pour plaider en faveur de modifications aux sources à l'origine de la mauvaise qualité de l'air et à la réglementation entourant la qualité de l'air en général.

Les jeunes enfants, les gens âgés, les personnes atteintes d'asthme et les personnes déjà atteintes de maladies sont souvent ceux qui souffrent le plus de la mauvaise qualité de l'air. En outre, ces dernières années, la VIHA a offert son aide (grâce à la recherche, etc.) à une association de quartier dont les résidents assument collectivement un « fardeau » disproportionnellement élevé des impacts sur la santé en raison du transport terrestre, aérien et maritime. Ces résidents recommandent un changement de réglementation et une surveillance de la qualité de l'air.

Notre deuxième exemple est tiré de notre récent projet sur la façon de créer des établissements médicaux plus favorables à la santé pour les utilisateurs et le quartier. Nous avons principalement posé les questions suivantes : « Quels processus et quelles caractéristiques de conception permettront la création d'établissements médicaux plus favorables à la santé? » et « Comment l'installation peut-elle avoir une incidence positive sur la santé de divers sous-groupes de la population — y compris les patients, le personnel et les résidents des quartiers avoisinants? » Dans le cas des patients (parmi les plus vulnérables), une installation médicale favorable à la santé soutient la guérison et le mieux-être (p. ex., le contrôle des infections, l'accès à la nature, les dispositifs de sécurité). Pour le personnel et les visiteurs de l'établissement, l'effet recherché pour ce qui est de la conception de l'établissement est de maintenir le bien-être et de faciliter les choix favorables à la santé (p. ex., diminuer le stress physique et émotionnel, créer des possibilités de transport actif, encourager l'exercice physique). En ce qui concerne le voisinage, l'effet voulu est de diminuer le fardeau de l'établissement sur la santé (circulation, pollution lumineuse et sonore, etc.) et de maximiser les avantages (espaces verts, installations *in situ*, services dérivés pour les quartiers avoisinants, etc.).

Question 4 :

Vous avez mentionné que l'initiative COALITION permettait à la VIHA de renforcer son expertise. Pourriez-vous donner plus de détails sur l'expertise que vous cherchiez ou cherchez à renforcer et expliquer comment cela permettrait à votre organisation de changer les politiques auxquelles vous avez fait référence?

Nous avons essayé de renforcer et de développer notre expertise sur des projets et de la recherche portant sur la collaboration communautaire et l'environnement bâti. Nous sommes conscients que la VIHA ne peut pas et ne doit pas s'imposer ni imposer de « modèle médical », particulièrement en matière d'EBFS. Nous sommes plutôt des partenaires d'autres acteurs dans la communauté qui font déjà ce travail. Nous devons donc renforcer ces relations, faire état de la recherche et présenter des suggestions concrètes pour susciter

les changements que nous visons pour des communautés plus en santé. Voici quelques exemples pour illustrer nos propos.

Au début du projet COALITION, l'équipe de la VIHA a effectué un exercice de remue-méninges afin d'établir des listes de projets. Plutôt que d'imposer une façon de procéder, nous avons invité à une table ronde un groupe d'urbanistes et de professionnels en environnement bâti de notre région. Cette rencontre visait à recueillir des commentaires sur nos idées, à valider celles que nous devions réaliser et à discuter avec les participants de la façon dont nous pouvions les aider dans leur travail pour créer des environnements bâtis plus favorables à la santé. Les commentaires que nous avons reçus ont contribué à établir et à définir notre objectif en matière de qualité de l'air.

On demande souvent au personnel de la VIHA de contribuer aux plans et aux efforts municipaux et régionaux. Grâce à la recherche et aux connaissances acquises sur l'environnement bâti dans le cadre de COALITION, nous sommes en mesure de présenter des données et de formuler des suggestions concrètes aux gouvernements locaux ou aux groupes communautaires. Les urbanistes au sein de ces groupes ont indiqué qu'ils reconnaissent déjà la nécessité d'utiliser des pratiques pour assurer des EBFS. Ce dont ils ont besoin de la part des autorités de santé, ce sont des lignes directrices et des politiques fondées sur des données probantes.

Question 5 :

Selon vous, qu'est-ce qui a été efficace dans vos efforts liés à l'initiative COALITION et qu'est-ce qui ne l'a pas été, et pour quelles raisons?

Pour répondre à cette question, nous pouvons examiner quelques-uns des résultats anticipés du projet COALITION, résultats que nous pensions pouvoir atteindre dans un délai d'environ cinq ans :

- Des relations sont établies avec les partenaires de la VIHA.
- La communauté participe de façon positive aux processus de planification.
- Des partenariats sont établis avec le personnel municipal et régional qui travaille à la gestion de la qualité de l'air, y compris l'élaboration d'un cadre de référence en matière de collaboration qui pourrait être transférable à d'autres municipalités.
- Des formations et des outils ont été développés, avec pour effet d'accroître la sensibilisation et l'engagement quant à la prise en compte d'une meilleure qualité de l'air dans les processus de planification.

Nos projets dans le cadre de l'initiative COALITION nous ont permis d'examiner nos relations et nos rôles au sein des partenariats communautaires. Dans le cadre des projets Healthy Health Facility (Établissement médical favorable à la santé) et James Bay, nous avons pris contact avec des associations de quartier avec lesquelles nous avions travaillé au cours des dernières années et nous leur avons posé des questions sur les projets/processus auxquels nous avions collaboré. Cela nous a permis d'examiner nos forces, les aspects que nous pouvions améliorer et l'application générale/la transférabilité à d'autres projets de la VIHA.

L'initiative COALITION a également aidé la VIHA à jouer un rôle proactif dans les partenariats avec d'autres organisations. Le mandat du Capital Regional District a été modifié de manière à ce que son personnel ne puisse plus orchestrer le groupe de travail multipartite sur la qualité de l'air. Les fonds attribués à COALITION nous ont fourni les ressources nécessaires pour reformer ce groupe et établir un nouveau mandat, une liste de membres et un plan de travail pour nous donner une orientation commune.

L'initiative COALITION nous a aussi permis d'améliorer continuellement la communication avec d'autres partenaires (urbanistes municipaux, etc.) et d'établir quelques nouvelles relations qui nous aideront dans nos travaux futurs. Par exemple, nous avons consulté des urbanistes au début de nos projets de COALITION et nous pourrions reprendre contact avec eux. Nous avons travaillé avec le personnel du Capital Regional District et nous avons communiqué de nouveau avec des employés municipaux et régionaux au sujet de travaux sur la qualité de l'air.

Les aspects les moins efficaces jusqu'à présent seraient le lien et le transfert des connaissances entre les projets de COALITION. Nous n'avons pas été en mesure de mettre à contribution les projets et les apprentissages des autres membres de COALITION. D'autre part, nous venons à peine de terminer nos propres projets et n'avons pas encore eu la chance d'en partager les enseignements.

Question 6 :

Avez-vous été surpris (agréablement ou non) de l'incidence de certains de vos efforts?

Au début du projet COALITION (au printemps 2010), nous avons demandé à des urbanistes de la région s'ils souhaitaient nous rencontrer pour discuter des projets et des travaux sur l'EBFS. Nous avons eu un taux de réponse très élevé et avons été heureux de leur réaction et de leur intérêt. Nous avions déjà établi des relations avec certains de ces urbanistes et de ces municipalités et nous avons été ravis de leur ouverture et de leur intérêt à participer à ces rencontres.

Bien que cela ne soit pas le résultat de nos efforts, nous avons été surpris par le message très clair des urbanistes lors de cette journée : ils ont tous compris les avantages de l'EBFS et de l'intégration des principes d'EBFS dans la politique municipale et n'avaient pas besoin de plus d'information sur le sujet. Ils avaient plutôt besoin d'un soutien de la part des autorités de santé pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques.

Dans le cadre de deux de nos projets, nous avons pris contact avec des groupes locaux avec lesquels nous avions travaillé récemment. Nous avons été soulagés de constater que ces groupes étaient ouverts à participer à ces projets, malgré le peu de temps dont disposent les bénévoles et malgré les relations parfois mouvementées avec la VIHA. Nous avons été plus reconnaissants que surpris de l'ouverture et de la franchise de leurs représentants dans ces projets.

Nous espérions qu'il y aurait plus de possibilités d'échange de connaissances avec les autres partenaires tout au long du projet COALITION. Maintenant que les projets sont réalisés, nous avons hâte d'obtenir plus d'information sur leurs résultats et de communiquer les nôtres.

Question 7 :

En ce qui a trait aux questions et aux enjeux politiques, examinons en particulier le projet de votre établissement de santé, qui est très intéressant. En effet, en santé publique, on tend à considérer certaines politiques publiques, par exemple les politiques sur le transport, comme étant exclusivement hors du domaine de la santé. On dit par conséquent que le secteur de la santé publique peut uniquement agir sur les déterminants de la santé de manière intersectorielle, c'est-à-dire entre ministères. Cependant, votre projet met en lumière une autre vision de la chose : la prestation des soins de santé organise manifestement d'autres dimensions de la vie sociale que les services de santé et, par conséquent, la santé publique devrait considérer le système de santé lui-même comme un important contributeur aux caractéristiques de l'environnement bâti qui semblent favoriser la mauvaise santé. Pourriez-vous nous décrire les politiques relatives aux établissements de santé que vous avez revues afin de rendre l'établissement en question plus favorable à la santé?

En 2010-2011, nous avons profité de la construction d'un nouveau bâtiment d'un hôpital de la VIHA pour examiner les pratiques en matière d'EBFS dans les établissements de santé en général. Un aspect fondamental de ce rapport consistait à examiner les pratiques en matière d'EBFS dans le nouveau bâtiment de la VIHA – le Patient Care Centre (PCC) de l'hôpital Royal Jubilee. La conception et la construction de ce nouveau bâtiment en font un chef de file en matière d'EBFS. Il s'agit en effet du premier établissement de santé de cette superficie à gagner une certification LEED Or au Canada, ce qui en fait une excellente étude de cas.

Le segment du rapport sur le PCC est structuré comme une revue qualitative des opinions des participants sur les réussites et les difficultés liées à la mise en place des éléments d'EBFS dans un établissement de santé. Nous avons interrogé des personnes clés issues d'un large éventail de domaines professionnels et qui ont participé au projet. Parmi elles, le responsable du projet et les membres de l'équipe de la gestion de la demande en transport (GDT)/stationnement de notre autorité de santé, les membres de l'association de quartier locale qui a participé au processus, l'architecte, les urbanistes de la ville, etc.

Nous avons constaté que les urbanistes étaient sensibles à l'EBFS et étaient en mesure de l'intégrer dans les établissements de santé. Le bâtiment lui-même comporte de nombreux éléments visant à améliorer la santé des patients, du personnel et des visiteurs, comme des chambres individuelles pour réduire la propagation des infections, des carreaux d'insonorisation, des pièces d'eau, des promenades, etc. Ces éléments sont tous sous le contrôle direct de la VIHA et de l'équipe de conception.

Notre série d'entrevues nous a permis de comprendre comment les éléments de l'EBFS, qui se trouvent en dehors de la gestion directe de l'autorité de santé, ont été intégrés dans ce projet. Le plus important de ces éléments a été l'ajout d'un nouveau circuit de transport

collectif. Ce circuit a été ajouté à la suite d'une étude des caractéristiques d'achalandage et des lignes de transport collectif. Cette étude a mené à la conclusion qu'aucun circuit n'était facilement accessible pour les personnes en provenance d'un secteur populeux de la ville. Un circuit pilote a été mis en place, en collaboration avec BC Transit, pour desservir cette population. Le circuit est encore soumis à une évaluation de suivi du niveau d'achalandage; actuellement, le niveau est modéré.

Un autre exemple de mise en place de nouvelles politiques pour favoriser la santé, soulevé dans les entrevues, a été l'élaboration du plan directeur pour le campus hospitalier. Ce processus de planification a été entrepris à la demande insistante de l'association de quartier locale. Celle-ci voulait y introduire des principes pour orienter les prochains exercices de planification du site afin de garantir l'adoption de concepts comme ceux d'espace vert et de perméabilité, lesquels sont bénéfiques aux patients et au personnel, mais également aux résidents locaux.

La circulation automobile et le stationnement à l'hôpital peuvent certainement constituer un enjeu chaud en raison des impacts de la pollution, du bruit et des désagréments sur les résidents de la région. La VIHA a la chance d'avoir un coordonnateur et une équipe de GDT/stationnement pour se pencher sur ces questions et trouver des solutions à long terme. Le PCC et le plan directeur du campus ont été guidés par une stratégie de GDT dans le cadre du processus du plan directeur du campus. La stratégie de GDT comprenait des examens des modes de transport existants et des données de référence, ainsi qu'un engagement à surveiller les résultats des stratégies de transport et à en faire rapport à la Ville de Victoria dans les années à venir. En ce qui concerne le stationnement, la VIHA a procédé à un examen approfondi des modes de transport et des comportements liés au transport. Les plans de l'établissement et du campus comprennent des aménagements améliorés pour le vélo, parce que cette opportunité a été identifiée par le personnel de l'hôpital dans le questionnaire sur la GDT. La stratégie globale de GDT a dégagé des mesures prioritaires telles que le nouveau circuit de transport collectif (mentionné ci-dessus) et d'importantes mesures pour inciter les employés à utiliser le transport collectif, comme des subventions pour les cartes d'abonnement. Le plan directeur indique la transition possible, à l'avenir, vers des structures de stationnement verticales plutôt que des grands terrains de stationnement. La stratégie de GDT comprend des mesures visant à décourager le personnel de se rendre au travail en auto, comme l'augmentation des frais de stationnement. Elle comprend également des mesures incitatives telles que des programmes de stationnement incitatif et de covoiturage, des navettes pour les employés et des subventions pour le transport collectif. Les plans de l'établissement et du campus privilégient un système de signalisation des directions, des sentiers et des rues piétonnières sur le campus. Une plus grande priorité est accordée à l'échelle humaine et à l'environnement pédestre.

Le rapport a souligné que pour maximiser les avantages de l'intégration des éléments d'EBFS dans un établissement de santé, la planification et la création du nouvel établissement doivent mettre à contribution un éventail de parties prenantes. Comme de nombreux éléments d'EBFS ne relèvent pas directement de l'autorité de santé, ils doivent être réalisés dans le cadre de partenariats.

À plus petite échelle, il ne faut pas oublier que les installations favorables à la santé ne concernent pas uniquement les nouveaux bâtiments et les grands projets. Beaucoup de projets opérationnels peuvent être entrepris pour rendre les établissements existants plus sains : programmes de gestion de la demande en transport, réaménagements structuraux, jardins communautaires, etc.

Les livrables des projets de COALITION étant communiqués aux partenaires et aux autres professionnels, nous nous réjouissons du fait que nos pairs prendront connaissance de notre rapport et de nos apprentissages. Nous serions heureux de partager ce que nous avons appris, puisque beaucoup de ces enseignements sont transférables. Nous trouverions intéressant et encourageant d'écouter les autres autorités de santé qui ont mis en œuvre avec succès des politiques favorisant des établissements de santé sains au sein de leurs organisations.

Question 8 :

Vous mentionnez la question de la superficie de l'hôpital. Les plus gros établissements de soins de santé sont souvent – même si ce n'est pas toujours le cas – des établissements situés à la limite de secteurs très développés, et il est souvent difficile pour les patients et le personnel de se rendre à l'hôpital autrement qu'en auto. Cet effet peut être d'autant plus important si l'établissement remplace un petit hôpital ou une série de petits hôpitaux. La superficie/l'emplacement de cet établissement est-il un aspect dont il a fallu tenir compte – ou aurait-il pu l'être? Est-il également possible que la VIHA considère ou puisse considérer cet aspect comme une question stratégique?

Le campus de l'hôpital Royal Jubilee à Victoria (20 acres) a été acheté dans les années 1850, et l'aménagement des installations à cet emplacement date de la même période. Le tissu urbain et le voisinage de l'hôpital Royal Jubilee ont évolué au fil des ans. Comme il est précisé dans la réponse à la question précédente, des stratégies de GDT visant à remplacer l'auto par le vélo, le transport collectif, le covoiturage, etc. sont étudiées et mises en œuvres activement. Le succès des stratégies de GDT est dû en grande partie à l'emplacement de l'établissement dans la ville de Victoria : il existe déjà des systèmes de transport collectif et des pistes cyclables dans la ville et la région.

Comme le campus du Royal Jubilee ajoute progressivement des bâtiments (selon les lignes directrices relatives à l'implantation et à la conception du plan directeur du campus) dans un secteur restreint, cela nous incite fortement à rendre ce site le plus efficient possible. Un terrain de stationnement n'est pas une utilisation efficiente de l'espace limité disponible sur le campus, alors nous comptons sur les stratégies de GDT pour décourager le stationnement sur place. Nous devons en outre concevoir le stationnement pour qu'il réponde aux besoins et soit le plus efficient possible.

La superficie des bâtiments ne représentait pas un problème, quoique la hauteur ait soulevé des préoccupations quant à l'assombrissement des terrains résidentiels. La planification dans les zones urbaines fortement peuplées nécessite de la souplesse et, dans certains cas, des solutions provisoires moins populaires doivent être adoptées pour atteindre un résultat final plus satisfaisant. Pensons par exemple à un terrain de stationnement qui limite l'espace

vert et nécessite un éclairage nocturne pour permettre ultérieurement une aire de stationnement plus compacte.

La planification de la GDT est intégrée dans la planification des nouveaux établissements de la VIHA. L'importance qui peut être accordée à cet aspect varie en fonction des circonstances et de la superficie de l'établissement. À certains endroits, il n'y a aucune option viable pour un site plus central (et mieux adapté aux vélos/piétons) pour une variété de raisons, y compris la disponibilité des terrains et le zonage. Au bout du compte, la planification de la GDT est l'un des nombreux aspects qui doivent être pris en compte pour déterminer l'emplacement de nouveaux établissements.

3 FRASER HEALTH AUTHORITY

Question 1 :

Comment et pour quelles raisons le personnel de Fraser Health (FH) s'est-il attardé aux politiques informant l'environnement bâti, et comment les travaux relatifs à ces politiques sont-ils organisés à l'heure actuelle (lien avec l'administration municipale/régionale, ressources consacrées à ces travaux, place occupée dans la structure organisationnelle, soutien de la haute direction, rôle de l'initiative COALITION dans cet effort)?

L'initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé de FH a été mise de l'avant par notre président-directeur général, le D[r] Nigel Murray. Cette initiative est née de la volonté de trouver des moyens de travailler avec les gouvernements locaux sur les questions de santé publique dans les communautés, et ce, au-delà du cadre des services de santé. Les activités et les relations passées entre le secteur de la santé et les communautés n'étaient pas suffisamment structurées pour entraîner des changements significatifs. Le travail sur l'environnement bâti était devenu une stratégie parmi d'autres pour traduire notre vision quant à l'amélioration de la santé.

Les changements organisationnels mis en œuvre pour s'aligner sur le modèle de l'initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé ont débuté avant que le travail sur l'environnement bâti ne devienne une priorité. Puisque des travaux sur l'environnement bâti favorable à la santé (EBFS) étaient menés au niveau provincial à travers la Healthy Built Environment Alliance (Alliance pour un environnement bâti favorable à la santé), le ministère de la Santé et notre direction n'ont pas pu prendre beaucoup d'initiatives en la matière.

Dans le cadre du modèle Partenariats pour des communautés en meilleure santé, le directeur général, les médecins hygiénistes et les spécialistes en santé communautaire travaillent à soutenir les communautés de notre région dans leurs activités de promotion de la santé. L'équipe chargée de la promotion d'un mode de vie sain réunit des spécialistes en matière de lutte contre le tabagisme, d'alimentation saine, de sécurité alimentaire, d'activité physique, d'environnement bâti et de politiques favorables à la santé. L'équipe, en collaboration avec les municipalités et les groupes communautaires, intervient auprès des citoyens et des quartiers vulnérables, et contribue à améliorer la santé de la communauté à travers des initiatives favorisant un mode de vie sain, avec l'objectif de réduire le taux de maladies chroniques.

Un spécialiste en vie communautaire (un équivalent temps plein) dirige le dossier et le programme sur l'EBFS avec le soutien d'un gestionnaire ou d'un superviseur. Le spécialiste en santé communautaire oriente et soutient les stratégies sélectionnées pour chaque communauté, et travaille en étroite collaboration avec un directeur général qui gère les travaux avec chacune des municipalités. Il est également envisagé d'allouer des ressources et du personnel additionnels pour travailler sur l'environnement bâti et de définir les responsabilités de ce personnel au sein des départements de protection de la santé, de santé mentale et de toxicomanie de FH.

Lorsque FH a défini les priorités de son initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé, le lien avec l'initiative COALITION était déjà établi. Le soutien de COALITION a facilité l'intégration du travail sur l'EBFS dans ces priorités. La participation de FH à cette initiative a permis d'établir un lien avec les nouvelles pratiques et les recherches provenant d'autres autorités de santé et d'autorités chargées de la planification dans le pays, et de collaborer avec celles-ci. Dans le cadre de cette initiative, FH a également bénéficié des services d'une spécialiste en planification urbaine pour travailler à deux aspects essentiels du projet d'aménagement de l'EBFS : collaborer avec des municipalités sur des projets pertinents d'élaboration de politiques et de planification, et développer des capacités et des ressources.

Question 2 :

Sur quelles politiques avez-vous mis l'accent et quelle est la logique qui sous-tend vos choix? Par exemple, avez-vous fait des choix en fonction des fenêtres d'opportunités, des impacts potentiels des politiques sur la santé des populations, de besoins reliés à l'amélioration de résultats précis en matière de santé ou en fonction d'autres facteurs?

L'initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé met en œuvre des stratégies visant à favoriser l'EBFS dans trois secteurs clés :

1. les plans communautaires officiels (PCO) (une priorité secondaire fut aussi accordée aux plans de quartier);
2. l'accès aux parcs, aux espaces récréatifs et aux espaces verts, plus particulièrement pour les enfants;
3. l'éducation et la sensibilisation aux EBFS.

Les mesures précises énumérées dans les stratégies globales ont été définies en fonction de la qualité des données probantes, des priorités des autorités de santé et des secteurs où les municipalités avaient besoin de clarifications (p. ex., davantage d'information sur les inégalités).

Les raisons à l'origine du choix de ces trois secteurs sont les suivantes :

1. PCO. Il nous est apparu pertinent de commencer par concentrer nos efforts sur les PCO dans la mesure où ils représentent le plus haut niveau auquel nous pouvons, en tant qu'autorité de santé, influer sur les orientations politiques des municipalités en matière d'EBFS. Des discussions plus approfondies doivent avoir lieu avec le gouvernement provincial. Au regard des concepts et des composantes de l'EBFS, le PCO s'est avéré être un outil ou une activité susceptible de nous aider à atteindre nos objectifs de promotion de la santé et de réduction du taux de maladies chroniques. Le PCO est également une activité mise en œuvre dans toutes nos municipalités. Elle nous permet d'essayer des techniques et des activités qui s'appuient sur des relations existantes et de tester différentes façons de travailler avec les gouvernements locaux. FH n'a pas toujours emprunté l'approche la plus cohérente et la plus coordonnée dans ce domaine.

2. Accès aux parcs, aux espaces récréatifs et aux espaces verts, plus particulièrement pour les enfants. Cet accès est considéré comme une composante prioritaire dans les communautés desservies par FH et, selon des données probantes, cet aspect semble prometteur. La santé des enfants s'est en effet détériorée en raison de l'obésité et de l'inactivité, et nous devons renverser cette tendance afin de réduire les taux de maladies chroniques.
3. Éducation et sensibilisation aux EBFS. Pour établir les partenariats avec les municipalités, il fallait passer d'une compréhension générale et d'un accord commun quant à l'importance de la santé de notre environnement bâti à la mise en œuvre de stratégies efficaces afin de provoquer des changements. Les politiques relatives à l'EBFS doivent s'appuyer sur des données probantes. Cette information doit être diffusée à l'ensemble de la communauté afin de la sensibiliser à l'importance non seulement des choix comportementaux individuels, mais aussi du rôle que joue l'environnement sur la santé.

Question 3 :

Les politiques qui informent l'environnement bâti sont liées de multiples façons aux inégalités sociales et aux inégalités de santé, lesquelles ne se définissent pas seulement en termes de revenu ou de situation socio-économique, mais aussi en termes d'appartenance ethnique, de sexe, de mode de transport (p. ex., les cyclistes ou les usagers de la route vulnérables), etc. Comment les inégalités de santé sont-elles prises en compte dans vos travaux?

L'équité est un des fondements des travaux de FH et des partenariats avec les communautés. C'est un principe clé sur lequel reposent les programmes provinciaux de base de la Colombie-Britannique en matière de santé ainsi que les travaux de l'initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé. Le principe d'équité sous-tend toutes nos activités!

L'équité est également une priorité dans nos travaux sur l'EBFS. Certaines municipalités nous ont demandé des clarifications et de l'aide afin d'intégrer ce langage dans le travail qu'elles réalisent. Nous disposons aussi de données probantes : certains groupes vivent dans des quartiers plus pauvres, supportent un fardeau de maladies plus lourd et ont moins de possibilités de s'engager dans la vie civique. Nous ne disposons toutefois pas d'autant de données sur l'incidence des environnements bâtis sur des groupes ethniques spécifiques.

Dans le cadre des processus de planification communautaire, nous plaidons en faveur de l'élaboration d'objectifs politiques spécifiques et de mesures favorisant l'inclusion (telles que l'aménagement de quartiers ou de villes de petite taille qui favorisent l'interaction sociale, l'inclusion et l'identité locale) et soutenons l'aménagement d'espaces publics universellement accessibles et inclusifs. FH a mis au point un « outil » d'équité en santé pour soutenir notre travail.

Notre participation à la planification des quartiers nous permet de soulever certaines préoccupations concernant les inégalités qui pourraient être aggravées par des conséquences inattendues de certaines décisions politiques. Par exemple, si un plan prévoit une haute densité de maisons à proximité d'un couloir de circulation hautement utilisé, nous

pouvons reconnaître que cet emplacement pourrait permettre d'offrir à la population un accès à diverses options de transport collectif, tout en soulignant certains aspects négatifs tels que l'exposition des résidents à la pollution de l'air, le risque de blessures reliées à la circulation automobile ainsi que l'accès plus difficile aux services de proximité. Nous pouvons ainsi proposer des solutions de rechange en matière de planification et d'aménagement du territoire.

Une perspective d'équité s'avère utile dans le cadre des efforts de plaidoyer en faveur d'une amélioration de l'infrastructure en transports actifs, notamment en ce qui a trait aux corridors scolaires sécuritaires, aux quartiers dotés d'infrastructures qui permettent aux personnes âgées de vieillir sur place et aux quartiers qui présentent un minimum d'obstacles pour les personnes handicapées. Nous nous appuyons sur un ensemble de données probantes qui montrent comment la sécurité des quartiers, l'infrastructure, le paysage urbain et le design de l'environnement communautaire influent sur la pratique d'activités physiques et le taux de blessures. Nous espérons qu'en fournissant des données probantes et en apportant notre soutien aux décideurs politiques, nous inciterons ces derniers à effectuer des investissements et à prendre des décisions qui contribueront à améliorer la santé des communautés.

Les plans d'action communautaire de FH sont élaborés en collaboration avec les municipalités. Un des aspects clés consiste à cibler plus particulièrement les quartiers et les citoyens vulnérables, c'est-à-dire les personnes âgées, les jeunes à risque, les personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes de toxicomanie. Le but est d'aider la population à être en aussi bonne santé que possible et à participer le plus possible à la vie communautaire. Un EBFS (qui permet par exemple d'avoir accès aux commerces à pied, de rencontrer d'autres personnes, d'avoir accès aux transports collectifs) est une composante importante d'un mode de vie sain et d'une gestion des problèmes de santé physique et mentale.

Question 4 :

Vous avez mentionné précédemment que la participation de FH à l'initiative COALITION était un moyen de renforcer ses capacités. Pouvez-vous préciser quelles capacités vous cherchez à renforcer et en quoi cela permettrait à votre organisation de modifier les politiques que vous avez décrites?

Pour renforcer ses capacités, FH a adopté une approche en trois volets qui nous permettra d'aider les municipalités à élaborer des politiques favorisant le développement de communautés en santé et contribuant à l'amélioration de la santé des populations.

Premier volet : Nous améliorons nos connaissances en matière d'EBFS, nous les diffusons au sein de FH et nous les mettons en pratique dans nos communautés. Nous en apprenons toujours davantage à propos des données probantes qui sont pertinentes au large éventail de communautés que nous desservons – urbaines, suburbaines, rurales et de petite taille. En nous familiarisant avec les données probantes et l'information qui s'appliquent aux différents types de communautés, nous pouvons offrir de l'information pertinente et un soutien à la prise de décisions aux niveaux communautaire et régional. Nous devons veiller à ce que l'information que nous transmettons repose sur des données probantes quant aux

effets sur la santé associés aux environnements bâtis qui sont sensiblement similaires aux milieux dans lesquels nous travaillons. Notre crédibilité et notre efficacité en dépendent.

Deuxième volet : FH renforce ses capacités internes pour travailler sur l'EBFS. Les projets COALITION que nous avons sélectionnés nous ont permis de savoir quels services et quel personnel doivent prendre part aux initiatives de planification municipale et quels rôles ils doivent jouer. Par exemple, dans le cadre de l'initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé 2010, un gestionnaire de la protection de la santé et des médecins hygiénistes ont conjointement analysé différentes options d'utilisation du sol qui étaient discutées dans un plan de quartier. Nous avons allié notre expertise et nos connaissances pour que la municipalité aborde ces différentes options dans une optique de santé. Nous cherchons à définir, au sein de FH, un modèle durable afin de faciliter nos travaux sur l'EBFS dans la vaste région que nous desservons.

En 2011, nous avons travaillé à l'élaboration d'un manuel sur les PCO qui nous aidera à renforcer nos capacités tant sur le plan des connaissances que sur le plan organisationnel. Ce manuel est un répertoire d'information permettant de « savoir » (données probantes et information) et qui propose des outils pour « agir » (aide à l'élaboration des politiques et participation communautaire). FH pourra ainsi enrichir et partager cette information afin qu'elle soit utilisée par divers membres du personnel au sein de l'organisation et que les communautés que nous desservons s'en servent pour informer leurs politiques.

Troisième volet : Grâce à l'initiative Partenariats pour des communautés en meilleure santé, FH a tissé de solides relations avec les communautés. Nous pensons que ces relations nous permettront de jouer un rôle de plus en plus actif au sein de ces communautés et auprès des intervenants clés, de continuer à tisser des relations de confiance et de collaboration, et d'accroître notre influence sur les politiques.

Question 5 :

Selon vous, quels ont été les aspects efficaces de votre participation à l'initiative COALITION, et pourquoi?

Pour évaluer notre efficacité, nous pouvons nous référer aux progrès accomplis par rapport aux résultats escomptés en 2010, alors que nous commencions à travailler sur le projet COALITION. Nous sommes conscients que notre travail générera davantage de retombées à long terme et que les mesures que nous prenons aujourd'hui porteront leurs fruits dans l'avenir. Nos objectifs principaux étaient doubles : renforcer nos capacités internes et renforcer nos aptitudes à travailler avec les municipalités.

Sur le plan du renforcement de notre capacité organisationnelle interne, nous avons réalisé de grands progrès en deux ans, et notre participation à l'initiative COALITION a été un élément motivateur important. Bien que nous ne puissions encore établir de façon claire les divers rôles et responsabilités afférents au travail sur l'environnement bâti, nos travaux pilotes nous ont permis de mieux comprendre l'ampleur du travail et des ressources à mettre en œuvre dans toutes les communautés visées par les initiatives en matière d'EBFS. Nous avons constitué une modeste base de données sur le sujet (bibliothèque, fiches d'information, pratiques et précédents en matière de participation communautaire, etc.) sur

laquelle s'appuieront les responsables de l'EBFS au sein de notre organisation pour mettre à contribution d'autres intervenants dans nos activités futures. Nous avons développé des idées plus concrètes sur la signification de l'EBFS dans notre contexte et nous avons aujourd'hui une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise de la question que lorsque nous avons joint l'initiative COALITION il y a quelques années.

Sur le plan de nos aptitudes à travailler avec les municipalités, nous nous sommes constamment employés à créer des liens et à établir des relations avec le personnel de la planification des municipalités dans plusieurs communautés pilotes. Dans le cadre de notre participation à l'initiative COALITION, nous avons élargi la portée de notre collaboration, qui était essentiellement axée sur des questions réglementaires, en y intégrant six aspects clés en matière de politiques liés à l'EBFS. Nous avons également approfondi nos relations avec le personnel par l'entremise de nombreuses réunions, d'entretiens téléphoniques et d'échanges par courriel. La présentation de nos travaux aux représentants des gouvernements locaux et régionaux et notre engagement suscitent toujours un vif intérêt ainsi qu'un désir de collaboration. Ces réactions sont extrêmement gratifiantes, car elles témoignent de nos compétences et de la qualité du soutien que nous offrons.

Question 6 :

À l'inverse, quels ont été les aspects moins efficaces et pourquoi?

Revenons à nos deux objectifs principaux : renforcer notre capacité organisationnelle et renforcer nos aptitudes à travailler avec les municipalités.

En ce qui concerne le renforcement de notre capacité organisationnelle, notre participation au projet COALITION est intervenue au moment où nous cherchions à organiser au mieux notre rôle et nos responsabilités en matière d'environnement bâti, une étape importante et nécessaire de notre évolution. L'équipe de Partenariats pour bâtir des communautés en meilleure santé, les spécialistes en protection de la santé et les médecins hygiénistes ont participé à divers aspects de ces travaux. Nos priorités et l'allocation des ressources en matière d'environnement bâti sont susceptibles de changer en fonction de notre expérience et de ce que nous apprendrons sur le type de capacités et de ressources requises pour la mise en œuvre des projets sur l'EBFS. Dans un « monde idéal », nous aurions pu maximiser davantage les ressources de COALITION (de l'aide à la planification, par exemple) si nos programmes sur l'EBFS et nos ressources étaient plus solides.

Sur le plan du renforcement de nos aptitudes à travailler avec les municipalités, nous avons créé des liens et établi des relations avec le personnel de la planification municipale des communautés pilotes et des districts régionaux. En 2011, nous avons créé des partenariats avec plusieurs communautés pilotes et les districts régionaux afin de collaborer à l'élaboration de leurs PCO. Jusqu'à présent, notre plus grand obstacle a été d'établir un échéancier! Il est difficile d'élaborer un calendrier de financement et de planifier le travail dans un environnement instable qui dépend de la charge de travail et des priorités d'autres organisations. En raison du cycle des élections municipales (des élections ont eu lieu en novembre 2011), les projets d'élaboration des PCO ont progressé moins rapidement que l'avait prévu l'administration locale. Ces projets sont donc encore à l'étape préliminaire, et

nous n'avons pas pu profiter au maximum de l'aide à la planification de COALITION pour participer pleinement aux projets et fournir un apport concret.

Malgré ces difficultés, l'initiative COALITION nous a aidés à renforcer notre capacité en ce qui concerne l'EBFS.

Question 7 :

Avez-vous été étonnées par l'incidence de certaines de vos interventions?

Nous avons reçu un très bon accueil de la part de nos partenaires municipaux et nous avons beaucoup appris de notre participation aux processus de planification dans le cadre de nos projets pilotes. Les activités de planification (comme la planification des PCO) peuvent s'avérer une entreprise d'envergure qui peut s'étendre sur une longue période. La participation d'une autorité de santé peut s'étaler sur plusieurs années. Divers facteurs (p. ex., des élections, des priorités politiques) peuvent influer sur le processus de planification et l'établissement des échéanciers, et rendre difficiles la budgétisation et la planification des ressources que l'autorité de santé doit fournir pour apporter une contribution significative.

La détermination, à l'interne, des rôles des divers membres du personnel et services en matière d'EBFS a exigé un effort soutenu. Ce domaine suscite au sein de notre organisation un vif intérêt et un désir d'engagement, même si nous éprouvons quelques difficultés à définir avec précision notre orientation, à assurer la coordination et à allouer les ressources.

Cela n'a rien de particulièrement étonnant, mais nous sommes constamment surpris devant la croissance des ressources et des données probantes concernant le lien entre l'environnement bâti et la santé. Il existe de nombreuses directives, ressources, bibliographies et de nombreux résumés d'études en la matière, et le nombre et la diversité des ressources continuent de croître. Notre expérience récente semble indiquer qu'il serait bénéfique de concentrer collectivement notre attention sur le renforcement de thèmes et l'élaboration de messages communs (basés sur des données probantes) afin de modifier la manière dont les communautés sont construites.

Question 8 :

Entrevoyez-vous des fenêtres d'opportunités où votre participation serait susceptible d'apporter des changements rapides et importants à la santé des populations?

Considérant qu'un changement rapide de l'état de santé des populations est improbable, FH a bon espoir de pouvoir contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires qui finiront par apporter des changements significatifs.

Notre autorité de santé s'emploie actuellement à établir des partenariats avec les gouvernements locaux en vue d'accroître la sensibilisation à la santé des populations et de contribuer aux projets de planification communautaire. Une modification de la législation aurait vraisemblablement des retombées importantes. Cela exigerait du gouvernement local qu'il intègre à ses plans d'action des politiques, des objectifs et des stratégies visant à améliorer la santé. Une obligation légale et un engagement provincial permettraient sans doute de relever la barre et feraient en sorte que toutes les communautés prennent en

compte la santé dans l'élaboration de leurs plans d'action, pas seulement celles qui en comprennent les avantages et qui sont déjà engagées dans une démarche volontaire d'amélioration de la santé. Si un tel changement devait se produire, nos autorités de santé devraient mettre en œuvre davantage de ressources pour soutenir notre participation.

Un autre facteur susceptible de contribuer à la réalisation des objectifs en matière d'amélioration de la santé des populations serait d'exiger la prise en compte systématique des critères de santé dans les processus décisionnels (notamment par l'évaluation d'impact sur la santé [ÉIS]) lors de l'élaboration des politiques et des projets d'aménagement. Toutefois, nous sommes conscients que la prise en compte de la santé dans les plans communautaires et les politiques n'entraînera pas de changements rapides, mais plutôt des changements à moyen ou à long terme.

En ce qui concerne les secteurs politiques présentant les meilleures perspectives quant à l'amélioration de la santé des populations, FH a défini un ensemble de principes en matière d'EBFS sur lesquels nous appuyons nos travaux. Les six principes sont les suivants :

1. Créer une palette de choix et de possibilités en matière de logement;
2. Concevoir des quartiers complets, denses et connectés;
3. S'assurer d'un accès et de possibilités équitables pour tous;
4. Fournir une variété d'options de transport;
5. Soutenir une alimentation saine et la sécurité alimentaire; et
6. Limiter l'exposition aux dangers environnementaux.

Ces principes ont été élaborés en fonction des domaines où nous considérons que des changements peuvent être apportés et sont éclairés par des données probantes reliant l'environnement bâti et les effets sur la santé.

4 PEEL PUBLIC HEALTH

Question 1 :

De quelle façon et pour quelle raison le personnel de la région de Peel s'est-il attardé aux politiques informant l'environnement bâti, et comment les travaux relatifs à ces politiques sont-ils organisés à l'heure actuelle (lien avec l'administration municipale/régionale, ressources consacrées à ces travaux, place occupée dans la structure organisationnelle, soutien de la haute direction, rôle de l'initiative COALITION dans cet effort)?

En 2005, le rapport sur l'état de santé de la région de Peel (State of the Region's Health*)* a examiné le surpoids et ses conséquences sur la santé de la population adulte. Le rapport a mis en évidence l'impact de l'environnement bâti sur la santé et a fait ressortir l'importance d'intégrer l'activité physique dans notre vie quotidienne, par exemple en marchant pour se rendre à l'épicerie, afin de maintenir un mode de vie sain. Le conseil régional de la région de Peel a appuyé les recommandations du rapport et présenté plusieurs résolutions pour que les services de planification et de santé collaborent, notamment en demandant à Peel Public Health (PPH) de commenter les demandes de permis d'aménagement, d'élaborer des politiques de planification urbaine favorisant une vie active et de plaider en faveur d'une politique provinciale.

Établir des relations a été et continue d'être un élément clé des efforts de PPH pour promouvoir les travaux sur l'environnement bâti favorable à la santé (EBFS). Il est essentiel pour nous de s'informer et d'informer nos partenaires, de façon à pouvoir intégrer les composantes liées aux communautés en santé dans les processus de planification urbaine et d'ingénierie. Nous cherchons toujours des occasions de collaborer avec nos partenaires, tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle municipale. Le plaidoyer à l'échelle provinciale est également important. Cette activité est réalisée à travers la formulation de commentaires sur des documents de politique provinciale comme l'Énoncé de politique provinciale du ministère des Affaires municipales et du Logement et les Lignes directrices pour soutenir les transports collectifs du ministère des Transports.

Plus récemment, le plan stratégique de 2011-2014 de la région de Peel a défini une orientation à long terme pour la région. Le plan stratégique comprend des mesures et des objectifs particuliers qui mettent au premier plan le travail sur la santé et l'environnement bâti :

Tableau 1 Extrait du plan stratégique de 2011-2014 de la région de Peel

Objectif 3 : Maintenir et améliorer la santé de la communauté de Peel	3.1 Influencer l'aménagement des communautés pour favoriser la santé
Objectif 4 : Appuyer et influencer des systèmes de transport durable	4.3 Appuyer les systèmes de transport actif, de transport collectif et d'utilisation du sol améliorés et intégrés pour assurer le déplacement adéquat des personnes et des biens au sein de la région de Peel

En outre, le conseil régional a établi des priorités pour le mandat du conseil afin de faire avancer le plan stratégique et de fournir une orientation pour nos activités, nos opérations et nos engagements quotidiens. Les sept grands thèmes proposés sont les suivants : l'environnement, le développement social, la santé communautaire, le transport, le développement culturel, la sécurité publique et l'excellence des services. Le tableau ci-dessous comprend des priorités clés qui illustrent les travaux sur la santé et l'environnement bâti :

Tableau 2 Extrait des priorités du conseil régional de la région de Peel en matière de santé et d'environnement bâti

Priorité du mandat du conseil	Effet recherché	Indicateur	Objectif actuel ou proposé	Mesures (2011)	Mesures (2012 à 2014)
Accroître le transport actif	Réduire la proportion de déplacements en voiture, pour diminuer les émissions de gaz à effet de serre et améliorer la santé des citoyens	Nombre de déplacements par transport actif comme proportion du nombre total de déplacements	Augmenter la part modale du transport actif à 7 % d'ici 2014 (part actuelle à 5 %)	Élaborer un plan de transport actif pour la région de Peel	Mettre en œuvre le plan approuvé
Favoriser un environnement propice à un poids santé	Réduire l'embonpoint/ obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires par l'augmentation de l'activité physique et de la consommation de fruits et de légumes	Niveaux d'activité physique Incidence du diabète Incidence de l'embonpoint/obésité	Diminuer l'incidence du diabète de 10 %, ou diminuer environ de 10 000 à 15 000 le nombre d'individus souffrant du diabète Diminuer de 1 000 en 2011	Effectuer une revue de la littérature pour déterminer les secteurs prioritaires clés sur lesquels agir Terminer les travaux stratégiques sur l'environnement bâti (p.ex. : trouver des possibilités d'influencer la planification urbaine et régionale) et la politique concernant les aliments et les boissons dans les écoles Rédiger un document de discussion sur les interventions en matière de politique	D'ici 2012, les 385 écoles de la région de Peel respectent les normes provinciales en matière de nutrition Deux organisations externes adopteront des politiques alimentaires favorables à la santé pour leurs programmes Accroître la marchabilité dans la région de Peel grâce à l'adoption de deux nouvelles modifications de politiques dans les processus de planification urbaine et régionale

Le soutien du conseil et des cadres supérieurs a été indispensable au succès du travail sur l'environnement bâti dans la région de Peel. Le développement des capacités chez les employés a aussi été une autre grande priorité pour nous. Par exemple, PPH a créé récemment le poste de « Facilitateur de la planification en matière de santé ». Avec une expérience en planification urbaine, le rôle du facilitateur est d'assurer la liaison entre les services de planification et ceux de santé publique. Le facilitateur a été en mesure d'attirer l'attention du personnel de l'organisation qui, autrement, n'aurait peut-être pas été au courant des travaux de PPH. Cela a permis à PPH de participer à diverses études continues à l'échelle régionale et à l'échelle municipale.

L'initiative COALITION a offert à PPH l'occasion de « propager le message » par le biais de partenariats avec divers groupes et individus. La présence d'un mouvement national faisant la promotion de l'EBFS a également souligné l'importance de cette question à l'échelle régionale et à l'échelle municipale. Grâce à COALITION, l'EBFS a été concrètement défini comme l'une des priorités stratégiques de PPH pour les dix prochaines années et comme une priorité du mandat actuel du conseil régional.

Question 2 :

Sur quelles politiques avez-vous mis l'accent et quelle est la logique qui sous-tend vos choix? Par exemple, avez-vous fait des choix en fonction des fenêtres d'opportunités, des impacts potentiels des politiques sur la santé des populations, de besoins reliés à l'amélioration de résultats précis en matière de santé ou en fonction d'autres facteurs?

Les travaux de Peel ont porté sur la marchabilité des communautés. Un élément fondamental de ces travaux a été l'Indice de développement favorable à la santé, qui a été créé en 2009. L'Indice consiste en une série de normes, de cibles et d'intervalles fondés sur des données probantes qui sont proposés comme principes de base de l'aménagement de communautés en santé, sur le plan de l'activité physique.

PPH a collaboré avec le Centre for Research on Inner City Health (CRICH) de l'hôpital St. Michael à l'élaboration de l'Indice, lequel s'appuie sur une revue approfondie de la littérature en matière de planification et de santé. Nous souhaitions connaître l'état des connaissances sur les pratiques en matière d'environnement bâti et d'aménagement qui sont efficaces pour promouvoir le transport actif. La revue de littérature nous a donné une idée de la robustesse des données, ainsi que des normes, des cibles et des intervalles qui sont susceptibles d'avoir un impact.

Voici les sept éléments de l'environnement bâti sur lesquels les données étaient les plus probantes :

1. Densité;
2. Proximité des services;
3. Mixité des usages;
4. Connectivité des rues;
5. Caractéristiques du réseau routier et des trottoirs;
6. Stationnement;

7. Esthétique et échelle humaine.

Pour chacun de ces éléments, l'Indice de développement favorable à la santé de Peel fournit :

a) de l'information générale, fondée sur la littérature, sur « l'importance pour la santé » de l'élément de l'environnement bâti;
b) un aperçu de la façon de mesurer et de calculer l'élément de l'environnement bâti (p. ex., les unités de mesure à utiliser);
c) les cibles et les intervalles recommandés, en fonction des données probantes, pour que l'environnement bâti favorise des modes de vie sains, par exemple :

> la condition préalable en matière de santé pour la densité résidentielle est de 35 unités d'habitation par hectare, incluant les zones résidentielles, les zones à usages mixtes et les zones commerciales, mais excluant les espaces publics, les rues et autres droits de passage public, et les utilisations du sol autres que celles définies ci-dessus, par exemple industrielles (page 49 de l'Indice de développement favorable à la santé de Peel);

d) les barrières potentielles à la mise en œuvre des cibles et des intervalles recommandés;
e) les étapes de réalisation recommandées.

Il est important de noter que l'Indice n'est pas normatif et qu'il n'établit pas d'objectifs pour la région et ses municipalités. Il consiste plutôt en un document de référence pour permettre à notre équipe de santé publique de garder à l'esprit les données probantes lorsqu'elle collabore avec nos planificateurs en vue d'intégrer les considérations relatives à la santé dans la politique de planification locale. L'Indice de développement favorable à la santé fournit à notre équipe un point de référence pour engager le dialogue avec les planificateurs qui sont mieux placés pour savoir ce qui sera efficace en fonction des contextes et d'autres considérations.

Puisque le secteur de la santé publique n'approuve pas, ne conçoit pas et ne planifie pas de projets d'infrastructures ou d'aménagement communautaire, le rôle de PPH a été d'orienter et d'influencer l'aménagement communautaire de façon à ce que la santé soit une considération primordiale. L'élaboration d'outils et de politiques qui intègrent la santé dans le processus de planification et d'ingénierie a été un élément clé des travaux de la région de Peel sur les EBFS. Ces développements et l'approche fondée sur le partenariat adoptée pour le projet ont fait en sorte qu'une grande partie du travail est de nature réactive ou opportuniste. Cela signifie que PPH s'est abstenu d'établir des objectifs stratégiques de sa propre initiative, « en silo ». Nous avons plutôt travaillé avec des urbanistes locaux afin de déterminer les possibilités en matière d'examen ou d'élaboration de politiques se présentant à court et moyen termes et afin d'évaluer les façons dont le secteur de la santé publique peut aider à intégrer la perspective de la santé dans ces processus de politiques.

En s'appuyant sur les données de l'Indice, et par le biais du dialogue et de la collaboration avec nos divisions de la planification urbaine (régionale et locale), PPH a été en mesure d'intégrer les principes d'aménagement communautaire favorable à la santé dans d'autres outils comme des lignes directrices relatives à l'aménagement, des études d'impact sur la santé et des plans d'amélioration des communautés. Les travaux de Peel en matière de politiques ont jusqu'à présent porté sur la création et l'augmentation des références à la

santé dans les politiques relatives aux plans officiels régionaux et municipaux. Afin de mettre en œuvre des outils et des processus qui visent à rendre les nouveaux aménagements et les aménagements existants plus favorables à la santé, il est nécessaire d'avoir une base solide qui met en lumière les impacts sur la santé de l'environnement bâti, dans le cadre de référence des politiques de planification urbaine et de transport. La figure 1 illustre les échelles de politiques auxquelles PPH a travaillé dans le but de créer un environnement politique général qui favorise l'approbation et l'aménagement d'EBFS.

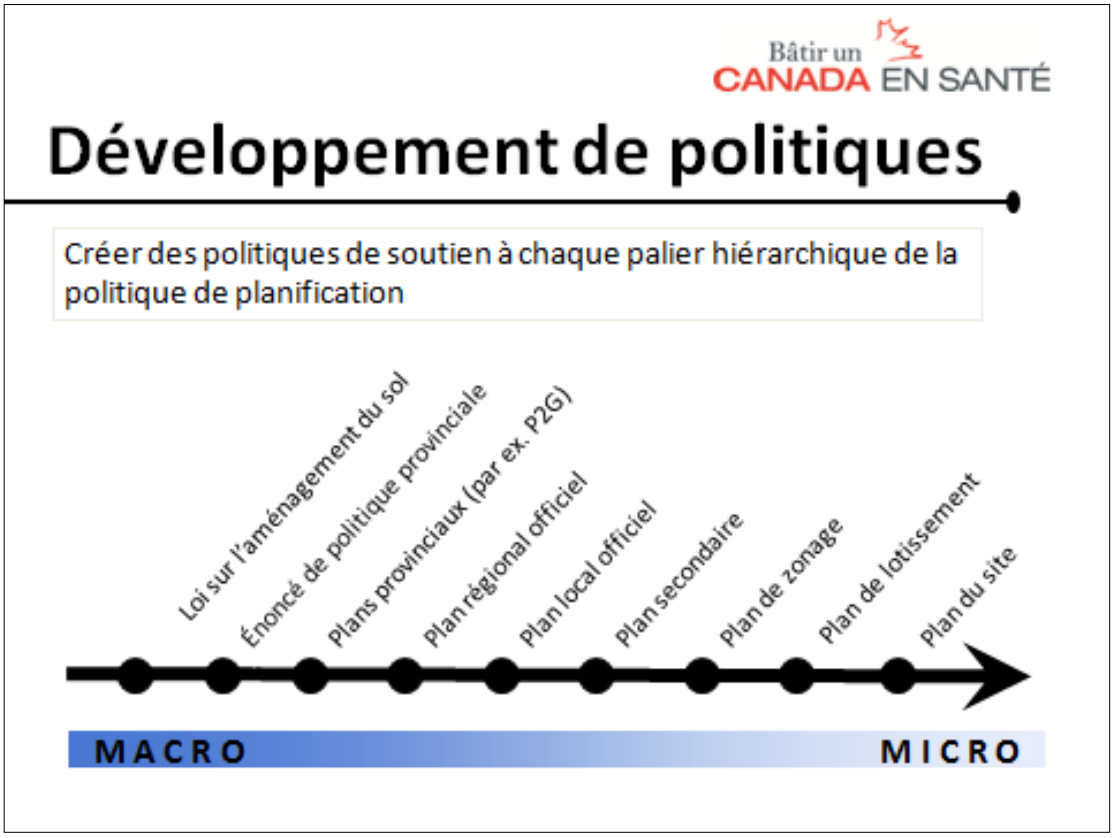


Figure 1 Échelles de la politique de planification urbaine sur lesquelles PPH est intervenu

Les tableaux 3 et 4 donnent un exemple de la contribution de PPH sur le plan des politiques dans le cadre de sa participation à l'initiative COALITION.

Tableau 3 Amendements aux plans officiels de la région de Peel

Document	Politique #	But
Amendement n^{o} 24 *État actuel (mars 2012) Amendement porté en appel devant la Commission des affaires municipales de l'Ontario (CAMO)*	7.9.2.9	La région de Peel préparera en collaboration avec les municipalités de la région un outil d'évaluation pour évaluer les impacts sur la santé publique des projets d'aménagement.
	7.9.2.10	La région de Peel travaillera conjointement avec les municipalités de la région à sensibiliser le public aux impacts sur la santé liés à la planification dans le cadre de partenariats publics et privés.
Amendement n^{o} 25	7.3.6.2.2	La région peut demander des évaluations d'impact sur la santé dans le cadre d'une demande d'aménagement complète afin de modifier le plan régional officiel.
	7.9.2.3	La région peut élaborer des indicateurs de santé publique pour analyser l'efficacité des politiques relatives aux plans officiels et servir de base aux ajustements des politiques.
	19.3.7	La Ville exige que toutes les demandes d'aménagement tiennent compte de la santé publique.

Tableau 4 Amendements aux plans officiels des municipalités locales

Document	Politique #	But
Amendement n^{o} 226 au plan officiel de Caledon *État actuel (mars 2012) Amendement porté en appel devant la CAMO*	4.1.10.3.2	La Ville participera avec la région de Peel et les municipalités de la région à l'élaboration d'un outil d'évaluation pour évaluer les impacts des propositions d'aménagement sur la santé publique.
	4.1.10.3.3	La Ville travaillera avec la région de Peel et les municipalités avoisinantes à sensibiliser l'opinion aux questions de santé publique liées à la planification.
Plan officiel provisoire de Mississauga *État actuel (mars 2012) Amendement porté en appel devant la CAMO*	19.3.5	La Ville peut demander des évaluations d'impact sur la santé dans le cadre d'une demande d'aménagement complète.
	19.3.7	La Ville exige que toutes les demandes d'aménagement tiennent compte de la santé publique.

Question 3 :

En ce qui concerne vos projets dans le cadre de COALITION, pourriez-vous exposer vos objectifs en matière de politiques (pour les processus de planification urbaine et d'ingénierie) et vos objectifs spécifiques (marchabilité, vie active) et la logique de vos actions? Autrement dit, pourriez-vous expliquer plus précisément comment les activités que vous pilotez sont liées aux résultats que vous recherchez en ce qui a trait aux changements de politiques et aux effets sur la santé?

Notre objectif dans le cadre des projets de l'initiative COALITION était de créer des outils qui influenceraient les processus de planification urbaine et d'ingénierie. En utilisant l'Indice de développement favorable à la santé, la région de Peel avait accès à une revue solide des

données probantes sur les liens entre la santé et l'environnement bâti. Cependant, l'Indice ne s'est pas révélé un outil facile à utiliser pour les urbanistes et les ingénieurs, puisqu'il ne prend pas en considération les diverses étapes du processus de planification et qu'un grand nombre d'éléments dans l'Indice ne pouvaient pas être évalués avant qu'un aménagement ne soit terminé. Il était donc essentiel pour nous de travailler avec les praticiens pour rendre l'outil applicable aux travaux de planification quotidiens sur le terrain. Dans cette optique, notre projet COALITION a porté sur les points suivants :

1. Mettre en œuvre l'Indice de développement favorable à la santé au moyen d'outils similaires à ceux mis en œuvre dans les processus de planification et d'ingénierie;
2. Tester l'Indice de développement favorable à la santé afin de déterminer les prochaines étapes et les barrières à sa mise en œuvre, et l'améliorer en conséquence (Étude d'amélioration de l'Indice de développement favorable à la santé);
3. Élaborer un cadre pour intégrer les considérations en matière de santé dans les décisions relatives au développement et à l'aménagement du territoire (Études d'impact sur la santé : développement d'un cadre de référence*).*

Nous croyons que les outils ci-dessus faciliteront l'harmonisation des politiques de planification aux divers paliers (plan régional officiel, plan local officiel, plan secondaire, plan de lotissement et plan du site) avec les objectifs en matière de santé. Ces projets sont exposés dans le détail ci-dessous :

Étude d'amélioration de l'Indice de développement favorable à la santé

L'Indice de développement favorable à la santé a été élaboré dans le but de fournir des objectifs et des intervalles concrets dans le cadre du processus d'aménagement; il avait toutefois certaines limites. Bien que l'Indice repose sur une recherche approfondie des liens entre la santé et l'environnement bâti, nos parties prenantes étaient d'avis que cet outil ne pouvait pas être appliqué facilement dans un contexte de planification. L'étude d'amélioration a permis de tester l'Indice à évaluant des lotissements traditionnels et nouveaux (nouvel urbanisme) afin de déterminer les barrières à la mise en œuvre de l'Index et de faire des recommandations pour les étapes suivantes. Cette étape a été importante pour la suite des choses parce que l'étude a aidé à déterminer les aspects pour lesquels l'Indice était trop ambitieux pour le contexte de Peel et les barrières qui pouvaient être surmontées le plus facilement pour créer un changement efficace immédiat. L'étude a aussi fourni une orientation pour la mise en œuvre. En définissant les barrières et les possibilités de mise en œuvre de l'Indice, PPH est maintenant en mesure d'utiliser les recommandations pour guider les travaux et l'élaboration des politiques à venir.

Études d'impact sur la santé : développement d'un cadre de référence

L'idée du cadre de référence pour des études d'impact sur la santé nous est venue d'un urbaniste municipal local. Dans la région de Peel, les urbanistes peuvent demander divers types d'études d'impact dans le cadre d'une demande de planification. Ces études comprennent généralement une analyse des services (eaux, eaux usées), des impacts du transport, des impacts environnementaux, etc. Cependant, la question de la santé n'a pas été retenue pour faire l'objet d'une analyse indépendante, mais elle a été intégrée dans d'autres rapports, comme les rapports de justification de la planification. Jugeant qu'il

s'agissait d'une lacune dans l'analyse de la planification, PPH a fourni aux urbanistes, par le biais du cadre de référence pour les études d'impact sur la santé, un cadre dans lequel la santé peut être évaluée. Autrement dit, le cadre de référence sert de point de départ à l'évaluation des résultats en matière de santé d'un aménagement particulier au moyen d'un outil que les urbanistes connaissent bien et qu'ils sont à l'aise d'utiliser – l'étude d'impact.

Nous sommes maintenant à l'étape où nous pouvons commencer à travailler avec les municipalités locales à la mise en œuvre du cadre. Il y a trois municipalités dans la région de Peel – les villes de Mississauga et de Brampton et le village de Caledon. Mississauga et Brampton sont des municipalités urbaines tandis que Caledon est une municipalité principalement rurale. La ville de Mississauga est généralement bâtie, même s'il y reste des terrains intercalaires ou interstitiels, tandis que la ville de Brampton offre des possibilités pour aménager des zones encore entièrement vierges. Comme les trois municipalités sont de nature différente et qu'elles seront confrontées à des problèmes différents pour la mise en œuvre du cadre, nous travaillons avec chacune d'elle pour adapter un plan de mise en œuvre à leurs besoins particuliers.

Tous les outils élaborés par PPH dans le cadre de l'initiative COALITION sont disponibles au www.healthypeelbydesign.ca.

Question 4 :

Les politiques qui informent l'environnement bâti sont liées de multiples façons aux inégalités sociales et aux inégalités de santé, lesquelles ne se définissent pas seulement en termes de revenu ou de situation socio-économique, mais aussi en termes d'appartenance ethnique, de sexe, de mode de transport (p. ex., les cyclistes ou les usagers de la route vulnérables), etc. Comment les inégalités de santé sont-elles prises en compte dans vos travaux?

L'aménagement d'EBFS peut avoir des effets positifs sur la santé au niveau populationnel, améliorant par le fait même l'état de santé de chacun de ses membres. Cela agit forcément sur les inégalités de santé de sorte qu'aucun groupe vulnérable n'est exclu des avantages pour la santé des EBFS. Idéalement, les environnements « favorables » créent un contexte qui facilite et soutient l'adoption de comportements individuels positifs en matière de santé, en faisant du choix santé le synonyme du choix facile.

Les inégalités de santé sont également abordées à travers certains aspects spécifiques de la conception des quartiers favorables à la santé. Idéalement, une conception « favorable à la santé » devrait comprendre des types d'habitations qui réunissent des individus et des familles de différents statuts socio-économiques. Cela peut aider à aborder l'isolement social en favorisant un sentiment d'appartenance à la communauté au sein d'une population diversifiée. En outre, la mixité des usages et le rapprochement des services peuvent faciliter l'accès à des services essentiels chez les personnes qui n'ont pas accès à une voiture. Dans la région de Peel, contrairement à d'autres juridictions, les données probantes n'ont pas montré de gradient de revenu en ce qui a trait aux effets sur la santé. Par conséquent, nous savons que d'autres facteurs contribuent aux inégalités de santé existantes. Les disparités ethniques peuvent revêtir une importance particulière dans ce cas. Prenons l'exemple du groupe ethnique des personnes sud-asiatiques, qui a une plus grande prédisposition aux

maladies chroniques comme le diabète. Étant donné le grand nombre de personnes sud-asiatiques dans la région de Peel, la création d'environnements favorables à la marche dans toute la région favorise les comportements sains (activité physique) qui peuvent atténuer ces prédispositions.

Question 5 :

Selon vous, qu'est-ce qui a été efficace dans vos efforts reliés à l'initiative COALITION et pour quelle raison? Par ailleurs, qu'est-ce qui a été moins efficace et pour quelle raison? Avez-vous été étonné des effets, positifs ou négatifs, de vos efforts?

Les projets de l'initiative COALITION ont offert d'excellentes occasions d'établir des relations avec d'autres professionnels (p. ex., urbanistes, ingénieurs) dans le secteur de l'environnement bâti. Les activités de transfert des connaissances et la reconnaissance nationale qui ont accompagné notre participation à COALITION nous ont permis de mieux comprendre que cette question n'est pas limitée à la région de Peel et qu'elle s'étend en fait à toute l'Amérique du Nord. Nos travaux dans le cadre de COALITION ont également été un catalyseur pour nos partenaires locaux qui cherchaient des possibilités de collaborer avec nous.

Grâce aux exigences de COALITION en matière de partage des connaissances, d'autres professionnels en environnement bâti se sont intéressés de plus en plus à notre travail et aux objectifs que nous essayons d'atteindre. Ces liens ont permis à PPH de participer à plusieurs projets en dehors de l'initiative COALITION, projets qui nous aideront certainement à promouvoir le programme de l'environnement bâti. Nous souhaitions améliorer les relations avec nos partenaires clés par le biais des projets de COALITION et nous sommes satisfaits des résultats.

En fonction de la nature de la gouvernance et de la structure de la santé publique dans chaque province (les Bureaux de santé en Ontario sont décentralisés, tandis que les services de santé publique sont centralisés dans d'autres provinces), nous devions avoir des projets distincts et adaptés à chaque point nodal de notre réseau. Bien que cette multiplicité de projets fournisse au public un plus grand éventail d'exemples et de pratiques exemplaires à la fin de notre participation à COALITION, il a été difficile de collaborer avec d'autres autorités de santé pendant le projet de COALITION. Par conséquent, nous n'avons pas pu mettre à contribution les forces de chacun de nos partenaires de Bâtir un Canada en santé autant que nous l'aurions voulu.

Question 6 :

Pourriez-vous nous donner quelques exemples pour illustrer les possibilités de collaboration avec d'autres partenaires qui se sont présentées et les projets (autres que dans le cadre de l'initiative) que vous avez entrepris grâce à votre participation à l'initiative COALITION?

Grâce à nos projets de COALITION, PPH, en partenariat avec les services de planification régionale, a établi des relations plus étroites avec les municipalités locales. Cette collaboration nous a permis de participer à divers projets, comme l'élaboration de lignes

directrices relatives à l'aménagement durable pour la ville de Brampton, ainsi qu'à l'étude du plan d'amélioration communautaire de Caledon East, dans le village de Caledon. En outre, le cadre de référence pour des études d'impact sur la santé de Peel est maintenant mentionné dans certaines études d'évaluation de la circulation dans la région. PPH a également collaboré étroitement avec les divisions de la planification intégrée et du transport de la région de Peel. Nous avons participé à plusieurs projets en cours, comme l'étude de caractérisation des routes régionales et l'étude du réseau stratégique de transport des marchandises, deux études qui visent à améliorer les réseaux de transport dans la région de Peel. La participation de PPH à ces études nous aidera à attirer l'attention sur les questions de santé relatives au transport. De plus, notre personnel travaille avec les services de planification intégrée à l'élaboration de normes de développement environnementales. L'Indice de développement favorable à la santé servira de document de référence principal pour l'élaboration de ces normes.

Outre certains projets particuliers que nous avons entrepris à l'extérieur de COALITION, les efforts de transfert des connaissances mis en œuvre conformément aux exigences de COALITION ont permis au personnel de Peel d'être invité à présenter les réalisations et les leçons que nous avons tirées à diverses organisations à travers le pays, dans le secteur de la planification urbaine et de la santé publique. Les possibilités de partager nos expériences et nos pratiques exemplaires avec d'autres autorités au Canada sont extrêmement importantes pour le programme global de l'EBFS, puisqu'elles contribuent à promouvoir la santé et à prévenir la maladie dans l'ensemble du pays.

5 TORONTO PUBLIC HEALTH

Question 1 :

De quelle façon et pour quelle raison la santé publique dans la ville de Toronto s'est-on attardé aux politiques relatives à l'environnement bâti en matière de santé publique dans la ville de Toronto, et comment les travaux relatifs à ces politiques sont-ils organisés à l'heure actuelle (lien avec l'administration municipale/régionale, ressources consacrées à ces travaux, place occupée dans la structure organisationnelle, soutien de la haute direction, rôle de l'initiative COALITION dans cet effort)?

Toronto Public Health (TPH) entretient une relation productive de longue date avec les représentants municipaux de Toronto s'intéressant à l'environnement bâti. Dans le passé, le personnel de TPH a participé directement au processus d'examen des projets en vue de formuler des commentaires sur les demandes des promoteurs quant aux questions reliées à la contamination des sites et à la qualité de l'air. Le personnel de TPH continue d'examiner les permis de démolition lorsque ceux-ci peuvent poser un risque pour la santé. Le personnel de TPH se penche aussi sur les plaintes de la communauté et les demandes des conseillers quant aux projets d'aménagement pouvant présenter un risque pour la santé.

Le personnel de TPH a participé activement à l'élaboration de la Norme verte de Toronto. Cet exercice collaboratif, dirigé par la Division de la planification urbaine rassemblant de nombreuses divisions municipales, a donné lieu à l'approbation de règlements par le conseil municipal. Les travaux de TPH en matière de recherche et de politiques sur la qualité de l'air, les changements climatiques et d'autres enjeux de santé ont influencé l'élaboration de la Norme verte de Toronto. Cette norme a permis à la Ville d'assurer que les nouveaux projets de développement immobilier répondent aux exigences obligatoires et qu'on incite les promoteurs à prendre des mesures volontaires supplémentaires pour veiller à ce que les nouveaux projets de développement immobilier protègent beaucoup plus l'environnement et la santé humaine qu'auparavant.

Plus récemment, compte tenu de la mise à jour des Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO), entrées en vigueur en 2008, TPH a repris ses travaux sur l'environnement bâti. Les NSPO exigent explicitement des autorités de santé de l'Ontario qu'elles se penchent sur les menaces à la santé reliées à l'environnement bâti, à la pollution atmosphérique, aux changements climatiques, à la prévention des maladies chroniques et des blessures (c'est-à-dire l'obésité, la sédentarité et la saine alimentation) et à d'autres problèmes de santé d'importance. La participation à l'initiative COALITION sur l'environnement bâti a permis à TPH de se concentrer davantage sur ce domaine et d'y accroître ses activités.

Les travaux de TPH en matière de politiques liées à l'environnement bâti et à la santé sont principalement menés au sein de la Healthy Public Policy Directorate (Direction des politiques publiques favorables la santé). Toutefois, des travaux connexes en matière de politiques, tels que la prévention des blessures et de l'obésité, sont menés au sein de la Chronic Disease and Injury Prevention Directorate (Direction des maladies chroniques et de la prévention des blessures). TPH fait partie de l'administration municipale et relève du

Conseil de santé (CS) pour l'approbation de ses politiques et de son allocation des ressources. Le CS est très favorable aux initiatives de TPH sur l'environnement bâti. Le médecin hygiéniste appuie fermement les efforts déployés pour élaborer des politiques et établir des programmes visant à améliorer la qualité de l'environnement bâti, en s'attardant en particulier à corriger les iniquités en matière de santé. Dans le cadre de l'initiative récente Healthy Toronto By Design[5] de TPH, nous établissons une vaste stratégie de mobilisation afin d'exercer une plus grande influence sur les politiques et les mesures d'autres organisations de l'administration municipale de Toronto, appelés « ACCD » (agences, conseils, commissions, divisions).

La participation à l'initiative COALITION permet de générer beaucoup plus d'activités sur l'environnement bâti et la santé qu'il aurait été autrement possible. Dans l'ensemble, TPH consacre environ deux équivalents temps plein (ETP) à ce secteur politique, grâce aux ressources supplémentaires obtenues par l'entremise de l'initiative COALITION; ces ressources ont donné lieu à beaucoup plus d'activités et ont permis au TPH d'appuyer davantage d'initiatives.

Question 2 :

Sur quelles politiques avez-vous mis l'accent et quelle est la logique qui sous-tend vos choix? Par exemple, avez-vous fait des choix en fonction de fenêtres d'opportunités, des impacts potentiels des politiques sur la santé des populations, de besoins d'améliorer des résultats spécifiques en matière de santé ou en fonction d'autres facteurs?

Les travaux de TPH en matière de politiques sont axés sur ce qui suit :

1. Aborder le problème des déserts alimentaires au moyen de la cartographie alimentaire, de l'engagement communautaire et de l'analyse des révisions apportées au Plan officiel;
2. Exercer une influence sur le contenu du Plan des parcs dans le cadre du processus de révision actuel, pour appuyer l'acquisition et l'entretien soutenus et améliorés des espaces verts, en s'attardant en particulier aux besoins des populations à faible revenu des quartiers de la ville ayant une densité moindre de parcs et un accès réduit à ceux-ci;
3. Procéder à l'examen du zonage propre aux regroupements de tours résidentielles et recourir aux moyens pour éliminer les obstacles à une plus grande mixité des usages, incluant la possibilité d'augmenter le nombre de détaillants alimentaires et autres commerces de détail dans les environs;
4. Favoriser l'amélioration des infrastructures piétonnières et cyclables grâce à une étude collaborative sur les bienfaits pour la santé de la marche et du vélo, et proposer des options de politiques pour apporter des améliorations (en travaillant, pour orienter nos travaux, avec d'autres divisions municipales des services de transport et des partenaires externes, notamment l'Ontario Medical Association, la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et le YMCA);

[5] Voir : http://www.toronto.ca/health/hphe/environmental_health/environmental.htm (en anglais seulement).

5. Organiser une table ronde sur les aspects liés à la santé et à la planification dans le Plan officiel qui est en cours de révision. Les questions d'équité en santé sont soulevées dans cette table ronde, de même que la façon d'aider les quartiers au sein desquels les taux de maladies chroniques (comme le diabète) sont importants, mais qui ont peu de nouveaux projets de développement immobilier, à devenir des communautés plus favorables à la marche et présentant une plus grande mixité des usages;
6. Explorer la façon dont les employés de la Ville pourraient utiliser des outils logiciels d'aide à la décision en matière d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) (conçus par Larry Frank *et al*.), afin de déterminer et de visualiser les répercussions sur la santé de divers scénarios d'aménagement ou options de politiques liées à l'utilisation du sol et au transport; et
7. Examiner les préférences en matière résidentielle pour des quartiers plus favorables à la marche, par opposition aux quartiers centrés autour de l'utilisation de la voiture, et évaluer comment cette information peut exercer une influence sur les entrepreneurs immobiliers, les conseillers en politiques et les décideurs pour accélérer l'offre d'environnements bâtis sains.

Nos initiatives reposent sur une multitude de facteurs. Le lourd fardeau que constitue la maladie en lien avec l'environnement bâti, à Toronto et ailleurs, représente le facteur le plus important. Il en découle une grande place accordée aux options de politiques pour accroître la marchabilité et l'activité physique, grâce à des améliorations structurelles apportées à l'environnement. Nos travaux en matière de politiques sont aussi guidés par de nouvelles occasions, comme le partenariat établi dans le cadre de l'initiative COALITION, le financement de l'initiative COALITION et la possibilité d'exercer une influence sur certains instruments de politiques à l'échelle de la ville en cours de révision, comme le Plan officiel et le Plan des parcs.

Question 3a :

Vous avez parlé des iniquités en matière de santé. Le seul groupe que vous mentionnez explicitement à cet égard est celui des personnes à faible revenu. Comme on peut penser à de nombreux critères différents pour définir un groupe qui subit des iniquités en matière de santé (âge, race/origine ethnique, mode de transport, statut socio-économique, genre, etc.), utilisez-vous des critères autres que le revenu dans vos travaux sur les iniquités? Et pour quelle raison avez-vous choisi de vous attarder à ce groupe ou à ces groupes précis, et comment cela a-t-il influencé vos interventions?

Dans le Plan stratégique 2010-2014 de TPH, deux de nos cinq principes fondamentaux sont axés sur la diversité et l'équité[6]. Nous reconnaissons la diversité et y adhérons dans toutes ses dimensions; nous la considérons comme un atout qui nous permet de faire la promotion du respect dans tout ce que nous entreprenons. En ce qui concerne l'équité en santé, le TPH cherche à réduire les iniquités de santé qui découlent de la répartition inéquitable du revenu, des biens et des services ainsi que des opportunités. Nous abordons les iniquités de santé en travaillant avec d'autres pour cerner les besoins de santé des populations

[6] Voir : http://www.toronto.ca/health/strategicplan/pdf/tph_strategic_plan_2010_2014.pdf (en anglais seulement).

prioritaires et y répondre, ainsi qu'en encourageant l'adoption de politiques axées sur les déterminants sociaux de la santé (DSS). Dans les NSPO que toutes les autorités de santé doivent suivre, les DSS comprennent ce qui suit : le revenu et le statut social; les réseaux d'aide sociale; l'éducation et l'alphabétisation; l'emploi/les conditions de travail; l'environnement social et physique; l'hygiène de vie et les habiletés d'adaptation; le développement sain des enfants; le patrimoine biologique et génétique; les services de santé; le genre; la culture; et la langue[7].

L'accent mis sur toutes ces dimensions est renforcé par le fait que notre CS a aussi au sein de sa structure un sous-comité sur les iniquités de santé qui formule des recommandations au CS sur des enjeux connexes. L'établissement, à tous les niveaux, d'une main-d'œuvre capable d'intégrer les DSS et les iniquités sociales à ses travaux constitue une priorité clé, comme en témoigne la planification stratégique de la main-d'œuvre actuellement en place. Notre Healthy Public Policy Directorate a créé plusieurs outils qui permettent de renforcer l'accent que nous mettons sur les iniquités en matière de santé et les DSS dans les travaux de tout le TPH. Ces outils comprennent des cadres et des outils d'ÉIS, le principe de précaution et un cadre de priorisation des politiques permettant d'analyser les options de politiques[8].

Au sein de la Healthy Public Policy Directorate de TPH, nous abordons la gamme complète des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Dans nos travaux sur l'environnement bâti de façon générale et dans les résultats du projet COALITION obtenus jusqu'à maintenant, nous nous attardons à ce large éventail de déterminants. Nous avons entrepris des travaux initiaux dans lesquels nous utilisons l'outil logiciel que nous développons dans le cadre de l'initiative COALITION. Jusqu'à maintenant, nous nous sommes attardés aux dimensions des seuils de faible revenu (SFR) pour certaines cartes initiales issues du système d'information géographique (SIG) liées à la marchabilité et à la densité de parcs. Il s'agit d'une première étape, en cours jusqu'à ce que la conception de l'outil soit terminée et que nous puissions étendre son utilisation à d'autres dimensions de l'équité et des déterminants de la santé.

D'autres travaux en cours et travaux récents au sein de notre Healthy Public Policy Directorate témoignent de l'accent que nous mettons sur toutes les dimensions de l'équité et des iniquités de santé. Nous avons produit des rapports, comme le rapport intitulé The Unequal City[9], axé sur le revenu et les iniquités connexes de santé. C'est le premier d'une série de plusieurs rapports qui se pencheront sur les iniquités dans l'accès aux déterminants de la santé et les états de santé. Des travaux sont en cours relativement aux rapports sur le transport et la santé, et la race et la santé. Ces deux rapports intégreront les dimensions reliées à l'environnement bâti. Nous travaillons également à des rapports sur le transport actif, la santé et l'environnement bâti, la santé des enfants et l'environnement bâti, et les options de transport collectif abordables pour les personnes à faible revenu. Nous avons aussi travaillé à des rapports et sur des enjeux reliés à la santé des enfants et aux

[7] Voir : http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/programf/pubhealthf/oph_standardsf/ophsf/progstdsf/pdfs/ophs_2008f.pdf.

[8] Voir : http://www.toronto.ca/health/hphe (en anglais seulement).

[9] Voir : http://www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf (en anglais seulement).

expositions environnementales, à l'Inventaire national des rejets de polluants (INRP) et aux communautés à faible revenu/« racialisées », et aux épisodes de chaleur extrême et aux populations à risque[10].

Question 3b :

Pouvez-vous nommer les « populations prioritaires » et les « populations à risque » dont vous avez parlé à la question 3a? Expliquez pour quelle raison ces populations sont considérées comme prioritaires.

Les NSPO exigent que les autorités de santé publique ciblent les « populations prioritaires » grâce à l'analyse épidémiologique, aux données de surveillance ou à d'autres travaux, y compris la consultation des communautés et des parties prenantes. En réponse à ces données, les praticiens de la santé publique peuvent choisir d'agir par l'intermédiaire d'interventions au niveau populationnel pour accroître l'accessibilité de certains sous-groupes ou encore d'établir des stratégies précises en vue de s'attaquer aux iniquités dans les DSS. Cette approche exige des autorités de santé publique de bien répartir les ressources entre les interventions universelles et les interventions axées sur les populations prioritaires pour en multiplier les effets et améliorer les résultats globaux en ce qui a trait à la santé des populations. La population prioritaire ou le groupe à risque sont définis en fonction de l'enjeu en question ou des déterminants sociaux sous-jacents examinés. Par exemple, notre rapport Unequal City de 2008 met en évidence les groupes prioritaires, comme les ménages à faible revenu, les nouveaux arrivants/immigrants et les groupes « racialisés »/minorités visibles[11].

Question 4 :

TPH fait partie de l'administration de la Ville de Toronto. Depuis la fusion, la ville comporte des environnements bâtis qui présentent une diversité encore plus grande de part modale des transports, de densité, de connectivité et de mixité des usages notamment. Ces caractéristiques ont des répercussions importantes autant sur les possibilités d'organiser et de modifier les systèmes urbains que sur les préférences des résidents à l'égard des infrastructures de transport et des caractéristiques de l'utilisation du sol. Comment gérez-vous ces tensions et les différences entre les secteurs de la ville et les groupes qui les habitent?

Les réalités de la ville de Toronto après la fusion présentent un certain nombre d'enjeux nouveaux reliés à l'environnement bâti. Des exemples de travaux illustrant la façon dont nous abordons ces enjeux sont présentés ci-dessous. Ces exemples montrent comment nous travaillons en partenariat avec nos collègues de toute la ville et avec des partenaires externes. Ces façons de travailler visent à intégrer une perspective de santé et d'équité aux enjeux qui ont des impacts sur la santé.

[10] Voir : http://www.toronto.ca/health/hphe (en anglais seulement).

[11] Voir : http://www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf (en anglais seulement).

Dès le début du projet COALITION, nous avons présenté des commentaires au cours du processus de révision de la Déclaration de principes provinciale[12], qui établit le cadre d'aménagement du territoire de la province. C'est ce cadre qui balise les enjeux de planification municipale. Nous avons formulé des commentaires directement au nom de TPH et également avec des partenaires du groupe de travail sur l'environnement bâti de l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO). L'objectif consistait à exercer une influence sur le cadrage politique qui informe le développement des plans officiels. Nous travaillons aussi à formuler des commentaires sur le Plan officiel de Toronto destinés à nos collègues de la Division de la planification urbaine[13], dans le cadre de leur cycle d'examens quinquennaux. Nos observations mettront en lumière des questions de santé et d'équité reliées au Plan officiel, des enjeux liés à la croissance et à la stabilité des quartiers dans la ville, ainsi que des enjeux entourant les secteurs d'emploi. Ces commentaires mettront également en lumière des enjeux reliés à la densité, à la mixité des usages et à la connectivité. De plus, nous préparons actuellement, en collaboration avec Centraide du Grand-Toronto, un rapport sur les barrières que pose le zonage à l'édification de communautés complètes. Ces travaux donneront lieu à une série de rapports abordant les enjeux de zonage qui nuisent à l'établissement de la combinaison idéale de services (c'est-à-dire des commerces d'alimentation de détail, des garderies, des services personnels et des organismes communautaires) dans les quartiers de tours, qui sont surtout situés dans les banlieues lointaines. En nous attaquant à de telles questions, nous espérons que la Ville encouragera l'aménagement d'éléments mixtes dans ces quartiers qui, à notre avis, favoriseront l'édification de communautés complètes dans tous les secteurs de la ville.

Nous travaillons aussi à plusieurs projets précis liés à la marchabilité, au transport actif et au transport collectif, ainsi qu'aux relations entre ces projets. Dans le cadre de ces travaux, nous avons conçu plusieurs produits de cartographie SIG à l'aide du logiciel du projet COALITION. Ces produits nous aideront à illustrer et à cartographier certaines tensions qui existent dans la ville quant au transport actif, au transport collectif et aux parcs. Par exemple, nous avons créé une carte de la marchabilité de la surface de la ville de Toronto et nous avons aussi produit une version qui superpose l'indice des SFR. Ce travail de cartographie sera intégré aux rapports qui seront préparés à l'intention du CS et qui porteront sur les résultats du sondage de l'initiative COALITION sur les préférences résidentielles concernant Toronto. Le travail de cartographie sera aussi intégré à un rapport sur le transport actif. Dans nos commentaires sur le Plan des parcs, nous incluons également une carte de la densité des parcs en vue de faciliter le choix des quartiers pour l'aménagement de futurs parcs. La marchabilité et les espaces verts seraient ainsi accrus dans les secteurs de la ville qui sont désavantagés à cet égard. Nous travaillons également à un rapport sur le transport collectif et la santé qui porte sur les enjeux d'équité entourant l'accès au transport collectif à travers la ville et la capacité de payer ce transport. Par ces travaux, nous cherchons à guider et à appuyer les autres divisions dans leurs efforts pour améliorer les états de santé dans la ville de Toronto.

[12] Voir : http://www.mah.gov.on.ca/Page2321.aspx.

[13] Voir : http://www.toronto.ca/opreview/ (en anglais seulement).

Question 5 :

Selon vous, qu'est-ce qui a été efficace dans vos efforts reliés à l'initiative COALITION et pour quelle raison?

Nos efforts reliés à l'initiative COALITION ont produit de nombreux résultats efficaces. Ces résultats proviennent autant des livrables précis du projet COALITION que de plusieurs projets nouveaux au sein de notre équipe à TPH et qui ont été catalysés par l'initiative COALITION. Par exemple, l'un des projets de l'initiative COALITION, le sondage sur les préférences résidentielles/ville favorable à la marche, a été présenté à notre CS au début du mois d'avril. À la suite de ce sondage mené dans la région du Grand Toronto (et dans le district régional du Grand Vancouver), nous avons formulé, avec nos collègues des services de planification urbaine et de transport, des recommandations propres à la ville de Toronto. L'autre livrable important, l'outil logiciel, a suscité de l'intérêt chez nos collègues à travers la ville et en dehors de celle-ci pour ses utilisations potentielles. Nous avons aussi travaillé à plusieurs autres projets connexes, comme un rapport sur le transport actif et la santé, dont la préparation a été accélérée en partie grâce à ce projet. Nous travaillons également avec la Division de la planification pour coanimer une table ronde intitulée « Planifier une ville de Toronto plus saine ». Cette collaboration vise à permettre la formulation de commentaires en matière de santé sur le Plan officiel de Toronto qui est actuellement soumis à une révision dans le cadre du processus de révision quinquennal. Globalement, l'initiative COALITION a permis la création de nouvelles occasions de travailler avec les partenaires internes et externes et permettra de générer plusieurs produits de connaissances et outils que nous serons en mesure de partager et d'utiliser dans le futur.

Question 6 :

Avez-vous autre chose à ajouter? Par exemple, avez-vous tiré d'autres leçons de l'initiative COALITION ou de vos travaux sur l'environnement bâti en général?

Sur le plan des leçons tirées de l'initiative COALITION, nous avons constaté que ce ne sont pas tous les outils qui fonctionnent dans tous les contextes. Par exemple, le projet d'études d'impact sur la santé entrepris dans la région de Peel semble très bien fonctionner pour cette région, mais a été plus difficile à appliquer dans le contexte de planification urbaine à Toronto. Ce projet n'a pas suscité l'intérêt de nos collègues de la Ville, lesquels ont considéré à juste titre que la plupart des aspects de cet outil se trouvaient déjà dans les mécanismes de planification de Toronto. Toutefois, nous avons constaté que différents partenaires de la Ville pourraient s'intéresser à l'outil logiciel. Par exemple, le personnel du service de la planification urbaine aimerait voir comment cet outil pourrait s'appliquer à son cadre de planification durable, et le personnel des services de transport aimerait savoir si l'outil peut être utile dans la priorisation des travaux de réfection et autres en cours à travers la ville. Le fait que le mandat soit ancré dans une politique et bénéficie d'un financement (c'est-à-dire que l'environnement bâti est intégré aux NSPO) a permis de créer un contexte favorisant la réalisation de ces travaux avec la Ville. Le fait que nos plans de travail et nos budgets soient établis en fonction des NSPO et que le mandat de mener des travaux dans ce domaine provienne d'une directive obligatoire permet de renforcer la capacité politique à réaliser ces travaux.

6 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL

Question 1 :

Comment et pourquoi les politiques informant l'environnement bâti sont-elles devenues un objet de travail pour la Direction de santé publique (DSP) de Montréal-Centre?

On peut situer aux années 1996-1997 l'amorce de l'implication de la DSP de Montréal dans le champ des politiques publiques relatives à l'environnement bâti. Cette époque a vu l'émergence du Regroupement montréalais pour la qualité de l'air (RMQA), créé dans la foulée du Plan de lutte contre le smog photochimique (une initiative d'Environnement Canada) et rassemblant des décideurs de divers horizons sous l'égide d'un conseiller municipal de la Ville de Montréal (M. Scott Mackay). Le RMQA comprenait, entre autres, des représentants du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) (alors appelé ministère de l'Environnement et de la Faune), du ministère des Transports du Québec (MTQ), de la Communauté urbaine de Montréal (CUM), de la Société de transport de Montréal (STM), d'Équiterre, de Greenpeace, de Transport 2000 et de la DSP (Dr Louis Drouin).

En 1998, la présidence du RMQA était assumée par le représentant de la DSP. Un travail collectif des membres a mené à la publication d'un ouvrage pionnier, *Pollution atmosphérique et impact sur la santé et l'environnement dans la grande région de Montréal*[14]. Ce document présentait les données régionales, provinciales et fédérales sur les sources d'émissions et les indices de qualité de l'air pour le territoire de la région métropolitaine. Le transport y était clairement identifié comme la principale source de pollution atmosphérique. Parmi les stratégies efficaces pour améliorer la situation, on y promouvait déjà la planification intégrée du transport et de l'aménagement du territoire. Un colloque a aussi organisé en parallèle sur le thème « Pollution atmosphérique, transport, aménagement et santé publique ». Enfin, le RMQA a cessé ses activités, mais le rôle qu'il jouait est maintenant assumé par le comité de liaison du Plan de développement durable de la collectivité montréalaise piloté au niveau de l'administration municipale par le responsable de l'environnement au Comité exécutif.

Au début des années 2000, la DSP de Montréal a adopté une priorité Transport et santé. En collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un programme de recherche a été entrepris sur les impacts sanitaires de la pollution atmosphérique générée par le transport. D'autres enjeux sanitaires du transport ont ensuite été l'objet de recherche : traumas, problèmes associés à la sédentarité, problèmes reliés au bruit.

C'est au cours de ces années que la santé environnementale s'est ouverte à un nouveau paradigme (l'environnement bâti) et qu'un immense domaine d'étude et d'intervention a commencé à se développer. Lorsqu'en 2005 la DSP de Montréal a été amenée à se réorganiser, un nouveau secteur, Environnement urbain et santé (EUS), a été formellement créé avec un responsable relevant directement du directeur régional de santé publique. Ce

[14] Un rapport synthèse de ce document est disponible à l'adresse suivante : http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs30970.

secteur allait poursuivre et intensifier les travaux amorcés dans les années antérieures, et une de ses premières productions comme équipe a été la rédaction du rapport annuel 2006 du directeur, *Le transport urbain, une question de santé*[15].

Le secteur EUS est le maître d'œuvre d'une des six orientations du Plan régional de santé publique 2011-2015, dont une des thématiques porte sur l'aménagement d'une ville et de quartiers sécuritaires favorisant un mode de vie physiquement actif. L'équipe est aujourd'hui constituée d'une quinzaine de professionnels issus de divers horizons disciplinaires tels que l'épidémiologie, l'urbanisme, la géographie, la kinésiologie, la toxicologie, la médecine communautaire et la sociologie.

Question 2 :

Comment ce travail est-il organisé (lien avec les administrations municipales/ régionales, ressources impliquées, positions dans la structure organisationnelle, support des hauts dirigeants, rôle du projet COALITION dans cet effort)?

Le travail du département EUS de la DSP est structuré en fonction de quatre domaines d'activité :

1. L'acquisition de données probantes;
2. L'influence des politiques publiques saines;
3. Le soutien aux partenaires de la communauté;
4. L'évaluation de l'efficacité des stratégies, des politiques publiques et des programmes.

Voici plus d'information sur ces volets d'action :

1. **L'acquisition de données probantes.** Par exemple, une cartographie des blessés de la route à Montréal (1999-2009) a été réalisée. Divers indicateurs ont commencé à être documentés pour une intégration dans l'Observatoire sur l'environnement urbain et santé qui est en phase d'élaboration. Un programme de recherche est également en cours afin d'évaluer l'impact des déterminants environnementaux sur la fréquence des traumatismes routiers chez les piétons et les cyclistes, de même que sur l'activité physique de transport.
2. **L'influence des politiques publiques saines.** Cette influence se manifeste surtout à travers la diffusion d'information et l'interpellation des parties prenantes, notamment par le biais de la présentation de mémoires et la participation à des rencontres périodiques avec des directions de la Ville de Montréal ou de la Communauté métropolitaine de Montréal. Par exemple, la DSP a produit le rapport annuel 2006 du directeur de santé publique, qui portait sur les divers impacts sanitaires du transport urbain et proposait des pistes d'action. Des avis de santé publique ont été présentés sur des projets majeurs, routiers ou immobiliers (rue Notre-Dame, échangeur Turcot, pont Olivier-Charbonneau [anciennement le pont à péage de l'autoroute 25], autoroute Bonaventure, campus de l'Université de Montréal à la gare de triage d'Outremont, Griffintown, etc.) ainsi que sur des politiques (projet de loi 42, Charte du piéton, Plan de transport, etc.). La DSP poursuit ses représentations auprès du MTQ pour accorder plus de financement et plus de place au transport collectif et réduire le trafic automobile.

[15] Voir : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-491-8.pdf.

3. **Le soutien aux partenaires de la communauté.** Une aide financière ou technique a été apportée à divers organismes communautaires. Vélo Québec a notamment profité de cette aide pour son programme « Mon école à pied, à vélo ». Le Conseil régional de l'environnement en a profité pour développer, en particulier, une concertation en matière d'apaisement de la circulation ainsi que pour organiser de la formation et réaliser, avec la collaboration d'experts, des activités de transfert des connaissances sur les meilleures pratiques en matière d'aménagement urbain et de transport auprès des élus et des professionnels concernés.

   De plus, avec la Ville de Montréal, la DSP a mis sur pied le programme Quartiers 21[16]. Ce programme s'arrime avec l'orientation visant le développement d'un « environnement urbain favorable à la santé » adoptée par la DSP ainsi qu'avec la démarche de l'Agenda 21e siècle local[17] et les orientations du Plan de développement durable de la collectivité montréalaise[18]. Le programme fournit des subventions sur une base triennale (130 000 $) à des projets mettant en pratique les principes de développement durable au niveau d'une communauté, à la création de quartiers verts et actifs et, entre autres, à la création d'environnements favorables à la mobilité active. Ces projets visent à favoriser la sensibilisation et la participation des citoyens à l'égard des enjeux environnementaux, sociaux et économiques de même que la concertation de l'ensemble des acteurs locaux : institutionnels, communautaires et privés. Les canaux par lesquels se fait cette concertation varient d'un projet à l'autre. Les projets Quartiers 21 sont réalisés par différents organismes promoteurs, avec le soutien technique ou financier des arrondissements et des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) où les projets se déroulent[19]. Le choix des projets se fait à la suite d'un processus de sélection. La DSP investit 350 000 $ par an dans ces projets communautaires et la Ville, 170 000 $.

   La DSP en a fait davantage dans ce domaine. À travers les fonds COALITION, on a développé des outils sur mesure pour les groupes citoyens, tels qu'un instrument d'audit pour estimer le potentiel piétonnier des rues ainsi qu'un atlas traçant le portrait de 180 projets montréalais de mobilisation communautaire visant à créer des quartiers verts et actifs. Le développement de ces outils vise à équiper de façon plus sophistiquée les organismes non gouvernementaux (ONG) et les groupes citoyens afin d'augmenter leur efficacité à influencer les politiques d'environnement bâtis. D'ailleurs, l'outil d'audit piétonnier produit dans le cadre de ce projet COALITION va au-delà des mesures traditionnelles de « walkability » telles que le la mixité des usages, la densité, la connectivité et les normes de recul des commerces, pour y inclure des mesures à beaucoup plus petite échelle — mais aussi importantes — telles que les attraits visuels et l'aménagement pour se sentir en sécurité. Les groupes de quartier seront ainsi en mesure d'identifier un réservoir plus large et détaillé d'éléments d'environnement bâti qui pourraient être améliorés, à court ou à moyen terme, pendant qu'on travaille sur des améliorations d'aménagement du territoire et du transport en commun à beaucoup plus large échelle — lesquelles vont nécessiter des temps d'implémentation beaucoup plus longs.

[16] Voir : http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=7017,84077631&_dad=portal&_schema=PORTAL.
[17] Voir : http://www.a21l.qc.ca/9569_fr.html.
[18] Voir : http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=7017,70783606&_dad=portal&_schema=PORTAL.
[19] Voir : http://www.a21l.qc.ca/17526_fr.html.

4. **L'évaluation de l'efficacité des stratégies.** La DSP a établi des collaborations avec les chercheuses des universités locales pour évaluer diverses interventions visant à améliorer les environnements bâtis. Par exemple, une évaluation de l'impact santé du Programme Bixi, le système de vélos en libre-service de Montréal lancé en 2009, est en cours avec la collaboration de l'Université de Montréal. En plus, le projet COALITION nous a permis d'amorcer avec l'Université de Montréal l'évaluation du programme Quartier 21 de mobilisation communautaire financé par la DSP et la Ville (voir le point 3 plus haut). Les cas d'études en résultant vont nous donner des indices sur les actions et politiques qui ont le potentiel d'amplifier l'impact des projets communautaires. Reconnaissant que les environnements bâtis sont construits et transformés par les urbanistes, les ingénieurs et autres employés municipaux, la plupart des recherches et le développement d'outils ont à ce jour porté sur les moyens de mobiliser ces professionnels pour créer des environnements qui favorisent le transport actif et le développement durable. En comparaison, beaucoup moins de travail a été réalisé sur le rôle joué par les groupes communautaires et la société civile. Ces acteurs peuvent effectivement encourager les décideurs et les élus à approuver et à soutenir financièrement les modifications visant l'environnement bâti adoptée par les urbanistes et les ingénieurs. Ce projet d'évaluation COALITION va combler ces lacunes de connaissances.

Pour toutes les activités ci-dessus, la DSP travaille avec plusieurs acteurs dans différents secteurs et niveaux d'influence politique. En établissant des alliances avec les groupes communautaires, les chercheuses et les ONG, nous augmentons le poids du secteur santé dans les forums de délibérations politiques, et vice-versa. En général, la diversité et le nombre d'acteurs avec lesquels on travaille sont un reflet de la multitude de groupes et de niveaux politiques ayant un intérêt dans l'aménagement urbain et le développement d'infrastructures de transport. Plusieurs leviers d'influence ont donc été actionnés de façon simultanée.

Vous trouverez en annexe 1 un schéma et les tableaux qui donnent un aperçu du cadre logique du secteur EUS de la DSP et qui font un lien direct entre les volets d'action ci-dessus et nos objectifs stratégiques.

Question 3 :

Sur quelles politiques vous êtes-vous concentrés et quelle est la/quelles sont les logiques des choix effectués? Par exemple, ces choix se sont-ils faits sur la base de fenêtres d'opportunités, du potentiel d'impact de ces politiques, de besoins d'amélioration de certains états de santé spécifiques, ou sur la base d'autres considérations?

Nous nous concentrons sur les politiques de transport et d'aménagement urbain et routier qui déterminent — tel qu'il est prouvé scientifiquement — la réalisation des objectifs adoptés dans notre cadre logique (voir annexe 1) et auxquelles on s'engage, étant données leurs implications de santé publique. Nous travaillons notamment sur les politiques affectant les objectifs énoncés dans la figure 2.

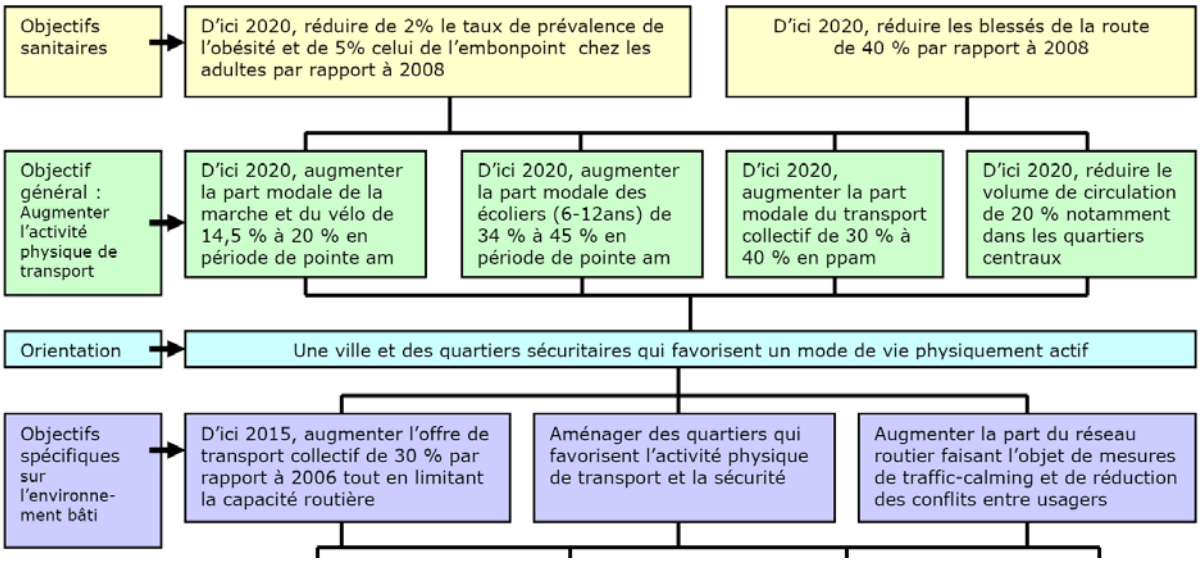


Figure 2 Objectifs du secteur EUS de la DSP de Montréal

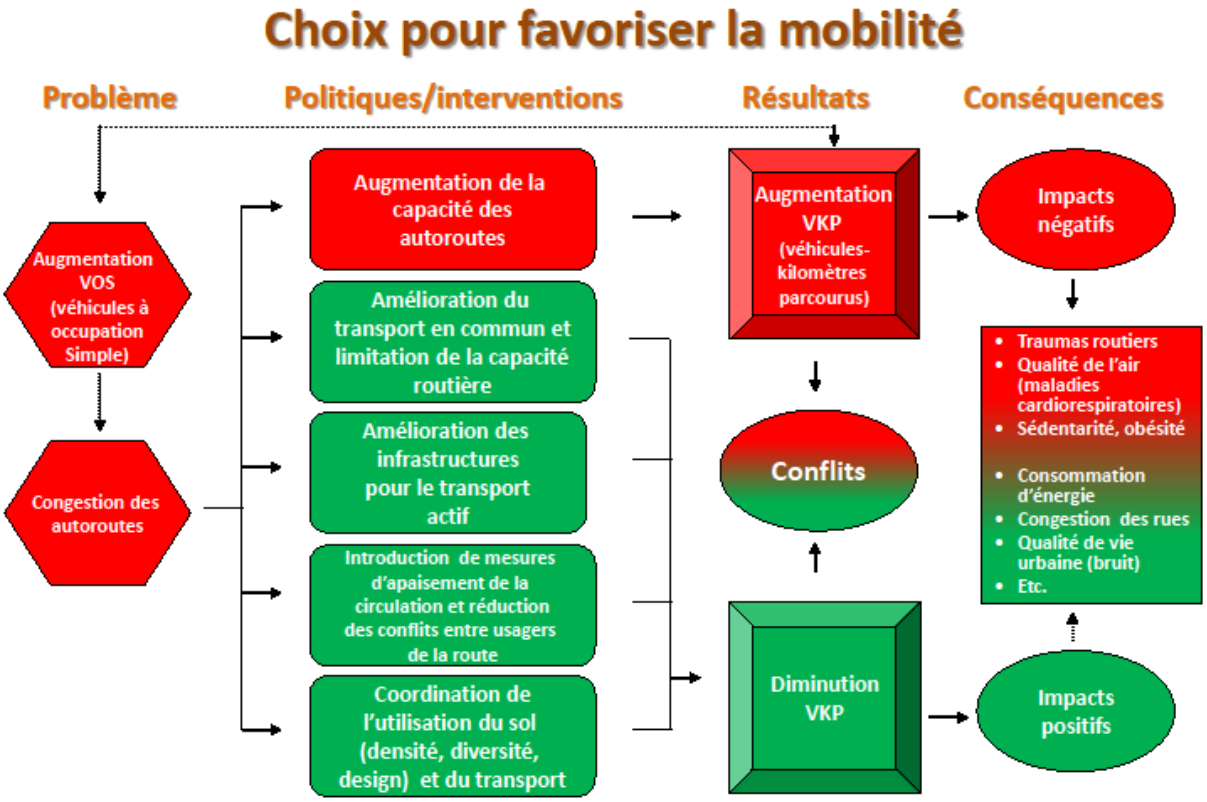
Essentiellement, notre action vise à faire augmenter la part modale du transport actif et collectif. Un transfert modal, même de quelques points de pourcentage, à l'échelle de la population a un potentiel énorme d'impact positif sur le fardeau des maladies chroniques. Pour contribuer à ce transfert modal, deux types de politiques doivent être développés :

1. Des politiques visant l'aménagement du territoire, l'offre de transport collectif, l'apaisement du trafic et l'augmentation d'infrastructures de transport actif. C'est-à-dire le développement urbain structuré autour des infrastructures de transport en commun (Aménagement axé sur le transport en commun (AATC) ou « Transit Oriented Development » [TOD]), tel que le préconise le Plan métropolitain d'aménagement et de développement adopté en décembre 2011 par la Communauté métropolitaine de Montréal. Cette approche appuie aussi la réorientation du développement urbain pour aménager une ville et des quartiers plus denses, plus compacts, plus diversifiés sur le plan des fonctions urbaines et avec une meilleure connectivité.
2. Des politiques visant le financement adéquat du transport collectif, tel que le réclame l'Alliance pour le financement des transports collectifs du Québec (TRANSIT), laquelle est financée en partie par la DSP[20]. Les trois ordres de gouvernement, municipal, provincial et fédéral, sont interpellés dans ces démarches.

L'action déployée eu égard à ces politiques profite d'une conjoncture favorable entraînée par le débat sociétal qui s'est intensifié depuis quelques mois à Montréal à cause des problèmes persistants, voire croissants, de congestion qui sévissent dans la région.

[20] Voir : http://www.transitquebec.org.

La figure 3 présente la rationalité qui sous-tend notre action et nos choix quant aux politiques publiques ciblées par notre équipe.



Source: DSP de Montréal, adapté de Vuchic, V.R. (1999). Transportation for Livable Cities. New Brunswick (New Jersey): Center for Urban Policy Research.

Figure 3 Choix pour favoriser l'activité physique de transport

Question 4 :

Vous n'avez pas, jusqu'ici, abordé la question des inégalités dans vos réponses. Pourtant, il s'agit d'une des préoccupations importantes en matière de transport si l'on considère les travaux des membres de votre équipe. Selon vous, quels sous-groupes de la population montréalaise sont les plus affectés négativement par les politiques actuelles et comment le sont-ils? Et comment les changements que vous réclamez vont-ils les affecter, selon vous?

Les problèmes de santé auxquels nous sommes confrontés – notamment les traumatismes routiers, les problèmes cardio-respiratoires et l'excès de poids – résultent en partie de politiques publiques qui depuis plus de quarante ans ont favorisé l'augmentation de capacité routière et l'étalement urbain. Les quartiers centraux où réside une population relativement défavorisée sur le plan socio-économique sont exposés à de forts volumes de circulation automobile. La mauvaise qualité de l'air est associée à une plus grande prévalence de maladies respiratoires. Les ambiances sonores que nous commençons à documenter sont associées à de la gêne et à de la haute tension artérielle. Le risque de traumatismes

routiers, en particulier pour les piétons et cyclistes, est plus élevé dans les quartiers défavorisés, là où la circulation automobile est aussi plus élevée. Ces réalités ont d'ailleurs été décrites dans un chapitre du dernier rapport annuel du directeur de santé publique[21].

Les politiques publiques qui ont favorisé ces développements dont on mesure aujourd'hui les impacts négatifs sur la santé de la population, et au premier chef sur la santé des groupes vulnérables économiquement, doivent donc être remises en question. La DSP soutient la nécessité d'un investissement massif dans le transport en commun ainsi que dans les infrastructures favorisant le transport actif. La mise en place de telles politiques tend à réaliser un transfert modal vers le transport actif et collectif dont les bénéfices sont multiples : meilleure qualité de l'air, volumes de circulation réduits, plus haut niveau d'activité physique à l'échelle de toute la population.

Le transfert modal entraîné par ces politiques permet une amélioration de la mobilité pour tous et notamment pour ceux qui, faute d'un moyen de transport privé et mal desservi par le transport collectif, n'avaient qu'un accès difficile à des services publics (santé, éducation, culture…) et à des lieux d'emploi. Une mobilité améliorée grâce à un système de transport public priorisé et mieux financé permet une réduction des temps de transit entre le travail et la résidence. Ce gain de temps dont bénéficient les citoyens de Montréal et ceux de la grande région métropolitaine peut alors être consacré à des activités familiales et de loisirs. Les politiques publiques que nous souhaitons en matière de transport et d'aménagement urbain sont donc susceptibles à la fois de réduire les inégalités sociales et d'améliorer les conditions de vie et de santé de façon universelle, pour l'ensemble de la population.

Question 5 :

Tel que vous l'avez mentionné plus tôt, votre projet COALITION consiste pour une large part en une évaluation de programmes d'action communautaire sur l'environnement bâti — dont certains sont des programmes que vous financez. Pourriez-vous décrire ces programmes (leur ampleur, les acteurs qui les réalisent, etc.) et expliquer pourquoi et comment la DSP en est venue à développer un programme de financement de cette nature?

Le secteur EUS de la DSP de Montréal a développé, de concert avec la Ville de Montréal, le programme Quartiers 21[22]. Ce programme a été développé en 2005-2006 dans la foulée du Plan de développement durable de la collectivité montréalaise (2005-2010) auquel la DSP avait été associée comme un partenaire très actif.

Une des cibles d'action de ce plan consistait en l'amélioration de la qualité de vie des milieux résidentiels. Cette priorité impliquait, entre autres, de tendre vers une mobilité plus durable en apaisant la circulation, en créant des environnements favorables à la marche, avec des services de proximité (comme un marché public), de la verdure, dans un quartier revitalisé.

[21] Voir : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-115-2.pdf.
[22] http://www.santemontreal.qc.ca/vivre-en-sante/environnement-sain/programme-quartiers-21/.

D'un point de vue de santé publique, la promotion de la mobilité durable était déjà à cette époque ciblée comme un élément important d'une stratégie efficace pour lutter contre l'obésité et les traumatismes routiers. La mobilisation communautaire apparaissait, dans ce contexte, comme une façon incontournable d'influencer les administrations publiques et de les amener à développer des politiques publiques saines.

Chaque année, le programme Quartier 21 sélectionne quatre nouveaux projets communautaires et s'engage à les financer pour une période de trois ans à raison de 30 000 $ la première année et de 50 000 $ les deux années subséquentes. Les projets sont soumis à la suite d'un appel d'offres et sélectionnés par un comité de sélection conjoint Ville-DSP. La sélection se fait en fonction de critères précis qui sont explicités dans le cadre de référence du programme[23]. Les projets peuvent être portés par une Table de concertation locale ou par un organisme communautaire. Chaque proposition de projet doit obligatoirement être accompagnée d'une confirmation écrite stipulant que le CSSS et l'arrondissement soutiennent le projet. Cet appui des institutions locales, sociosanitaires d'un côté et municipales de l'autre, est considéré comme un gage de succès des projets que nous finançons. Il y a actuellement 12 projets en action, à des stades différents de réalisation. La DSP investit 350 000 $ annuellement et la Ville de Montréal, 170 000 $.

Question 6 :

Pour beaucoup d'autorités de santé au Canada, l'ampleur du programme que vous décrivez, et même sa nature, pourrait surprendre. En effet, peu ont des ressources à consacrer à du financement d'organisations à but non lucratif pour travailler sur l'environnement bâti — ce qui va peut-être de pair, dans bien des cas, avec un certain inconfort dans le soutien à des organisations qui, par ailleurs, ne font pas formellement partie de l'appareil de l'action publique. Comment pouvez-vous consacrer ce niveau de ressources au financement de ce type d'organisations et comment cette façon de faire est-elle légitimée au sein du réseau de la santé du Québec?

Le programme que nous avons développé repose essentiellement sur le cadre de référence en développement des communautés produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Ce cadre de référence souligne l'importance de la mobilisation communautaire à l'échelle locale comme stratégie de promotion de la santé. Les organismes communautaires, qui sont les acteurs sociaux de premier plan dans ce contexte, reçoivent un soutien important de la part du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, de multiples façons : par l'obtention de données probantes dont ils peuvent faire usage pour étayer leurs argumentaires, par le financement d'actions spécifiques ainsi que par des activités de transfert et d'échange de connaissances pour les aider dans l'analyse des problématiques et la recherche de stratégies efficaces.

Depuis plusieurs années, le MSSS transfère à la DSP des fonds qui financent le déploiement de programmes particuliers comme les programmes Sécurité alimentaire, Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) et Prévention de la violence faite aux femmes. Ces

[23] Voir : http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_DURABLE_FR/MEDIA/DOCUMENTS/LE%20CADRE%20DE%20REFERENCE%20Q21%20-%20MILLER%20-%20VDM_0.PDF.

programmes comprennent un volet majeur de mobilisation communautaire visant la création d'environnements favorables.

En lien avec les fonds transférés par le MSSS dans le cadre de l'action gouvernementale de soutien à la mobilisation communautaire, la DSP de Montréal a décidé, il y a cinq ans, d'octroyer un fonds récurrent pour des quartiers actifs et sécuritaires. C'est ainsi qu'une somme annuelle de 417 000 $, gérée par le secteur EUS de la DSP, est consentie à des projets de mobilisation communautaire locale et régionale pour promouvoir des quartiers actifs et sécuritaires.

Question 7 :

Quand le cadre de référence de soutien à l'action communautaire a-t-il été défini par le MSSS? Et quels acteurs ont contribué à ce que cela soit défini de cette manière? Se sont-ils heurtés à des réticences pour le faire accepter?

Le cadre de référence est la mise à jour 2008 du Programme national de santé publique publié par le MSSS la même année[24]. Une des stratégies d'action pour assurer son déploiement est de soutenir le développement des communautés; cela est bien explicité aux pages 61 à 65 et dans l'ensemble des références. Il y aurait lieu de consulter les employés du MSSS qui ont écrit ce chapitre pour savoir quels acteurs ont été consultés.

Question 8 :

Qu'est-ce qui a été efficace dans le projet COALITION?

Le projet COALITION montréalais sur les initiatives de mobilisation communautaire et leur impact sur la promotion de la mobilité durable a permis de rassembler les acteurs de différents secteurs, locaux et régionaux, dans l'élaboration d'une vision commune de la problématique ainsi que dans la recherche et l'identification de pistes d'action permettant de potentialiser l'effet des projets ONG sur la mobilité durable.

Dans les deux quartiers étudiés (Centre-Sud et Mercier-Est), les différents acteurs sociaux, tant les ONG que les institutions, ont réalisé comment leur travail, par le biais de leur mission et de leur responsabilité spécifique, contribuait à la mobilité durable en touchant à l'une ou l'autre de ses dimensions. Le processus d'élaboration d'une vision commune de la mobilité durable a culminé dans les rencontres des groupes d'experts au cours desquelles s'est conjuguée l'expertise de personnes-ressources de l'extérieur de chacun des quartiers avec celle des acteurs locaux.

Le projet COALITION visait à déterminer comment le potentiel d'influence des ONG sur la mobilité locale pouvait être maximisé. À cet égard, les rencontres des groupes d'experts ont permis de renforcer le maillage entre les intervenants, tant institutionnels que communautaires, notamment en ce qui a trait à la production et à l'échange de données. Ces échanges constituent des conditions nécessaires à la réalisation d'un véritable partenariat. Les représentants du secteur institutionnel provenaient du milieu universitaire

[24] Pour consulter la mise à jour, voir : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf.

(École Polytechnique), du secteur de la santé ainsi que de plusieurs services de la ville centrale ou de l'arrondissement (Urbanisme, Transport, Travaux publics, Sports, loisirs et développement social). C'était la première fois que des citoyens, des représentants de groupes communautaires, des élus, des intervenants du secteur public, apportant une expertise professionnelle issue de disciplines diverses (urbanisme, travail social, génie, architecture, santé publique, administration, etc.) échangeaient sur la thématique du projet.

Les participants ont eu accès à des données clés sur les composantes de l'environnement bâti qui favorisent la mobilité durable et l'activité physique de transport, et qui contribuent à réduire les maladies chroniques et les traumatismes (voir schéma présenté en annexe 2). Ces informations ont été contextualisées selon les différents niveaux d'interventions afin de mettre en relief l'imbrication nécessaire entre les interventions des acteurs locaux (en l'occurrence les ONG) et des acteurs qui interviennent aux niveaux régional et métropolitain (voir schéma présenté en annexe 3). Ces personnes ont également ciblé les besoins d'information à combler ainsi que les indicateurs qui devront être suivis — par exemple le bruit, la qualité de l'air, les services de proximité, l'emploi local ainsi que les perceptions des citoyens à propos de l'environnement bâti. La DSP pourrait d'ailleurs assurer la gestion de ce système d'information ouvert et utile à tous les intervenants préoccupés par la promotion de la mobilité durable, à l'échelle locale ou régionale.

En plus de l'information provenant de bases de données administratives, le projet COALITION a permis de compléter ces connaissances par une collecte d'informations complémentaires sur le terrain grâce à un outil d'observation systématique permettant l'évaluation du potentiel piétonnier dans les deux quartiers étudiés.

L'élaboration d'un diagnostic doit mener à des interventions sur l'environnement bâti pour lesquelles la maîtrise d'œuvre appartient évidemment à l'instance municipale (ville centrale ou arrondissement). L'*input* citoyen est cependant essentiel pour déterminer les enjeux et les priorités locales, pour guider la finalisation des plans locaux de déplacement et influencer leur intégration dans le plan d'urbanisme. La mobilisation communautaire et les partenariats établis avec les acteurs municipaux seront garants d'une meilleure harmonisation entre les travaux d'infrastructure décidés au central et les besoins locaux, par exemple en ce qui a trait aux mesures d'apaisement de la circulation. La prise en compte des priorités citoyennes et leur incorporation dans les plans d'action sont de nature à favoriser une plus grande acceptabilité sociale des projets visant la mobilité durable.

Enfin, l'évaluation des résultats constitue une fonction qui s'inscrit naturellement dans le mandat qui est dévolu à la DSP.

Le projet COALITION aura donc créé une dynamique qui amène les acteurs locaux et régionaux à préciser le rôle que chacun peut jouer pour promouvoir la mobilité durable.

Enfin, la participation au projet COALITION pancanadien a créé un réseau de communication avec des partenaires d'autres grandes villes et régions du pays, ce qui a donné l'occasion à la DSP de Montréal de partager avec eux les résultats de ses recherches et de ses interventions.

CONCLUSION

Avant d'amorcer les entrevues avec les professionnels des autorités de santé membres de la coalition Bâtir un Canada en Santé, il a été convenu avec eux que les questions allaient couvrir quatre dimensions de leur travail d'influence des politiques publiques. Tel que nous l'avons évoqué en introduction, ce projet d'entrevue consistait à :

1. bien cerner le contexte pragmatique de leurs activités autour des politiques publiques ayant des incidences sur l'environnement bâti en général et de leur effort dans le cadre du projet COALITION en particulier;
2. examiner les effets constatés et anticipés de leurs efforts, en les comparant au modèle logique que chacune des autorités de santé avait développé;
3. faire un bilan de ce qui a été appris à travers ces efforts; et
4. mener un travail de réflexion sur les tenants et aboutissants politiques de ces efforts.

Ces entrevues ont fourni ample matière à réflexion pour les autres autorités de santé qui cherchent à influencer les politiques publiques informant l'environnement bâti ou qui envisagent de le faire. Notons que les autorités de santé qui ont répondu à nos questions bénéficiaient de ressources humaines et financières et d'un bagage d'expériences antérieures fort différents. Cette diversité reflète les conditions de pratique d'un éventail très large d'autorités de santé et permet à ces entrevues de constituer une ressource qui permettra des réflexions stratégiques à propos des quatre dimensions ciblées. Cette réflexion sera utile à tous, et pas seulement aux autorités des grandes villes, par exemple.

Le but de cette section n'est pas d'en faire une synthèse. Cela serait une tâche ardue sinon vaine que de réduire ces expériences à un commun dénominateur et de gommer la richesse de la grande diversité des approches retenues par les autorités de santé. Il s'agit plutôt ici de revenir sur les pages précédentes pour attirer l'attention du lecteur sur certains choix effectués par les autorités de santé et sur certains des effets relatifs aux états de santé populationnels et leurs déterminants, aux dimensions politiques et aux enjeux éthiques soulevés par ces projets.

Des préoccupations communes

À la lecture des réponses d'entrevues, on peut d'emblée remarquer que toutes les autorités de santé font la promotion de la densification de l'occupation du territoire, d'un accroissement de sa mixité des usages (résidentiel, services divers, emploi, notamment) ainsi que, pour certaines autorités de santé, de la connectivité du réseau de voies publiques pour la circulation à vélo et à pied. Sans que leurs pratiques se réduisent à ces dimensions, cette préoccupation concerne différentes échelles de planification. Cette concentration sur ces dimensions se comprend aisément. Les caractéristiques du bâti déterminent en grande partie le nombre de kilomètres parcourus par les personnes et pour le transport des biens dans une agglomération donnée, les modes de déplacement ainsi que, notamment, l'accès et le mode d'accès aux biens et aux services par les membres d'une population donnée, ce qui a des impacts importants pour la santé de la population en général et pour celle de certains groupes en particulier. Par exemple, plus la part des modes actifs et collectifs sera

grande par rapport à celle des transports motorisés individuels, plus l'accessibilité de divers biens et services pour les catégories de personnes non motorisées sera élevée. Une accessibilité accrue à divers biens et services pour ces catégories de personnes peut se solder, par exemple, par une réduction du nombre et de la superficie des déserts alimentaires et de l'insécurité alimentaire qui leur sont associés – et cela est vrai aussi pour nombre d'autres biens et services contribuant à une bonne santé. La promotion de ces caractéristiques s'inscrit dans de larges tendances de planification urbaine et de planification de la mobilité, tendances assez largement partagées aujourd'hui au Canada, et ce, même dans les agglomérations urbaines du pays qui se développent et s'étendent le plus rapidement. Leur opérationnalisation dans les politiques d'urbanisation laisse toutefois les acteurs de santé publique face à au moins deux grands ordres de défis ou de questions : (1) comment peut-on participer au passage des principes à la planification et à leur actualisation dans les projets et (2) qu'en est-il des aspects qualitatifs des aménagements que ces principes guideront? Voici quelques réflexions à ces propos.

Des principes à leur opérationnalisation

Pour ce qui est de la première question, on peut retenir de ces entrevues que la promotion de ces principes ne se heurtera pas à une opposition fondamentale. Les enjeux d'acceptabilité politique tourneront plus autour de l'intensité des changements requis (et conséquemment des détails précis des plans d'urbanisme ou du schéma d'aménagement et la priorisation des projets à réaliser) qu'autour des grandes orientations politiques. Autrement dit, les prises de position et les propositions de politiques des autorités de santé, lorsqu'elles font la promotion de ces caractéristiques, ne semblent pas trop en décalage par rapport aux grandes orientations de la planification urbaine contemporaine. L'approche urbanistique qui était basée sur l'étalement urbain sans limites, sur une séparation fonctionnelle nette entre résidences, emplois et commerces et qui mettait un accent prédominant et souvent exclusif sur la circulation motorisée semble à peu de détails près être une relique du passé dans les grandes agglomérations du pays. Pour prendre un indice parmi d'autres, une des agglomérations urbaines du pays qui se développe et s'étend le plus rapidement au pays, Edmonton, a adopté des orientations de planification urbaine et de transport tout à fait conséquentes avec les principes énoncés plus haut[25]. Ainsi, les désaccords et les débats autour des politiques risquent fort de se produire à propos du niveau et de la rapidité des efforts à fournir pour densifier, pour créer une mixité des usages et pour favoriser les transports collectifs et actifs. On peut également penser que ces désaccords seront encore plus intenses autour des projets et des aménagements spécifiques par lesquels ces principes doivent être actualisés. En clair, les débats d'aménagement ne tourneront probablement pas autour de questions comme « devons-nous densifier notre ville ou laisser l'expansion urbaine se poursuivre sans contrainte? » ou encore « devons-nous créer des secteurs présentant une diversité fonctionnelle ou au contraire les ségréguer au maximum? » Plutôt, les désaccords auront fort probablement des points pivots tels : Dans tel type de secteur, la norme imposée devra-t-elle prévoir *x* commerces ou *y* commerces à l'hectare? Doit-on réduire, maintenir ou augmenter la capacité routière de tel segment du réseau autoroutier? Doit-on récupérer ou non de l'espace consacré au stationnement

[25] Voir: http://www.edmonton.ca/city_government/documents/land_sales/TransportationMasterPlan.pdf (en anglais seulement).

automobile sur telle rue au profit d'une piste cyclable? Doit-on installer un tramway (et réduire l'espace destiné à la circulation motorisée individuelle) sur telle voie publique ou plutôt devons-nous le déployer en souterrain? Doit-on imposer des densités minimales dans tel secteur de l'agglomération ou imposer un périmètre d'urbanisation et, si oui, où et comment?

Les autorités de santé devront vraisemblablement se demander si elles souhaitent s'impliquer dans ces dynamiques politiques pour infléchir les objectifs précis de planification municipale, régionale ou à l'échelle de projets spécifique – et évaluer la façon dont elles peuvent le faire. La Direction de santé publique de Montréal s'est déjà prononcée et a animé des séances d'échanges sur les projets autoroutiers. Elle propose, en outre, des objectifs assez précis en matière de véhicules-km parcourus à l'échelle de la ville, par exemple. Les régions de Peel et de Toronto ont pour leur part décidé de s'impliquer dans les processus de développements immobiliers par la promotion d'outils d'évaluation de leurs impacts – respectivement un cadre d'analyse des impacts sur la santé et un logiciel de modélisation d'impacts sur la santé. Ces expériences doivent-elles être poursuivies ailleurs, étendues à d'autres types de projets, réalisées avec/par les mêmes ou d'autres outils et processus? Voilà certaines des questions qui viennent à l'esprit et auxquelles les acteurs de santé publique devront trouver des réponses à la suite de la lecture des entrevues.

Les principes de densité, de mixité des usages et de connectivité promus par les autorités de santé semblent bien acceptés dans leurs milieux respectifs, au-delà de désaccords bien réels sur l'intensité de l'effort à fournir et sur des projets particuliers. Il reste également en suspens les aspects qualitatifs des aménagements qu'ils conditionneront – la seconde question. Cela est vrai pour leurs effets généraux, mais aussi en particulier, si l'on pense particulièrement à leurs effets sur les inégalités. Pour prendre un effet général, la densification des milieux urbanisés est sans doute un vecteur de toutes sortes d'effets bénéfiques pour la santé publique, mais une densification peut aussi provoquer des effets moins intéressants sur ce plan. En effet, la densification peut provoquer un accroissement important de la minéralisation des surfaces urbaines, c'est-à-dire une augmentation du rapport entre les infrastructures de béton, de ciment et d'asphalte et celles dites naturelles ou vertes. Cette minéralisation peut accroître les ilots de chaleur, par exemple. Elle peut aussi augmenter l'ampleur du ruissellement de surface et ainsi dépasser la capacité des ouvrages municipaux de captation et de traitement des eaux usées (Lafontaine-Mercier, Olivier et Chicoine, 2010). En matière d'inégalités de santé, une préoccupation majeure de toutes les autorités de santé, comme en font foi leurs réponses, est celle selon laquelle une densification peut également éliminer des espaces utilisés réellement ou potentiellement à des fins agricoles par des groupes de personnes vivant de l'insécurité alimentaire. Du principe de la densification à la façon dont ce principe sera rendu concret et qu'il affectera par ses qualités ou caractéristiques l'environnement bâti d'une ville ou un secteur d'une ville donné, il y a donc un espace que les acteurs de santé publique devront apprendre à apprécier et qu'ils devront négocier pour optimiser leurs propositions d'options politiques.

Une action à l'échelle du bâtiment et dans le secteur de la santé

Le travail de la Vancouver Island Health Authority (VIHA) sur le réaménagement d'un hôpital de Victoria est intéressant à deux titres, au moins. D'une part, alors que les autres autorités de santé se préoccupent principalement des échelles municipales et régionales de développement, le travail de la VIHA rappelle que l'échelle du bâtiment présente un terrain fertile pour les transformations des pratiques et des politiques d'aménagement. Cette échelle d'intervention semble d'autant plus pertinente qu'un projet de bâtiment spécifique est souvent un catalyseur significatif de développement de l'organisation spatiale. D'autre part, le travail de la VIHA repose sur l'idée encore peu répandue qu'il est possible d'optimiser la performance sur le plan de la santé environnementale des établissements du réseau de la santé, en changeant les pratiques et politiques d'aménagement et de réaménagement des sites eux-mêmes et leurs rapports avec leur environnement. En ce qui a trait à ce dernier point, le travail de la VIHA montre par exemple qu'il est possible d'optimiser la performance en tentant d'orienter les déplacements en direction et à partir des sites sur des modes de circulation doux (pour reprendre un qualificatif souvent employé en France), c'est-à-dire ayant moins d'impacts sur leurs milieux d'insertion et l'environnement en général. Cet exercice rappelle ainsi que le travail sur l'environnement bâti n'a pas à être considéré comme étant simplement de nature intersectorielle – le réseau de la santé étant lui-même un participant actif et, en plusieurs endroits, un participant important du façonnement de l'organisation spatiale de nos formations sociales. Cela est d'ailleurs vrai tant sur le plan de l'aménagement des établissements de santé eux-mêmes que de la planification de leur localisation aux échelles régionale et provinciale. Peut-être qu'un travail à l'intérieur du réseau de la santé en parallèle à des interventions intersectorielles pourrait mettre en avant le « leadership » des autorités de santé et faciliter la collaboration que toutes les autorités de santé souhaitent, comme nous l'avons vu dans les entrevues. Un tel travail aurait aussi le réel avantage de faciliter celui des autres secteurs d'activité afin qu'ils modifient leurs pratiques et politiques, par exemple en générant moins de déplacements automobiles et en réduisant la pression sur les planificateurs des transports pour répondre à ce type de demande.

Déterminer des objectifs politiques et des types de changement

En politique publique, la distinction entre changements paradigmatiques et changements normaux est assez fréquente (Howlett, Ramesh et Perl, 2008). Dans les réponses des autorités de santé, on peut discerner que celles-ci font appel à ces deux types de changements politiques. Les objectifs de la Direction de santé publique (DSP) de Montréal étant très explicites et semblant faire appel aux deux types de changements, nous utilisons cet exemple pour discuter des enjeux de viabilité politique et de santé publique sous-jacents à ces deux types d'appels au changement. Pour prendre un exemple de changement paradigmatique, la DSP de Montréal vise une réduction de 20 % par rapport à 2008 du nombre de kilomètres parcourus en automobile sur l'île de Montréal en 2020 (voir annexe 1). Or, à Montréal, la politique des transports consiste principalement, et ce depuis plusieurs décennies, à assurer une certaine fluidité de la circulation pour un nombre sans cesse croissant, en chiffres absolus, de véhicules-km parcourus en automobile et en camion. Il est donc assez aisé de remarquer qu'il s'agit ici d'un appel à un changement paradigmatique. En même temps, et sans que cela soit contradictoire, la même DSP en appelle à un accroissement de la part modale du transport collectif visant à la faire passer de 30 % (en

2008) à 40 % à l'horizon 2020 (voir annexe 1). Dans ce cas-ci, si l'on considère toujours l'orientation centrale de la politique de transport à Montréal, cela n'implique pas nécessairement un changement paradigmatique. On peut en effet concevoir une hausse de la part modale des transports collectifs, en même temps que l'on maintient l'assurance d'une certaine fluidité pour les automobiles et les camions tout en facilitant un volume croissant de véhicules-kilomètres parcourus. D'ailleurs, et à l'exception du territoire de la ville de Vancouver, où l'on constate à la fois une hausse de la part modale du transport collectif et une baisse du nombre de véhicules-kilomètre parcourus, c'est un phénomène auquel on assiste dans la plupart des grandes agglomérations urbaines du pays. À quelques exceptions près peut-être, le nombre de véhicules-kilomètres parcourus augmente malgré une hausse de la part modale des transports collectifs.

Ces deux objectifs et les types de changement auxquels ils correspondent sont susceptibles de comporter des tenants et aboutissants bien différents, à la fois en ce qui concerne la viabilité politique et la santé populationnelle. En ce qui a trait à la viabilité politique, il est assez clair que les propositions de changements paradigmatiques à large échelle sont souvent moins bien reçues. Elles bousculent de manière importante l'ordre des choses, c'est-à-dire les intérêts, idées et valeurs des autres acteurs impliqués dans un domaine politique. D'une telle proposition à sa matérialisation à grande échelle, il y a souvent un délai de plusieurs années, sinon de plusieurs décennies. Ces transformations suivent souvent des changements paradigmatiques plus localisés ou des chocs importants menaçant les objectifs, les normes et les postulats des façons de faire déjà en place (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999). À Vancouver, par exemple, la politique de transport actuelle repose depuis le tournant des années 2000 sur le double principe du refus d'augmenter la capacité routière au profit de l'amélioration des services et des infrastructures soutenant les modes de circulation collectifs et actifs. Cette politique s'inscrit notamment dans la foulée d'une opposition importante et réussie, dans les années 1970, à la construction d'infrastructures autoroutières à travers le centre de la ville ainsi que, dans les décennies suivantes, d'une série d'interventions relativement localisées (par exemple la densification résidentielle de certains secteurs centraux) qui ont mené à une ville où la place de l'automobile dans les déplacements est relativement congrue. Tout cela a facilité la viabilité de cette réorientation politique.

En ce qui a trait à la santé populationnelle et ses déterminants, on peut soupçonner que ces deux objectifs et les types de changements qu'ils représentent auront également des effets différents. Pour poursuivre avec cet exemple, on peut anticiper qu'une augmentation du nombre de véhicules-kilomètres parcourus pourrait globalement augmenter la pollution de l'air et sonore ainsi que le nombre de collisions provoquant des traumatismes et que le sentiment d'insécurité pourrait en retour faire diminuer le nombre de déplacements actifs. Globalement, encore une fois, on peut penser qu'une réduction du nombre de véhicules-kilomètres parcourus aurait les effets à peu près inverses. Cela constitue donc un enjeu politique et éthique majeur auquel doivent s'attarder les acteurs de santé publique.

Les options de l'action publique, entre données probantes et contextes

La question des données probantes est soulevée dans plusieurs des réponses des autorités de santé. Elles articulent en effet souvent l'importance de s'assurer que les données probantes supportent les options politiques dont elles font la promotion. Elles soulignent en même temps qu'elles doivent moduler ces propositions en fonction des différents contextes dans lesquelles elles les implantent. L'autorité de santé Fraser Health (FH), par exemple, souligne que les données probantes qu'elle soumet aux autres acteurs politiques doivent être tirées d'environnements qui ressemblent de près à ceux dans lesquels elle travaille (réponse à la question 4, page 28). Ce double attachement, aux données probantes et aux contextes, se situe en fait sur un point de tension dans la promotion de politiques publiques favorables à la santé. Cette tension est facile à établir, mais difficile à dissiper, et ce, pour plusieurs raisons. Pour examiner simplement deux de ces raisons les plus importantes, prenons l'exemple des travaux scientifiques qui suggèrent des corrélations assez nettes entre l'implantation de différentes interventions sur le bâti, tels les pistes cyclables, l'apaisement de la circulation, les infrastructures pour le stationnement des vélos, et l'intensité de la pratique du vélo dans différents pays et dans différentes villes (Pucher et Buehler, 2008).

Une des raisons rendant la tension entre les données probantes et les contextes difficile à résoudre est le caractère « écologique » des différentes interventions et la difficulté à en faire l'étude selon les méthodologies scientifiques habituelles dans les sciences de la santé qui sont réputées suffisamment valides et fiables pour permettre de conclure que les données sont probantes. Dans l'article évoqué ci-dessus, Pucher et Buehler n'ont pas cherché à isoler une intervention pour en vérifier les effets par observation à double insu en un lieu et un temps bien délimités. Plutôt, ils ont décrit l'utilisation du vélo dans divers pays et ont demandé à certains responsables gouvernementaux quelles interventions avaient été mises en place dans les pays où cette utilisation est la plus élevée – Allemagne, Danemark, Pays-Bas. L'article attire ainsi l'attention autant vers les infrastructures évoquées que vers divers programmes, pratiques éducatives, instruments fiscaux et autres mis en place dans ces pays. Le lecteur en ressort avec une liste importante d'interventions – qu'une autre méthodologie d'analyse aurait probablement modifiée – sans possibilité de conclure que l'une ou l'autre est essentielle ou au contraire moins importante, que telle ou telle combinaison produit des synergies particulièrement intéressantes, que ces interventions sont efficaces à partir d'un certain seuil, etc. D'ailleurs, et pour ne prendre qu'un exemple, notre revue de littérature sur l'apaisement de la circulation ne nous a pas permis de conclure que les résultats de recherche permettaient de soutenir que ce type d'intervention pouvait favoriser les déplacements à vélo (Bellefleur et Gagnon, 2011), alors que les pays montrant une utilisation du vélo élevée ont systématiquement recours à l'apaisement de la circulation (Pucher et Buehler, 2008). En outre, on a peu d'informations sur d'autres phénomènes et processus qui peuvent avoir influencé les niveaux d'utilisation du vélo : évolution des coûts de l'essence, changements démographiques et autres. Ainsi, les normes généralement admises permettant d'affirmer que l'on est en présence de données probantes ne sont pas souvent respectées – le contexte des interventions étant difficile à saisir et à « neutraliser » en vue d'une évaluation de leurs effets spécifiques. Il n'y a pas vraiment de porte de sortie incontestable ici : effectuer une analyse de la baisse du nombre de véhicules-kilomètres parcourus en véhicule motorisé sur le territoire de la ville de Vancouver lors des dernières

années nécessiterait fort probablement d'identifier une série d'interventions qu'il serait tout aussi impossible d'isoler les unes des autres ou de hiérarchiser, et à propos desquelles il serait possible de discerner des combinaisons plus ou moins optimales. Les acteurs de santé publique devront apprendre à « faire avec » ce type de données, c'est-à-dire à déterminer les interventions dont la logique d'intervention est plausible et validée dans d'autres contextes et accepter et mobiliser d'autres normes de jugement de ce qui rend une donnée probante.

Une seconde raison rendant la tension difficile à résoudre est la question des échelles de ces effets à propos desquels on voudrait pouvoir posséder des données probantes. Pucher et Buehler notent bien les quelques décennies sur lesquelles les transformations dans les parts modales du vélo se sont manifestées et au cours desquelles les interventions pour favoriser ce mode de déplacement se sont implantées. On pourrait d'ailleurs faire la même remarque avec le processus qui a vu s'implanter la prédominance de l'automobile comme mode de déplacement dans les villes canadiennes – celui-ci s'est étendu sur des plusieurs décennies. Le processus dure maintenant depuis 70 à 80 ans. Il s'est amorcé par la mécanisation de la signalisation dans les années 1930, puis par le développement de codes de la route et d'autoroutes à partir des années 1950 et, plus généralement et jusqu'à aujourd'hui, par l'augmentation de la capacité des réseaux routiers par toutes sortes d'autres techniques d'ingénierie. D'une façon ou d'une autre, les changements de politiques publiques informant l'environnement bâti se produisent et font sentir leurs effets sur des échelles temporelles étendues. Il sera toujours important de mesurer les changements et d'évaluer leurs impacts sur le contexte, mais il faudra toujours le faire en gardant à l'esprit ces échelles temporelles.

En raison de la richesse des réponses fournies par les professionnels des autorités de santé, les entrevues présentent plusieurs occasions de prolonger les réflexions qu'elles proposent. Les choix effectués par les autorités de santé, tels qu'ils transparaissent dans ces entrevues, comportent de nombreux enjeux et défis qui devront être abordés par les professionnels travaillant dans d'autres autorités de santé pour que la poursuite du travail d'influence des politiques publiques informant l'environnement se fasse de manière optimale. Nous n'avons examiné ici que quelques-uns de ces enjeux et défis. Nous invitons donc les lecteurs de ces entrevues à utiliser ce document comme un tremplin de réflexion stratégique adaptée à leurs contextes organisationnels, de santé, politiques, et ainsi de suite. C'est pour cette raison qu'il a été développé.

RÉFÉRENCES

Ouvrages cités par la Direction de santé publique de Montréal

Bergeron, P. et Reyburn, S. (2010). *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Cairns, S., Hass-Klau, C. et Goodwin, P.B. (1998). *Traffic impact of highway capacity reductions: Assessment of the evidence*. Londres : Landor Publishing.

Drouin, L., Morency, P., Thérien, F., King, N. *et al.* (2006). *Rapport annuel 2006 sur la santé de la population. Le transport urbain, une question de santé*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Farr Associates. (2008). *An expert review on the strength of the public health data in support of proposed community design standards in LEED for neighbourhood development.*

Frank, L.D., Engelke, P.O. et Schmid, T.L. (2003). *Health and community design: the impact of the built environment on physical activity*. Washington D.C. : Island Press.

Frank, L.D., Saelens, B.E., Powell, K.E. et Chapman. J.E. (2007). Stepping towards causation: do built environments or neighbourhood and travel preferences explain physical activity, driving, and obesity. *Social science and Medicine*, *65*(9), 1898-1914.

Frank, L.D., Andresen, M.A. et Schmid, T.L. (2004). Obesity relationships with community design, physical activity and time spent in cars. *American Journal of preventive medicine*, *27*(2), 87-98.

Gauvin, L., Riva, M., Barnett, T., Richard, L., Craig, C. L., Spivock, M., Laforest, S., Laberge, S., Fournel, M.C., Gagnon, H. *et al.* (2008). Association between neighborhood active living potential and walking. *American Journal of Epidemiology*, *167*(8), 944-953.

Gordon-Larsen, P., Boone-Heinonen, J., Sidney, S. Sternfeld, B., Jacobs, D.R. et Lewis, C.E. (2009). Active Commuting and Cardiovascular Disease Risk: The CARDIA Study. *Archive of Internal Medicine, 169*(13), 1216-1223.

Gortmaker, S.L., Swinburn, B.A., Levy, D., Carter, R. *et al.*(2011). Changing the future of obesity: science, policy and action. *The Lancet, 378*(27), 838-847.

Hamer, M. et Chida, Y. (2008). Active commuting and cardiovascular risk: A meta-analytic review. *Preventive Medicine, 46*(9), 13.

Hu, G., Qiao, Q., Silventoinen, K., Eriksson, J.G., Jousilahti, P., Lindstrom, J., *et al.* (2003). Occupational, commuting, and leisure-time physical activity in relation to risk for Type 2 diabetes in middle-aged Finnish men and women. *Diabetologia, 46*(3), 322-329.

Institut national de santé publique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques— Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec : Gouvernement du Québec.

Kane, L. et Behrens, R. (2004). Road capacity change and its impact on traffic in congested networks: evidence and implications. Development South Africa, *31*(4), 587-602.

Krag, T. (2005). *Mobility planning in Denmark*. Présentation réalisée à Helsinki, le 26 septembre 2005, dans le cadre du séminaire « Mobility Management Seminar ». [Présentation PowerPoint].

Lake, A. et Townsend, T. (2006). Obesogenic Environments: Exploring the Built and Food Environments. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 126*(6), 262-267.

Lee, C. et Moudon, A.V. (2006). The 3Ds + R: Quantifying land use and urban form correlates of walking. Transportation Research Part D. *Transport and Environment*, *1*(3), 204-215.

Lusk, A.C., Furth, P., Morency, P., Miranda-Moreno, L.F., Willett, W.C. et Dennerlein, J. (2011). Risk of injury for bicycling on cycle tracks versus in the street. *Injury Prevention, 17*, 131-135.

McCormack, G.R., Giles-Corti, B. et Bulsara, M. (2008). The relationship between destination proximity, destination mix and physical activity behaviors. *Preventive Medicine*, *46*, 33-40.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008. Québec : Gouvernement du Québec.

Pucher, J. et Dijkstra, L. (2003). Promoting safe walking and cycling to improve public health: Lessons from the Netherlands. *American Journal of Public Health*, *93* (9), 1509-1516.

Sato, K.K., Hayashi, T., Kambe, H., Nakamura, Y., Harita, N., Endo, G. et Yoneda, T. (2007). Walking to work is an independent predictor of incidence of Type 2 diabetes in Japanese men. *Diabetes Care, 30*(9), 2296-2298.

Vuchic, V.R. (1999). Transportation for Livable Cities. New Brunswick (New Jersey): Center for Urban Policy Research.

Woodcock, J., Edwards, P., Tonne, C., Armstrong, B., Ashiru, O., Banister, D. *et al.* (2009). Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: urban land transport. *The Lancet*, *374*(9705), 1930-1943.

Ouvrages cités par le CCNPPS

Bellefleur, O. et Gagnon, F. (2011). *Apaisement de la circulation urbaine et santé : une revue de la littérature.* Montréal: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Howlett, M., Ramesh, M. et Perl, A. (2008). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems* (éd. 3ème). Toronto: Oxford University Press.

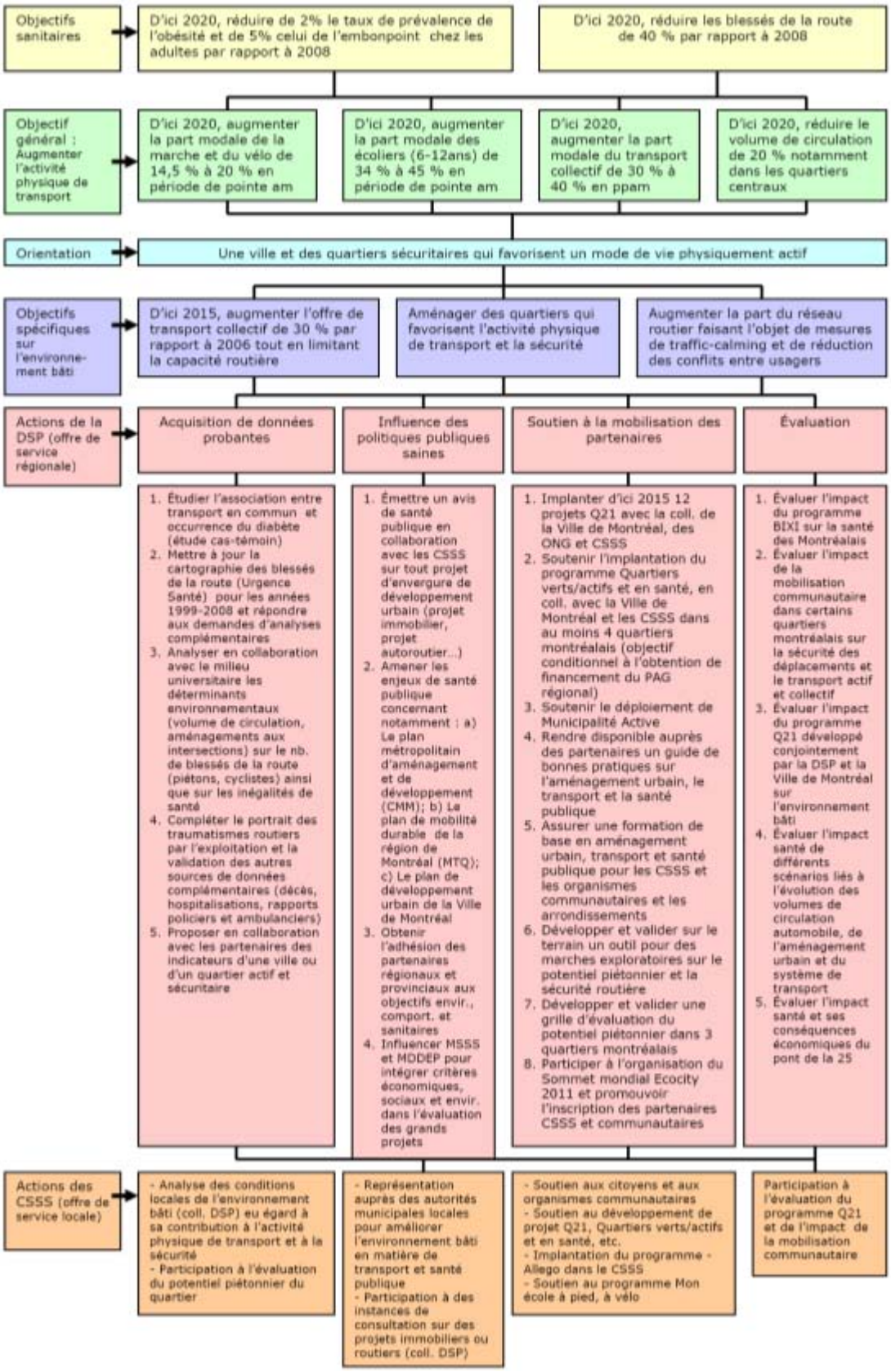
Lafontaine-Mercier, M., Olivier, A. et Chicoine, B. (2010, février). La contribution potentielle de la forêt urbaine au développement durable des villes du Québec. *Les Cahier de l'Institut EDS (1)*.

Pucher, J. et Buehler, R. (2008). Making Cycling Irresistible: Lessons from The Netherlands, Denmark and Germany. *Transport Reviews, 28*(4), 495-528.

Sabatier, P. A. et Jenkins-Smith, H. (1999). The Advocacy Coalition Framework: An Assesment. Dans P. A. Sabatier (dir.)., *Theory of the Policy Process* (pp. 117-168). Boulder (CO): Westview Press.

ANNEXE 1

SECTEUR ENVIRONNEMENT URBAIN ET SANTÉ DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL : CADRE LOGIQUE ET LIENS AVEC OBJECTIFS STRATÉGIQUES


Objectifs sanitaires
D'ici 2020, réduire de 2% le taux de prévalence de l'obésité et de 5% celui de l'embonpoint chez les adultes par rapport à 2008
D'ici 2020, réduire les blessés de la route de 40 % par rapport à 2008
Objectif général : Augmenter l'activité physique de transport
D'ici 2020, augmenter la part modale de la marche et du vélo de 14,5 % à 20 % en période de pointe am
D'ici 2020, augmenter la part modale des écoliers (6-12ans) de 34 % à 45 % en période de pointe am
D'ici 2020, augmenter la part modale du transport collectif de 30 % à 40 % en ppam
D'ici 2020, réduire le volume de circulation de 20 % notamment dans les quartiers centraux
Orientation
Une ville et des quartiers sécuritaires qui favorisent un mode de vie physiquement actif
Objectifs spécifiques sur l'environnement bâti
D'ici 2015, augmenter l'offre de transport collectif de 30 % par rapport à 2006 tout en limitant la capacité routière
Aménager des quartiers qui favorisent l'activité physique de transport et la sécurité
Augmenter la part du réseau routier faisant l'objet de mesures de traffic-calming et de réduction des conflits entre usagers
Actions de la DSP (offre de service régionale)
Acquisition de données probantes
Influence des politiques publiques saines
Soutien à la mobilisation des partenaires
Évaluation
1. Étudier l'association entre transport en commun et occurrence du diabète (étude cas-témoin)
2. Mettre à jour la cartographie des blessés de la route (Urgence Santé) pour les années 1999-2008 et répondre aux demandes d'analyses complémentaires
3. Analyser en collaboration avec le milieu universitaire les déterminants environnementaux (volume de circulation, aménagements aux intersections) sur le nb. de blessés de la route (piétons, cyclistes) ainsi que sur les inégalités de santé
4. Compléter le portrait des traumatismes routiers par l'exploitation et la validation des autres sources de données complémentaires (décès, hospitalisations, rapports policiers et ambulanciers)
5. Proposer en collaboration avec les partenaires des indicateurs d'une ville ou d'un quartier actif et sécuritaire
1. Émettre un avis de santé publique en collaboration avec les CSSS sur tout projet d'envergure de développement urbain (projet immobilier, projet autoroutier...)
2. Amener les enjeux de santé publique concernant notamment : a) Le plan métropolitain d'aménagement et de développement (CMM); b) La plan de mobilité durable de la région de Montréal (MTQ); c) Le plan de développement urbain de la Ville de Montréal
3. Obtenir l'adhésion des partenaires régionaux et provinciaux aux objectifs envir., comport. et sanitaires
4. Influencer MSSS et MDDEP pour intégrer critères économiques, sociaux et envir. dans l'évaluation des grands projets
1. Implanter d'ici 2015 12 projets Q21 avec la coll. de la Ville de Montréal, des ONG et CSSS
2. Soutenir l'implantation du programme Quartiers verts/actifs et en santé, en coll. avec la Ville de Montréal et les CSSS dans au moins 4 quartiers montréalais (objectif conditionnel à l'obtention de financement du PAG régional)
3. Soutenir le déploiement de Municipalité Active
4. Rendre disponible auprès des partenaires un guide de bonnes pratiques sur l'aménagement urbain, le transport et la santé publique
5. Assurer une formation de base en aménagement urbain, transport et santé publique pour les CSSS et les organismes communautaires et les arrondissements
6. Développer et valider sur le terrain un outil pour des marches exploratoires sur le potentiel piétonnier et la sécurité routière
7. Développer et valider une grille d'évaluation du potentiel piétonnier dans 3 quartiers montréalais
8. Participer à l'organisation du Sommet mondial Ecocity 2011 et promouvoir l'inscription des partenaires CSSS et communautaires
1. Évaluer l'impact du programme BIXI sur la santé des Montréalais
2. Évaluer l'impact de la mobilisation communautaire dans certains quartiers montréalais sur la sécurité des déplacements et le transport actif et collectif
3. Évaluer l'impact du programme Q21 développé conjointement par la DSP et la Ville de Montréal sur l'environnement bâti
4. Évaluer l'impact santé de différents scénarios liés à l'évolution des volumes de circulation automobile, de l'aménagement urbain et du système de transport
5. Évaluer l'impact santé et ses conséquences économiques du pont de la 25
Actions des CSSS (offre de service locale)
- Analyse des conditions locales de l'environnement bâti (coll. DSP) eu égard à sa contribution à l'activité physique de transport et à la sécurité
- Participation à l'évaluation du potentiel piétonnier du quartier
- Représentation auprès des autorités municipales locales pour améliorer l'environnement bâti en matière de transport et santé publique
- Participation à des instances de consultation sur des projets immobiliers ou routiers (coll. DSP)
- Soutien aux citoyens et aux organismes communautaires
- Soutien au développement de projet Q21, Quartiers verts/actifs et en santé, etc.
- Implantation du programme - Allego dans le CSSS
- Soutien au programme Mon école à pied, à vélo
Participation à l'évaluation du programme Q21 et de l'impact de la mobilisation communautaire

Objectifs et indicateurs	
i. Objectifs de résultats	
Objectifs sanitaires	**Indicateurs**
1) D'ici 2020, réduire de 40 %[a] le nombre de traumatismes routiers par rapport à 2008	– Nombre de blessés (transports ambulanciers) par traumatisme routier (piétons, cyclistes, occupants) – Nombre de décès par traumatisme routier (piétons, cyclistes, occupants)
2) D'ici 2020, réduire de 2 % le taux de prévalence de l'obésité et de 5 % celui de l'embonpoint chez les adultes par rapport à 2008	– % de personnes de 12 à17 ans souffrant d'embonpoint (c.-à-d. avec IMC entre 25 et 30) – % d'adultes souffrant d'embonpoint (c.-à-d. avec IMC entre 25 et 30) – % de personnes de 12 à17 ans souffrant d'obésité (c.-à-d. avec IMC >30) – % d'adultes souffrant d'obésité (c.-à-d. avec IMC > 30)
Objectifs reliés à l'activité physique de transport	**Indicateurs**
1) D'ici 2020, augmenter la part modale des déplacements actifs (marche et vélo) de la population montréalaise (5 ans et plus) de 14,6 % à 20 % en période de pointe du matin (ppam)[b]	– Part modale des déplacements actifs en ppam
2) D'ici 2020, augmenter la part modale des déplacements actifs vers l'école des 6-12 ans de 34 % à 45 % en ppam	– Part modale des déplacements actifs, motif école, pour les 6-12 ans en ppam
3) D'ici 2020, réduire de 20 % (par rapport à 2008) le nombre de déplacements automobiles sur l'île de Montréal en ppam et de km parcourus	– Nombre de VKP – Nombre de déplacements automobiles en ppam produits à Montréal ou attirés de l'extérieur vers l'île de Montréal – Consommation d'essence sur l'île de Montréal[c] – % de ménages avec au moins un véhicule
4) D'ici 2020, augmenter la part modale en ppam du transport collectif (TC) de la population montréalaise de 30 %[d] (en 2008) à 40 %	– Part modale du TC des déplacements produits à Montréal en ppam

[a] Objectif du Plan de transport de la Ville de Montréal.

[b] Enquête O-D 2008 : en ppam, les résidents de Montréal effectuent 139 074 déplacements en mode actif et 806 744 déplacements motorisés.

[c] Indicateur retenu pour le Bilan sur l'état de l'environnement qui fait le suivi du Plan stratégique de dévelop-pement durable de la communauté montréalaise.

[d] Selon l'Enquête O-D 2008, il y avait en ppam 942 830 déplacements (tous modes, tous motifs) produits à Montréal; de ce nombre, 286 401, soit 30 %, étaient en transport collectif.

Objectifs spécifiques reliés aux stratégies efficaces sur l'environnement bâti	Indicateurs
1) D'ici 2020, augmenter l'offre de transport en commun (km parcourus en autobus, en métro, en tramway) de 30 %[e] par rapport à 2010	– Achalandage annuel des autobus, du métro et des trains de banlieue desservant Montréal – Taux de couverture du TC (pourcentage de la population vivant à moins de 500 m d'un arrêt d'autobus ou d'une gare de train)
2) Aménager des quartiers qui favorisent l'activité physique de transport et la sécurité a) Freiner l'étalement urbain b) Viser à ce que les quartiers, particulièrement à l'occasion des nouveaux projets, respectent les critères d'un aménagement favorable au transport actif sécuritaire en ce qui a trait à la densité résidentielle, à la mixité des fonctions et usages, et à la proximité du transport collectif c) Doubler le réseau cyclable[f] par rapport à 2006	a) Population de Montréal par rapport à la population de la région métropolitaine b) Densité résidentielle : Nb de logements/ha – % de ménages ayant accès à des services de base à moins de 500 m (épicerie, école, clinique…) – % de ménages ayant accès à une ligne de TC (fréquence 10 minutes) à moins de 500 m – % de ménages ayant accès à une piste cyclable est-ouest et nord-sud à moins de 500 m – % d'entreprises de 100 employés et plus situées à moins de 500 m d'une ligne de TC (fréquence 10 minutes) c) Km de voies cyclables (pistes, bandes et chaussées désignées)
3) Augmenter la part du réseau routier (rues locales, collectrices et artères) faisant l'objet de mesures d'apaisement de la circulation et de réduction des conflits entre usagers.	– Nombre d'interventions d'apaisement de la circulation par kilomètre de rues, par arrondissement – Nombre de kilomètres de rues apaisées (à valider)
ii. Objectifs de mise en œuvre (offre de services régionale) 2011-2015 – DSP	
Volet d'action 1 : Acquisition des données probantes	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Étudier l'impact du transport en commun sur la prévalence du diabète (étude transversale)	– Étude réalisée
2) Rendre disponible auprès des partenaires de la DSP en sécurité routière la mise à jour de la cartographie des blessés de la route pour les années 1999-2008 et répondre à toutes demandes d'analyses complémentaires	– Cartographie réalisée – Nombre et provenance des demandes/année
3) Analyser en collaboration avec le milieu universitaire les déterminants environnementaux (volume de circulation, aménagements aux intersections) sur le nombre de blessés de la route (piétons, cyclistes) et sur les inégalités de santé	– Rapport réalisé – Nombre d'articles scientifiques – Nombre de rencontres avec partenaires

[e] Le Plan stratégique 2020 de la STM vise une augmentation de l'offre de service de 31,7 % entre 2010 et 2020.

[f] Le plan de transport de Montréal (p. 105) énonçait en 2007 l'objectif de faire passer en dix ans le réseau cyclable de 400 à 800 km.

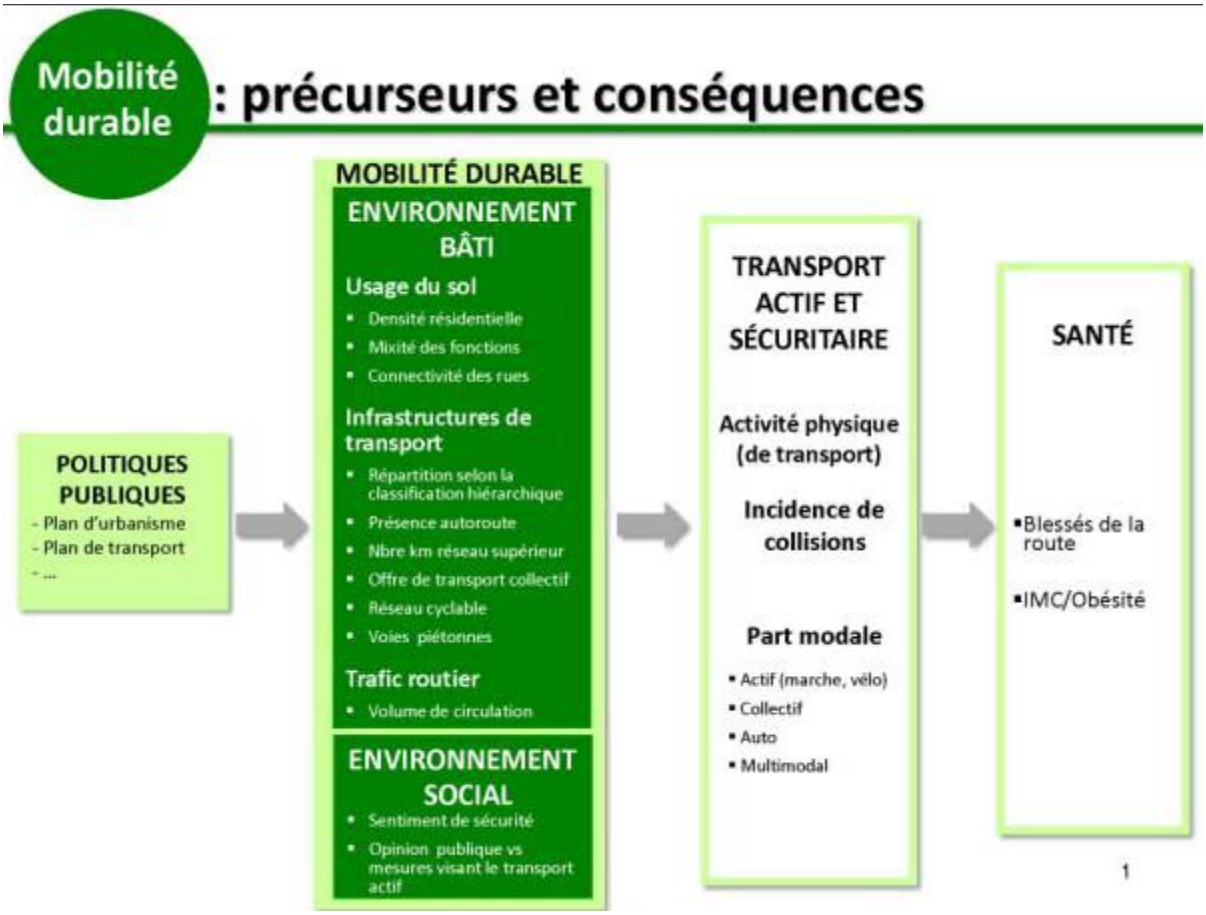
Objectifs	Indicateurs
4) Compléter le portrait des traumatismes routiers par l'exploitation et la validation des autres sources de données complémentaires (décès, hospitalisations, rapports policiers et ambulanciers)	– Rapports
5) Proposer en collaboration avec les partenaires des indicateurs d'une ville ou d'un quartier actif et sécuritaire	– Liste d'indicateurs
6) Étudier le potentiel piétonnier de quatre quartiers en relation avec la part modale du transport actif et collectif	– Production de quatre rapports de recherche
Volet d'action 2 : Influence des politiques publiques saines	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Émettre un avis de santé publique en collaboration avec les CSSS sur tout projet d'envergure de développement urbain (projet immobilier, autoroutier)	– Nombre de mémoires/année – Nombre de recommandations de santé publique pris en compte dans le projet
2) Amener les enjeux de santé publique concernant notamment : a) le Plan métropolitain d'aménagement et de développement (CMM) b) le Plan montréalais de mobilité durable (MTQ) c) le Plan de développement urbain de la Ville de Montréal	– Enjeux pris en compte dans les plans
3) Obtenir l'adhésion des partenaires régionaux et provinciaux aux objectifs environnementaux, comportementaux et sanitaires poursuivis	– Engagement des partenaires exprimés en faveur de ces objectifs
4) Faire valoir en concertation avec les partenaires locaux et régionaux (Ville de Montréal, STM, CMM) la nécessité d'un financement substantiel et structurant du transport collectif de la part des gouvernements supérieurs	– Réalisation de démarches concertées auprès des gouvernements supérieurs pour l'obtention du financement requis pour le transport en commun
5) Influencer le MDDEP et le MSSS pour l'intégration de critères environnementaux économiques et sociaux dans l'évaluation des grands projets	– Présence explicite des trois ordres de critères du développement durable dans les devis d'évaluation
Volet d'action 3 : Soutien à la mobilisation des partenaires	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Soutenir l'implantation d'ici 2015 de 20 projets Quartier 21 avec la collaboration de la Ville de Montréal, des ONG et des CSSS	– Nombre de projets implantés et financés – Soutien offert : fiches synthèses, ateliers de formation, nombre de rencontres des comités technique et directeur
2) Soutenir l'implantation du programme Quartiers verts/actifs et en santé, en collaboration avec la Ville de Montréal, le Centre d'écologie urbaine de Montréal et les CSSS dans au moins quatre quartiers montréalais (objectif conditionnel à l'obtention de financement du Plan d'action gouvernemental (PAG) régional)	– Nombre de projets implantés

Objectifs	Indicateurs
3) Soutenir le déploiement de Municipalité active	– Nombre d'arrondissements et de villes sensibilisés et nombre d'adhésions au projet
4) Rendre disponible auprès des partenaires un guide de bonnes pratiques sur l'aménagement urbain, le transport et la santé publique	– Guide de bonnes pratiques
5) Assurer une formation de base en aménagement urbain, transport et santé publique pour les CSSS et les organismes communautaires et les arrondissements	– Nombre de sessions de formation – Nombre de participants
6) Développer et valider sur le terrain un outil pour des marches exploratoires sur le potentiel piétonnier et la sécurité routière	– Outil développé
7) Développer et valider une grille d'évaluation du potentiel piétonnier dans trois quartiers montréalais	– Grille développée
8) Participer à l'organisation du Sommet mondial Ecocity 2011 et promouvoir l'inscription des partenaires CSSS et communautaires	– Nombre de partenaires inscrits
Volet d'action 4 : Évaluation	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Évaluer l'impact du programme BIXI sur les pratiques de transport, les risques de blessures et l'opinion publique des Montréalais favorables à des politiques visant à promouvoir le transport actif	– Rapport d'évaluation – Nombre d'articles scientifiques – Nombre de rencontres avec les partenaires – Programme BIXI amélioré
2) Évaluer l'impact de la mobilisation communautaire dans les projets de mobilité durable (implantation des mesures visant à sécuriser les déplacements et à favoriser le transport actif et collectif) et apprécier l'efficacité potentielle de ces mesures	– Cartographie interactive des projets ONG touchant l'environnement bâti et la mobilité durable (mise à jour périodique) – Diagnostic du potentiel piétonnier (deux quartiers) – Outils sur le potentiel piétonnier – Forums locaux – Rapport d'évaluation – Rapport synthèse – Articles et communications scientifiques – Pratiques améliorées
3) Évaluer l'impact du programme Quartier 21 (2e mouture), développé conjointement par la DSP et la Ville de Montréal, sur l'environnement bâti, l'organisation de l'action collective, l'opinion publique et le sentiment d'efficacité collective à l'égard de politiques publiques visant le développement de communautés durables	– Rapport d'évaluation – Nombre de rencontres avec les partenaires – Programme Quartier 21 amélioré
4) Évaluer l'impact santé de différents scénarios liés à l'évolution des volumes de circulation automobile, de l'aménagement urbain et du système de transport	– Étude réalisée

iii. Objectifs de mise en œuvre (offre de service locale) 2011-2015 – CSSS	
Volet d'action 1 : Acquisition des données probantes	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Analyser les conditions locales de l'environnement bâti eu égard à sa contribution au transport actif et à la sécurité (en collaboration avec la DSP) 2) Participer à l'évaluation du potentiel piétonnier du quartier (en collaboration avec la DSP)	– Nombre d'études réalisées
Volet d'action 2 : Influence des politiques publiques saines	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Effectuer des représentations auprès des autorités municipales locales pour améliorer l'environnement bâti en matière de transport, d'aménagement et de santé publique	– Nombre de représentations et types d'impacts sur l'environnement bâti
2) Participer à des instances de consultation sur des projets routiers ou immobiliers (coll. DSP)	– Nombre de mémoires soumis
Volet d'action 3 : Soutien à la mobilisation des partenaires	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Soutenir les citoyens et les organismes communautaires	– Nombre de personnes et de groupes aidés
2) Soutenir le développement de projets Quartier 21, Quartiers verts actifs et en santé, etc.	– Nombre de projets soutenus
3) Implanter le programme Allego dans le CSSS	– Nombre de participants inscrits à Allego
4) Soutenir le programme « Mon école à pied, à vélo »	– Nombre d'écoles où le programme est implanté avec appui du CSSS
5) Participer à la formation en transport, aménagement et santé publique	– Nombre de participants inscrits par CSSS
Volet d'action 4 : Évaluation	
Objectifs	**Indicateurs**
1) Participer à l'évaluation du programme Q21 et de l'impact de la mobilisation communautaire	– Nombre d'études réalisées

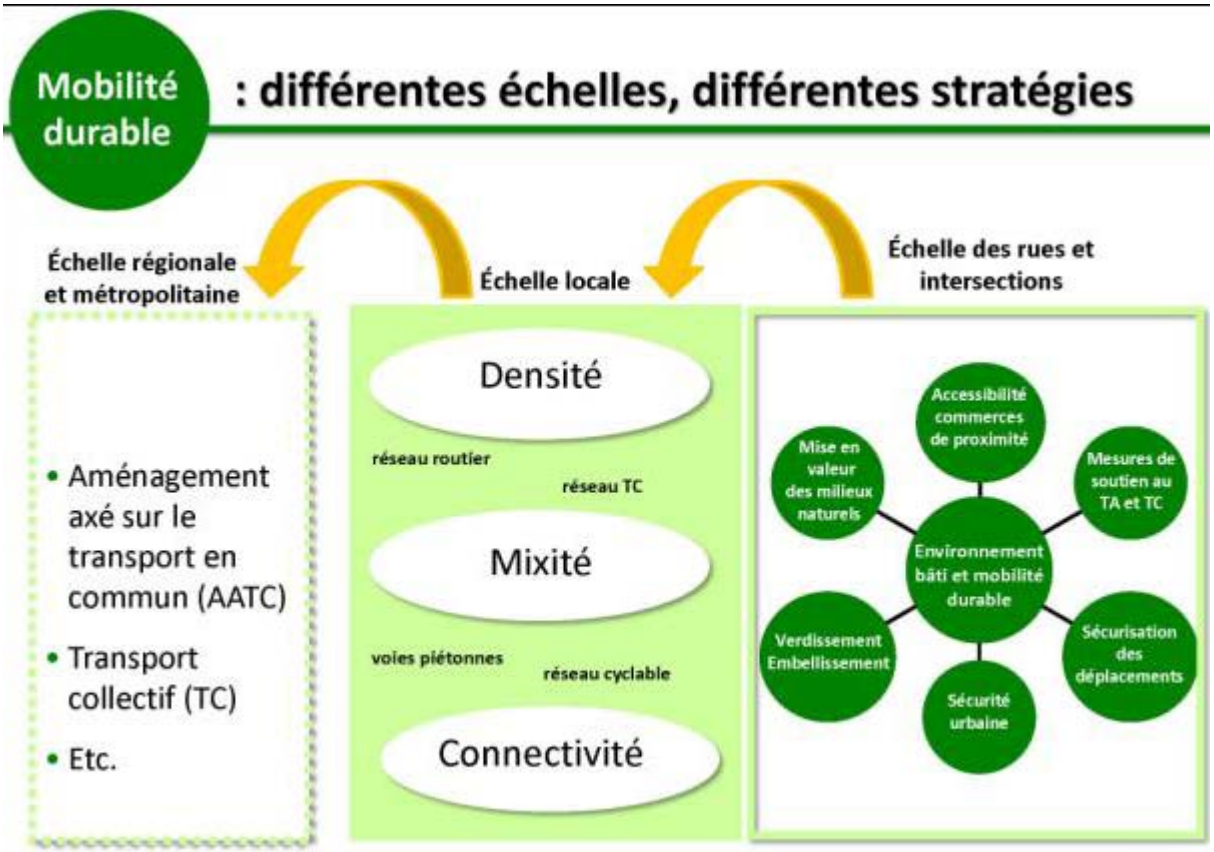
ANNEXE 2

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL
MOBILITÉ DURABLE : PRÉCURSEURS ET CONSÉQUENCES


Mobilité durable
: précurseurs et conséquences
POLITIQUES PUBLIQUES
- Plan d'urbanisme
- Plan de transport
- ...
MOBILITÉ DURABLE
ENVIRONNEMENT BÂTI
Usage du sol
Densité résidentielle
Mixité des fonctions
Connectivité des rues
Infrastructures de transport
Répartition selon la classification hiérarchique
Présence autoroute
Nbre km réseau supérieur
Offre de transport collectif
Réseau cyclable
Voies piétonnes
Trafic routier
Volume de circulation
ENVIRONNEMENT SOCIAL
Sentiment de sécurité
Opinion publique vs mesures visant le transport actif
TRANSPORT ACTIF ET SÉCURITAIRE
Activité physique (de transport)
Incidence de collisions
Part modale
Actif (marche, vélo)
Collectif
Auto
Multimodal
SANTÉ
Blessés de la route
IMC/Obésité
1

ANNEXE 3

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL
MOBILITÉ DURABLE : DIFFÉRENTES ÉCHELLES, DIFFÉRENTES STRATÉGIES


Mobilité durable
: différentes échelles, différentes stratégies
Échelle régionale et métropolitaine
Échelle locale
Échelle des rues et intersections
• Aménagement axé sur le transport en commun (AATC)
• Transport collectif (TC)
• Etc.
Densité
réseau routier
réseau TC
Mixité
voies piétonnes
réseau cyclable
Connectivité
Accessibilité commerces de proximité
Mise en valeur des milieux naturels
Mesures de soutien au TA et TC
Environnement bâti et mobilité durable
Verdissement Embellissement
Sécurisation des déplacements
Sécurité urbaine

1

N° de publication : 1643

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