

Rapport sur l'intégration de la santé dans l'urbanisme au Canada - 2021

OCTOBRE 2021

Soutien administratif
fourni par

Financement versé par



Health
Canada

Santé
Canada



CIP • ICU
CANADIAN INSTITUTE OF PLANNERS
INSTITUT CANADIEN DES URBANISTES



FEDERATION
OF CANADIAN
MUNICIPALITIES

FÉDÉRATION
CANADIENNE DES
MUNICIPALITÉS



Soutien organisationnel fourni par

AUTEURS:

Brian Patterson, RPP, MCIP, RSP1 - bpatterson@urbansystems.ca

Jamie Hilland BASoc - jhilland@urbansystems.ca

Shoni Madden B.ENV.ST - smadden@urbansystems.ca

Jeff Palmer, RPP, MCIP – jpalmer@urbansystems.ca

Angie Mojica, MCP - amojica@urbansystems.ca

Hillary Beattie, BA, MEnv, MCP – hbeattie@urbansystems.ca



Rapport préparé par : Urban Systems Ltd

300 - 123 Bannatyne Avenue, Winnipeg, MB R3B 0R3 | T: 204-259-0094

Urban Systems Ltd. ou ses employés ne feront aucune déclaration de quelque nature que ce soit à toute partie n'ayant pas conclu de contrat avec Urban Systems Ltd. © 2021 URBANSYSTEMS®.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	1
Introduction.....	3
Aperçu du projet.....	4
Structure du rapport	5
Approche et leçons apprises	6
Analyse documentaire.....	6
Sondage national sur la santé publique et la planification	25
Examen des plans communautaires.....	40
Études de cas	53
Entrevues avec des praticiens et des spécialistes.....	57
Recommandations et prochaines étapes	63
Recommandations.....	63
Ressources nécessaires	66
Limites de la recherche	69
Prochaines étapes	71

ANNEXES

Annexe A : Résumé du sondage sur l'intégration de la
santé à la planification

Annexe B : Critères d'évaluation des plans de communication

RÉSUMÉ

Le présent rapport et la ressource complémentaire intitulée « *Intégrer la santé dans la planification : Guide du praticien* », se veulent des outils pratiques, qui permettent aux professionnels de la santé et de la planification de renforcer la collaboration entre les deux disciplines à mesure qu'elles cherchent, ensemble, à créer des collectivités en meilleure santé. Issues de divers niveaux de formation, d'études et d'expérience dans ce travail, ces ressources cherchent à fournir des exemples et des mesures que le personnel de la santé publique et/ou de la planification peut prendre dans des collectivités canadiennes de toutes tailles.

Pour comprendre l'état actuel de la pratique, le projet de recherche comportait une analyse documentaire de 45 études antérieures, un sondage national réalisé auprès de plus de 500 répondants, l'examen et l'évaluation de 20 plans communautaires, de même que des entrevues avec 31 praticiens de la santé et spécialistes de la planification de l'ensemble du pays. Durant ces travaux, il est devenu évident que bon nombre des membres des deux professions au Canada comprennent bien la nécessité d'améliorer la collaboration et de tenir compte de la santé dans le cadre des processus de planification. Toutefois, le processus des entrevues et des sondages a également démontré qu'ils ne savaient pas vraiment comment parvenir à concrétiser ces efforts et qu'ils possédaient une connaissance limitée des travaux dans ce domaine qui étaient effectivement entrepris dans les collectivités canadiennes.

Du point de vue de la santé publique, la plupart des professionnels ont mentionné que, même s'ils comprennent que les processus de planification ont une incidence majeure sur les résultats en matière de santé de la collectivité, ils sont souvent incertains du moment et de l'endroit où il vaut le mieux concentrer leurs efforts, quels sont exactement les divers processus de planification et le rôle particulier qu'ils pourraient jouer afin d'en optimiser les bienfaits et les répercussions. Les professionnels de la santé désirent vivement accroître la collaboration entre les domaines de la santé et de la planification, 89,9 % des répondants de la santé publique ont fait savoir qu'ils aimeraient qu'il y ait « plus » ou « beaucoup plus » de collaboration entre les professionnels de la santé et de la planification à l'avenir.

Les professionnels de la planification ont dit comprendre la nécessité de tenir compte de la santé dans le cadre des divers processus de planification dont ils s'occupent, mais ils sont eux aussi incertains quant au rôle exact que les professionnels de la santé pourraient et devraient jouer dans le cadre de ces processus, des données et des recherches que les professionnels de la santé pourraient offrir dans le cadre des recommandations ou des politiques de planification qui appuient la santé, de même que de la structure et de la forme que ces partenariats pourraient prendre. Étant donné l'intérêt tout aussi grand que les professionnels de la planification ont manifesté (78,4 % d'entre eux ont dit souhaiter qu'il y ait « plus » ou « beaucoup plus » de collaboration entre les professionnels de la santé et de la planification), il est évident que les membres des deux professions souhaitent vivement améliorer la collaboration et la coordination et qu'ils appuient fortement les efforts consentis pour y parvenir.

Le grand intérêt que les membres des deux professions démontrent représente une occasion en or de créer des relations permanentes et solides entre les professionnels de la santé et de la planification dans les collectivités de l'ensemble du pays. Le présent rapport résume l'état actuel de ces efforts de collaboration et décrit les pratiques exemplaires et les mesures qui peuvent être prises à l'avenir pour que ces professionnels puissent effectivement collaborer.

Les annexes techniques du rapport figurent à la fin du document et comprennent un résumé détaillé des constatations tirées du sondage national auprès des professionnels de la santé et de la planification.

INTRODUCTION

Les origines de la santé publique et de la planification urbaine au Canada sont bien documentées et interreliées. Au cours du XIX^e siècle, à mesure que des vagues de maladies infectieuses se répandaient, on a trouvé des solutions pour limiter leur transmission grâce à l'assainissement, à l'eau potable propre, aux égouts et à des logements convenables. Cette situation a mené à la création du domaine de la santé publique au Canada et à un effort concerté dans les provinces pour adopter les lois et les normes requises pour assurer l'assainissement et la qualité de l'eau. Il s'agit de l'assise même de la planification urbaine au pays : la planification de la salubrité de l'eau et de l'assainissement, la réglementation de l'aménagement du territoire en vue du peuplement, l'exploitation des ressources et la croissance agricole.

Malgré ces relations précoces entre les disciplines, les interactions entre les praticiens de la santé publique et les spécialistes de la planification dans de nombreuses collectivités du pays sont aujourd'hui limitées. Les cadres provinciaux de la santé ont souvent créé des vases clos, où le personnel municipal ne travaille pas de manière intégrée avec le personnel de la santé au niveau provincial et où les planificateurs ne sont pas légalement tenus de collaborer avec les praticiens de la santé ou de chercher à obtenir leurs commentaires. Même si les provinces canadiennes sont chargées d'offrir des services de santé, les administrations locales ont une incidence majeure et directe sur la santé et le bien être des citoyens grâce à la conception de l'environnement bâti ainsi que des services et des systèmes qu'elles fournissent.

À titre de spécialistes de la planification, nous reconnaissons qu'il est de plus en plus nécessaire d'établir des principes pour que les collectivités en santé jouent un plus grand rôle dans la planification et la conception. La conception des quartiers, des réseaux de transport, des logements, des parcs et des espaces naturels ainsi que les désignations de l'aménagement du territoire, les règlements municipaux, les plans de gestion de l'actif, les stratégies municipales, les plans d'aménagement et de nombreux autres processus de planification ont une incidence majeure sur la santé physique, mentale et sociale des membres de la collectivité. En raison de cette incidence, il est capital de bien tenir compte de la santé dans tous les projets de stratégie et de planification des collectivités.

Aperçu du projet

Le projet de recherche a consisté en un examen de l'intégration de l'état actuel de la santé, ou de son absence, dans divers processus de planification communautaire. Notre équipe s'est servie des sources suivantes comme intrants de la recherche :

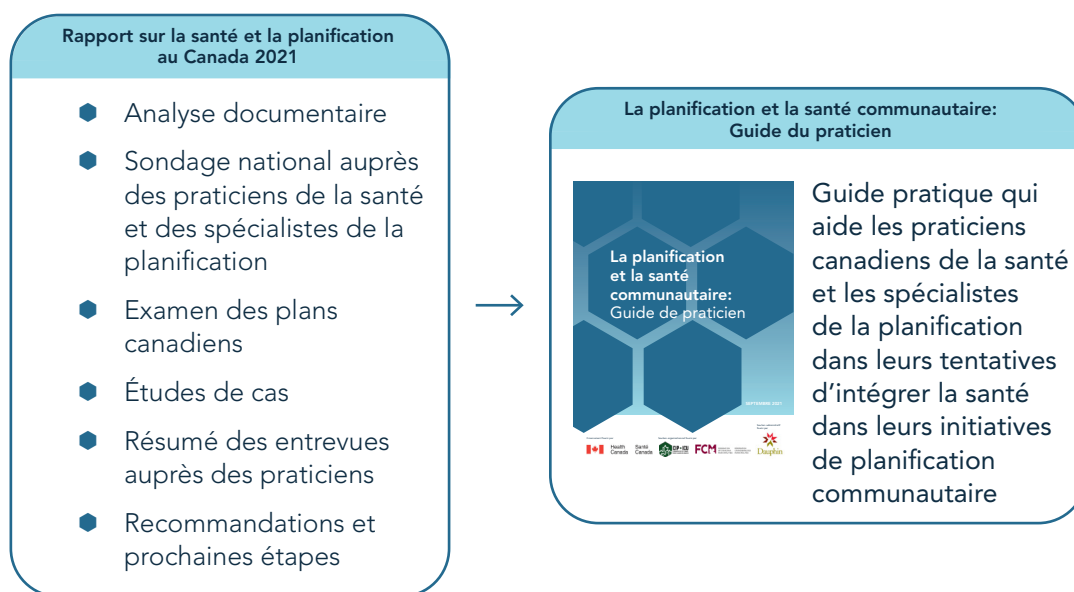
- ▶ **SONDAGE NATIONAL EN LIGNE** – Le but de ce sondage était d'obtenir des renseignements sur l'état de la pratique pour savoir comment les professionnels de la santé publique et les spécialistes de la planification au Canada tenaient compte de la santé dans les processus de planification. Plus de 570 praticiens et spécialistes de toutes les régions du Canada ont participé au sondage et représentaient chacune des régions du pays ainsi que des collectivités de toutes tailles.
- ▶ **ANALYSE DOCUMENTAIRE DE 45 ÉTUDES ANTÉRIEURES** – Cet examen a porté sur la relation entre la santé et la planification d'une multitude de sources, notamment des associations professionnelles, des organisations de défense de la santé, des municipalités et des associations municipales.
- ▶ **ENTREVUES CIBLÉES AUPRÈS DE 31 PRATICIENS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES SPÉCIALISTES DE LA PLANIFICATION** – Ces entrevues ont été réalisées pour comprendre les pratiques actuelles d'intégration de la santé dans les processus de planification dans les collectivités canadiennes.
- ▶ **EXAMEN DE 20 PLANS MUNICIPAUX DANS DES COLLECTIVITÉS CANADIENNES** – L'équipe du projet a conçu une matrice d'évaluation propre aux processus pour déterminer comment la santé est intégrée ou non dans divers processus de planification des collectivités de tailles et d'emplacements géographiques variés.

Fortes des constatations de cette recherche, notre équipe a préparé un guide du praticien qui met en évidence les stratégies, les politiques et les mesures réussies que des administrations gouvernementales et des organisations emploient pour intégrer davantage les principes de la planification saine dans divers processus de planification (voir l'annexe C). Ce document donne un aperçu des données probantes et des renseignements qui sous-tendent les principes de la planification saine et il donne des exemples concrets de planificateurs et de la santé publique qui collaborent afin de créer des collectivités plus propices à la santé. Ce guide est présenté dans un format pratique, facile à lire et à appliquer, de manière à offrir aux professionnels de la santé et de la planification des stratégies et des outils essentiels et organisés afin d'en tenir compte dans les futurs processus de planification.

Notre but est de faire en sorte que le présent rapport permette d'apporter des changements fondamentaux à l'influence de la santé sur la planification et la conception des collectivités et que ces ressources connexes offrent aux praticiens des outils et des exemples qui appuient des niveaux accrus de collaboration, de rétroaction et d'influence.

Structure du rapport

Le présent rapport et le guide du praticien qui l'accompagne remplissent des fonctions bien particulières et renferment des renseignements différents. Le rapport comprend toutes les données du projet de recherche, de même que les recommandations clés et les prochaines étapes. Le guide du praticien (annexe C) a pour but d'aider les praticiens de la santé et les spécialistes de la planification en leur fournissant une ressource pratique pour renforcer la collaboration et insister davantage sur la santé.



APPROCHE ET LEÇONS APPRISSES

Le présent chapitre décrit les méthodes et les principales constatations tirées de nos recherches. Notre équipe a eu recours à une combinaison de méthodes de recherche pour déterminer de quelle manière la santé est actuellement intégrée dans les processus de planification, notamment l'analyse documentaire d'environ 45 documents, un sondage national auprès de 563 professionnels de la santé et de la planification, une entrevue approfondie auprès de 31 professionnels de la santé publique et de la planification, ainsi qu'un examen des guides dans cinq collectivités pilotes. Nous avons également passé en revue 20 plans de collectivités de diverses tailles pour déterminer comment la santé est intégrée dans différents types de plans municipaux. À partir des résultats de l'examen des plans communautaires, nous avons repéré cinq collectivités qui avaient effectivement intégré la santé publique dans leurs plans municipaux et nous avons réalisé de courtes études de cas sur ces cinq plans.

Analyse documentaire

Dans le cadre de la recherche, nous avons passé en revue environ 45 documents liés à la relation entre la planification et la santé publique. Ces documents ont été publiés par une multitude de sources, notamment des associations professionnelles, des organismes de défense de la santé, des municipalités et des associations municipales.

Les documents que nous avons pu examiner représentent un petit aperçu de la documentation qui est disponible. Au lieu de tenter de résumer chacun de ces documents, nous avons décidé de dessiner le profil de quelques documents qui représentent une variété de sources qui, à notre avis, permettent d'élargir la discussion. La section suivante est un résumé de la documentation et précise les thèmes clés que les diverses organisations ont déterminés.

Institut canadien des urbanistes

La question de la santé publique est l'un des piliers de la planification communautaire au Canada. La planification communautaire telle que nous la connaissons a vu le jour au début du XXe siècle, lors du mouvement de la planification urbaine et des « villes jardins » en Grande Bretagne. La planification urbaine était considérée être une façon de s'assurer d'avoir une population productive et en santé. Les influences politiques et culturelles britanniques ont mené à la création de « commissions d'urbanisme » et de « ligues d'amélioration urbaine » au Canada et, en 1909, la *Commission de la conservation* a été créée dans le but général d'améliorer la conservation des ressources naturelles, ainsi que la qualité de l'environnement bâti, tout spécialement dans les quartiers résidentiels touchés par l'industrie lourde.

L'Institut canadien des urbanistes (ICU) défend depuis longtemps l'idée des villes en santé. En 2011, le sous-comité des collectivités en santé de l'Institut a coordonné un sondage en ligne pour « en apprendre plus sur la manière dont les praticiens s'attardent à l'environnement bâti en ce qui a trait à la santé publique, à leurs besoins en information et aux pratiques exemplaires qui peuvent être partagées » (traduction libre). Le sondage intitulé ***Taking the Pulse: Benchmarking Planning for Healthier Communities*** a été réalisé en avril 2011 par Victoria Barr de l'ICU.

Au total, 862 réponses complètes ont été reçues d'environ 7 000 membres. Le répondant type vivait dans une grande ville ontarienne, exerçait à titre d'urbaniste, de planificateur ou de gestionnaire de niveau intermédiaire ou supérieur et possédait plus de 20 années d'expérience auprès d'une administration municipale ou régionale.

Les résultats du sondage indiquent que 89 % des planificateurs sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils sont « assez convaincus de leur sensibilisation à la relation entre l'environnement bâti et la santé dans leurs collectivités » (traduction libre). De même, les besoins les plus urgents en santé communautaire comprennent les suivants :

- il faut une voiture pour avoir accès à la plupart des services (63 %);
- il y a une pénurie de logements abordables (56 %);
- il manque de transports en commun (38 %).

La mauvaise qualité de l'eau (3 %) et la mauvaise qualité de l'air (12 %) étaient les besoins en santé communautaire les moins urgents qui sont ressortis du sondage.

Selon les résultats du sondage, plus de 60 % des planificateurs tiennent souvent ou toujours compte des incidences sur la santé dans leur pratique et ceux qui possèdent plus d'expérience sont plus susceptibles de les prendre en considération que ceux qui en possèdent moins.

Parmi les planificateurs qui ont réglé des problèmes de santé communautaire dans leur pratique au cours des deux dernières années, 71 % se sont attardés à des problèmes de sécurité routière et piétonnière, 60 %, à des questions liées au transport actif ou à l'activité physique, et 50 %, à l'accès à des environnements naturels sains. Seulement 11 % ont été aux prises avec des problèmes de santé mentale, 18 % avec des problèmes de logement sain, et seulement 19 % avec des problèmes de qualité de l'air.

Pour ce qui est de la mise en œuvre, les outils suivants ont été employés pour s'attarder aux répercussions sur la santé communautaire :

- les plans communautaires officiels (44 %);
- d'autres politiques (plans de logement, lignes directrices de conception urbaine) (42 %);
- l'évaluation des répercussions environnementales (30 %);
- la conception et la demande de lotissements (élaboration du plan de masse) (26 %);
- aucune (15 %);
- l'évaluation des incidences sur la santé (5 %).

Nous avons demandé aux planificateurs d'indiquer les obstacles qui les empêchaient de s'attarder à la santé communautaire dans leur pratique. Les obstacles qu'ils ont mentionnés le plus souvent comprenaient les suivants :

- le manque de soutien politique (46 %);
- des questions divergentes (43 %);
- peu de soutien des promoteurs (39 %);
- il faut plus d'outils (23 %).

Les obstacles qui sont revenus le moins souvent comprenaient les suivants :

- pas de soutien des résidents (5 %);
- de l'incertitude quant à la manière d'aborder les problèmes de santé communautaire (8 %);
- la santé communautaire n'est pas la responsabilité des planificateurs (9 %).

Des questions ouvertes ont aussi permis d'obtenir plus de commentaires sur la question portant sur la meilleure manière d'intégrer les problèmes de santé dans leur pratique. Sept grands thèmes se sont dégagés pendant l'évaluation des commentaires, notamment :

- le concept de la santé communautaire (et l'avantage de tenir compte de la santé communautaire) n'est pas clair ou il est mal défini et souvent confondu avec la maladie;
- on constate un manque de collaboration intersectorielle;
- les outils, les stratégies et l'intérêt politique ou de la collectivité sont moins grands dans les régions rurales;
- le manque de sensibilisation publique et politique aux problèmes;
- le manque de ressources financières;
- la résistance au changement;
- le manque d'intérêt ou de soutien de la part des promoteurs immobiliers.

Quand nous leur avons demandé ce qui était nécessaire pour que les planificateurs puissent régler les problèmes de santé communautaire dans leur pratique, ils ont proposé ceci :

- des politiques plus solides dans les domaines d'intérêt provincial, notamment les exigences obligatoires;
- plus de recherches sur les répercussions de l'environnement bâti sur la santé communautaire;
- le financement d'études de planification de la santé communautaire, comme pour les études environnementales;
- le soutien et les possibilités accrues de collaboration intersectorielle.

Fort des résultats du sondage, en mars 2012, l'ICU a publié le guide intitulé **Healthy Communities Practice Guide**, qui était :

« ... conçu pour aider les praticiens de la planification dans leur travail visant à améliorer la santé des collectivités et à accroître la compréhension du rôle de soutien que les praticiens de la santé peuvent jouer afin d'atteindre des buts communs. Il offre un cadre qui permet de tenir compte des aspects interreliés d'une collectivité en santé et comprend des exemples pratiques des manières dont d'autres ont atteint leurs buts. » (traduction libre)

Le projet était financé grâce à des contributions financières et en nature de Santé Canada (par l'entremise du projet COALITION du Partenariat canadien contre le cancer), de la Fondation des maladies du cœur et de l'ICU.

En réponse à plusieurs inquiétudes soulevées lors du sondage de 2011, le guide de pratique a pour but « d'aider les planificateurs à faire la transition du plan qui "explique la justification" des collectivités en santé à la "manière" de le faire concrètement » (traduction libre). Il indique avec qui collaborer, les sujets de la collaboration et le moment propice à la collaboration.

Le guide de pratique comprend plusieurs études de cas auxquelles des planificateurs et des praticiens de la santé communautaire ont collaboré, notamment des plans officiels (Chatham-Kent (Ontario) et Kelowna et North Vancouver (Colombie Britannique)), diverses stratégies d'engagement communautaire, des plans fonctionnels (transport actif, espace ouvert, systèmes alimentaires et agriculture urbaine, stratégies de stationnement, primes de densification, « rues étroites » et ruelles vertes, etc.). Par ailleurs, le guide comprend plusieurs entrevues avec des praticiens des deux professions qui donnent un aperçu de leurs projets et de leur pratique.

Le guide de pratique donne également un aperçu « qui va au-delà de la planification de l'aménagement du territoire » (traduction libre), notamment sur l'importance et l'incidence des réseaux sociaux, du capital social, de la santé mentale et du bien-être spirituel.

Enfin, le guide de pratique décrit des outils de mesure, notamment les évaluations des incidences sur la santé et d'autres stratégies connexes.

En 2013, EcoPlan International Inc. a retenu les services de l'Institut canadien des urbanistes afin de produire le Rapport découlant du sondage comparatif sur les lois en matière de collectivités saines. Ce projet a été financé en partie par le projet Connaissances et mesures liées pour une meilleure prévention (COALITION) de Canada en santé par l'aménagement. Il a été commandé parce qu'on reconnaissait le fait que, même si un grand nombre de recherches nationales avaient été réalisées, l'application

des outils de planification (dans ce cas, le cadre législatif et réglementaire) avait tendance à être d'envergure provinciale, régionale ou municipale.

Le sondage avait pour but de :

1. mieux déterminer les **nouveaux outils de recherche et de planification** qui pourraient être nécessaires pour apporter une aide plus efficace aux membres dans le cadre de ces travaux importants;
2. mieux comprendre **comment utiliser ces produits de manière efficace** dans chacun des membres affiliés de l'ICU et améliorer leur promotion en conséquence;
3. élaborer de **meilleurs cadres administratifs et accroître la collaboration** entre les professions de la santé publique et de la planification et les collectivités (ICU, 2013).

Le rapport était fondé sur un sondage et des entrevues de suivi auprès de 19 membres de l'ICU qui représentaient des affiliés de l'ensemble du pays. Les répondants représentaient les secteurs privé et public, travaillaient dans des milieux urbains et ruraux et dans l'ensemble des provinces et territoires du pays. Plusieurs répondants avaient travaillé dans de nombreuses provinces au cours de leur carrière et pouvaient donc offrir un point de vue bien particulier de la situation.

Sept thèmes se sont dégagés pendant le sondage et les entrevues de suivi. Les possibilités relevées dans le rapport comprennent les suivantes :

- ▶ **CRÉER UN ENVIRONNEMENT LÉGISLATIF POSITIF AU NIVEAU PROVINCIAL** qui permet d'améliorer la sensibilisation et d'accroître les possibilités de mettre en œuvre des politiques au niveau communautaire, notamment la possibilité d'instaurer des normes dans les plans officiels, les plans secondaires, les règlements de zonage, les plans de transport, les plans des parcs et loisirs, etc. Outre établir des critères, des politiques et des outils, cela offre une bonne occasion d'améliorer la collaboration et la coordination entre les administrations locales, les administrations régionales et les ministères provinciaux ainsi qu'à l'intérieur de ces organisations.
- ▶ **AMÉLIORER L'ACCÈS AUX CONNAISSANCES ET AUX RESSOURCES.** Comme il s'agit d'un nouveau domaine d'études au Canada, notre base de connaissances doit s'accroître si nous souhaitons réussir sa mise en œuvre. Il faut concevoir des ressources, notamment des fiches d'information, des exemples de politiques, des outils d'évaluation et des études de cas, et les distribuer au sein de notre communauté de planification.
- ▶ **CRÉER DES LIENS ET DES RÉSEAUX AU SEIN DES PROFESSIONS ET ENTRE ELLES.** Les professionnels de la planification et la santé publique cherchent souvent à atteindre des buts semblables, même si, dans une certaine mesure, ils travaillent en vase clos. De nombreuses organisations collaborent de manière informelle, mais il y a peu de structure institutionnelle ou de financement de base qui permet d'optimiser l'utilisation des ressources et de coordonner les efforts à long terme.

- ▶ **ÉDUIQUER ET DÉFENDRE** « la promotion, la planification et la mise en œuvre de collectivités plus saines » (traduction libre). Des collectivités en santé ont besoin de champions. Les médecins, en particulier, attirent « l'attention et le respect » que les planificateurs ne peuvent pas imposer. L'éducation doit commencer dans les communautés de planification et de conception de collectivités en santé, tant en milieu urbain que rural, et auprès des dirigeants élus à tous les niveaux. Enfin, l'éducation doit cibler le grand public qui s'occupe de divers processus de planification communautaire et d'examen de plans d'aménagement, ainsi que des intervenants ciblés, notamment les milieux de l'immobilier, de la conception et de la construction, qui jouent un rôle tellement important dans l'aménagement de nos collectivités.

Le rapport a également mis en évidence trois obstacles bien particuliers, soit :

- ▶ **LE MANQUE DE SENSIBILISATION AUX PROBLÈMES**, ce qui signifie que le public demande rarement que des collectivités en santé soient conçues et, par conséquent, que les promoteurs font peu d'efforts pour répondre à cette demande et que les décideurs sont peu enclins à tenir compte des collectivités en santé dans le processus décisionnel;
- ▶ **L'EXISTENCE DE « VASES CLOS »** entre la planification, le génie et la santé publique, entre les administrations, même au sein des organisations;
- ▶ **LE MANQUE GÉNÉRALISÉ DE RESSOURCES** et les budgets limités, tout spécialement au niveau municipal, ce qui explique qu'il est difficile d'élargir la portée de la planification et de la santé.

Ces obstacles s'entrecroisent avec les possibilités susmentionnées.

À la suite du sondage initial de 2011, l'ICU a effectué le sondage **Taking the Pulse 2: Planning for Healthier Communities (Questionnaire Results)**. En général, la région géographique et le secteur d'emploi des répondants correspondaient à ceux du sondage de 2011 (même si le nombre global de répondants était moins élevé). Le sondage de 2014 a fait ressortir ce qui suit :

- il y a eu une légère augmentation de la sensibilisation aux répercussions de l'environnement bâti sur la santé communautaire;
- il y a eu une forte augmentation de la fréquence à laquelle les planificateurs tiennent compte des éventuelles répercussions des problèmes de santé communautaire dans leur pratique de planification;
- il n'y a pas eu de changement important de la fréquence à laquelle les planificateurs disent tenir compte de la santé communautaire quand ils préparent des rapports de planification.

Les planificateurs devaient indiquer les volets de la santé communautaire auxquels ils s'étaient attardés au cours des deux années précédentes. Puisque le questionnaire a

été légèrement modifié, il a été difficile de faire une comparaison exacte. Toutefois, l'importance de l'accès au transport actif, aux transports en commun et aux espaces publics ou aux réseaux sociaux s'est accrue dans le sondage de 2014.

Pour ce qui est des outils de planification que les planificateurs utilisent :

- 77 % se servaient des politiques des plans officiels (communautaires) (y compris la participation d'une autorité sanitaire locale et la conception de lotissements appartenant à la ville);
- 76 % utilisaient le règlement de zonage pour préconiser des activités d'agriculture urbaine et à vocation mixte;
- 62 % suivaient des plans secondaires (plans de structure locale ou plans de quartiers);
- 62 % avaient recours à des assemblées publiques ou des événements de mobilisation du public pour susciter de l'intérêt;
- 59 % se servaient des lignes directrices sur la conception urbaine pour assurer une bonne connectivité des réseaux piétonniers, appuyer les transports en commun et offrir des parcs et des lieux de rencontre.

De même, les planificateurs étaient priés de déterminer les obstacles à la mise en œuvre d'initiatives de santé communautaire dans leur pratique de planification. Une fois encore, le manque de soutien gouvernemental ou politique a été indiqué comme le problème le plus important, un pourcentage légèrement plus élevé de répondants qu'en 2011 étant de cet avis. Le manque de soutien des promoteurs est demeuré la deuxième réponse la plus courante.

Enfin, les répondants devaient répondre à cette question : « Dans quelle mesure convenez-vous de la nécessité d'un énoncé de politique de l'ICU à l'échelle nationale sur la santé et de sa relation avec la planification? » (traduction libre). Parmi les répondants, 80 % se sont dit d'accord ou fortement d'accord.

Cet énoncé, reposant sur des années de recherche, a mené à l'élaboration de la **Politique sur la planification de collectivités saines** de 2018, qui résume le contexte stratégique, détermine les objectifs stratégiques et confirme le but stratégique suivant :

« L'ICU envisage un avenir où toutes les collectivités et les villes sont planifiées, conçues, aménagées et gérées de manière à promouvoir des environnements vivants et des modes de vie actifs pour favoriser la santé de tous les Canadiens, en améliorant l'équité sociale et en santé de nos collectivités. » (traduction libre)

Les objectifs stratégiques portent sur l'environnement bâti, l'environnement naturel et rural, ainsi que sur l'environnement social. Les rôles des planificateurs et de l'ICU sont traités et comprennent ce qui suit :

- promouvoir la vision d'une collectivité en santé;
- prioriser les partenariats avec d'autres organisations professionnelles;
- s'assurer que les planificateurs ont accès à des ressources, à des données et à une formation;
- défendre les politiques nationales et internationales qui préconisent des collectivités en santé;
- réévaluer régulièrement les priorités avec les membres.

L'ICU a été l'une des premières organisations à s'attarder au concept de l'« équité en santé » dans la documentation. En 2012, l'ICU a produit la série de fiches d'information intitulée ***L'équité en santé et la conception des collectivités : Que nous apprennent les données canadiennes?***, qui porte sur les « écarts constatés dans les résultats en matière de santé pouvant être associés à des inégalités sociales et économiques ». L'ICU y définit les conditions inégales comme celles qui comprennent l'accès à des endroits où s'amuser, apprendre, travailler, magasiner et acheter des aliments sains, de même que l'accès aux réseaux de transport en commun et de transport actif. Par ailleurs, l'ICU reconnaît que les groupes vulnérables sont touchés, notamment les jeunes, les aînés et les personnes handicapées, ainsi que les groupes culturels, comme les Premières Nations, les Métis et les nouveaux immigrants. Le statut économique y est aussi indiqué comme un facteur.

La fiche d'information repose sur un examen approfondi des données canadiennes publiées entre 2007 et 2011, provenant de plus de 100 sources. Elle décrit plusieurs faits saillants, dont un certain nombre sont indiqués ci-dessous :

- les personnes vivant dans des quartiers à faible statut économique sont plus susceptibles de prendre du poids;
- les hommes et les femmes vivant dans des quartiers à revenu élevé ont une plus longue espérance de vie;
- l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance augmente dans le cas des personnes ayant un faible revenu;
- les taux d'hospitalisations liés à plusieurs maladies sont plus élevés parmi les personnes résidant dans les quartiers à faible statut socioéconomique;
- les quartiers dont le couvert forestier est moins important et qui comptent moins d'espaces verts sont plus susceptibles de produire un effet d'îlot thermique, d'avoir des températures plus élevées et d'enregistrer un taux de mortalité plus élevé pendant les vagues de chaleur;
- les quartiers présentant un statut socioéconomique plus faible sont plus susceptibles d'être situés près des artères principales et d'être exposés à des niveaux plus élevés de pollution atmosphérique;

- les quartiers à faible statut socioéconomique sont plus susceptibles d'être situés dans des « déserts alimentaires » et d'être touchés par le manque de voitures personnelles.

La fiche d'information tire plusieurs conclusions, paraphrasées ci-dessous :

- les groupes à faible statut socioéconomique sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé causés par un moins bon accès aux emplois, aux magasins et aux services;
- les groupes à faible statut socioéconomique comptent davantage sur le transport actif et sont donc plus susceptibles d'être exposés à la pollution extérieure et aux risques de collisions et de blessures.

La fiche d'information conclut qu'il faut offrir aux planificateurs plusieurs moyens de régler les problèmes d'équité en santé, de se concentrer sur les domaines de planification communautaire à long terme, de créer des relations avec les collectivités et d'envisager de nouvelles possibilités, y compris les bienfaits des évaluations des incidences sur la santé, entre autres stratégies.

British Columbia Centre for Disease Control

En 2008, la BC Healthy Built Environment Alliance (HBEA) a été créée avec le soutien du BC Centre for Disease Control. Le but de la HBEA est de promouvoir des activités qui permettent de renforcer la relation et d'échanger des connaissances sur l'environnement bâti et la santé de la population.

L'alliance a conçu une trousse d'outils intitulée Healthy Built Environment Linkages, qui a été d'abord distribuée en 2014, puis mise à jour en 2018. Cette trousse est conçue pour permettre aux spécialistes de la planification de disposer des recherches et des outils qui leur permettent d'intégrer la santé dans leur travail de planification communautaire. La trousse porte sur cinq aspects de la planification communautaire.

En 2017, le groupe de travail chargé de la trousse d'outils Healthy Built Environment Linkages du BC Centre for Disease Control a préparé une **fiche d'information intitulée Supporting Health Equity Through the Built Environment**. Cette fiche d'information repose sur l'examen de plus de 50 articles et études empiriques publiés depuis 2010. La recherche reconnaît que certaines populations prioritaires (notamment les aînés, les nouveaux arrivants, les populations autochtones, les personnes vivant dans la pauvreté, les itinérants et d'autres) courent le risque d'avoir une mauvaise santé et ont donc des besoins particuliers en ce qui concerne l'environnement bâti. Le BCCDC a également publié une mise à jour de la trousse **Healthy Built Environment Linkages** l'année suivante.

La vision d'un environnement bâti sain et équitable repose sur les cinq caractéristiques suivantes :

- ▶ **LA CONCEPTION DE QUARTIERS SAINS.** Tous les quartiers n'offrent pas suffisamment d'espaces publics, de services et d'installations. Les résidents des quartiers qui sont mal desservis ont un état de santé bien pire que les autres. Pour concevoir des quartiers sains, il faut améliorer les quartiers grâce à de nouveaux services et installations, sans déplacer les gens. Il faut établir un équilibre entre la densité et le nombre approprié d'espaces verts. L'engagement des résidents de la collectivité envers un processus d'aménagement du territoire en collaboration donne également des résultats en santé plus positifs.
- ▶ **DES RÉSEAUX DE TRANSPORT SAINS.** Un réseau de transport sain intègre une foule de modes de transport pour les personnes de tous âges et de toutes aptitudes. Il faudrait prioriser les installations de transport actif et de transports en commun et en tenir compte pour les personnes sont desservies, en tenant compte des horaires de travail et des calendriers scolaires, et en s'attardant à l'éventuel problème de gentrification qui découle de l'aménagement de nouveaux transports en commun.
- ▶ **DES LOGEMENTS SAINS.** Un logement sain est défini dans cette étude comme un logement abordable, accessible et exempt de danger. Nous pouvons favoriser un accès équitable aux logements sains en protégeant les résidents contre les effets de la gentrification et en veillant à ce que les appartements, nouveaux et rénovés, intègrent des technologies de construction durable.
- ▶ **DES SYSTÈMES ALIMENTAIRES SAINS.** Sans système alimentaire sain, les gens vivent dans l'insécurité alimentaire, ce qui signifie qu'ils ne peuvent pas avoir accès à des aliments sains et abordables pour une foule de raisons. Souvent, le coût des aliments entre en concurrence avec le coût des autres nécessités ou les aliments ne sont pas situés à une distance raisonnable d'une collectivité. Pour régler le problème de l'insécurité alimentaire, il est important de réduire les déchets alimentaires, d'envisager les besoins propres aux collectivités rurales et autochtones, d'optimiser les options alimentaires situées à proximité des logements abordables et des transports en commun, et de promouvoir des initiatives qui favorisent l'autosuffisance communautaire.
- ▶ **DES ENVIRONNEMENTS NATURELS SAINS.** On reconnaît que les quartiers défavorisés sur le plan socioéconomique ont tendance à offrir un moins bon accès à des installations environnementales et que leur probabilité d'avoir un lourd fardeau environnemental est accrue. Les résidents de ces quartiers profitent donc grandement d'espaces verts supplémentaires et de l'assainissement de la contamination de l'environnement. Il est capital d'élargir les espaces verts et d'en relier l'accès entre les quartiers, de même que de régler le problème environnemental associé à la mauvaise qualité de l'air, au manque d'arbres et de végétation, aux problèmes de sécurité et aux dangers chimiques ou biologiques.

La fiche d'information détermine les principes généraux suivants de la planification pour appuyer l'équité en santé :

- créer des possibilités pour les populations vulnérables ou prioritaires de participer à la planification et aux processus décisionnels;
- tenir compte des besoins particuliers des populations vulnérables au moment de planifier les interventions liées à l'environnement bâti.

American Planning Association

L'American Planning Association (APA) exploite un centre de recherche sur la planification et la santé communautaire (Planning and Community Health (PCH) Research Centre), qui s'occupe de projets visant à aider les planificateurs urbains à intégrer les objectifs de la santé publique dans leur pratique de planification.

En 2013, l'Association a terminé une étude intitulée **Healthy Plan Making: Integrating Health into the Comprehensive Planning Process: An Analysis of Seven Case Studies and Recommendations for Change**. Cette étude s'inspire des recherches antérieures et examine de quelle façon sept administrations gouvernementales aux États-Unis ont réussi à intégrer des objectifs et des politiques sur la santé publique dans leur processus de planification. Pour effectuer ces études de cas, les auteurs ont effectué des entrevues approfondies avec des planificateurs des collectivités.

Le rapport est organisé en neuf thèmes récurrents qui sont ressortis des entrevues :

- ▶ **DES CHAMPIONS.** Les chercheurs ont constaté que les champions des collectivités étaient essentiels à l'intégration de la santé dans les processus de planification. Ils ont recommandé que les municipalités trouvent des champions locaux et s'associent à eux.
- ▶ **LE CONTEXTE ET LE MOMENT.** Voilà la clé du succès de plusieurs plans. Les auteurs ont recommandé que les municipalités essaient de miser sur les occasions au fur et à mesure qu'elles se présentent. Les exemples comprennent la mise à jour régulière de la planification afin d'intégrer la santé dans les processus de planification.
- ▶ **LE SENSIBILISATION.** Les auteurs soulignent que les planificateurs formulent les messages sur la santé publique dans l'optique des autres thèmes de la planification qui comptent pour les résidents. Ils utilisent également un vocabulaire uniforme et intègrent des images dans leurs messages. Les auteurs recommandent que les planificateurs sensibilisent le public et les autres services aux avantages de l'intégration de la santé dans la planification.
- ▶ **LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ.** En plus des politiques pour promouvoir un mode de vie sain propre à des sujets tels que le transport actif et les aliments sains, la plupart des plans examinés comprennent un chapitre qui traite explicitement de la santé publique. Les auteurs avancent que l'inclusion d'un

tel chapitre garantit que la santé publique est également intégrée dans toutes les autres sections des rapports.

- ▶ **DES DONNÉES.** Le rapport traite de la manière dont les municipalités intègrent les données sur la santé publique dans leurs processus de sensibilisation et de mise en œuvre. Les auteurs recommandent que les planificateurs coordonnent les ensembles de données entre les services et qu'ils établissent des liens entre les objectifs des plans et les données mesurables sur la santé.
- ▶ **LA COLLABORATION.** Le rapport souligne que les municipalités s'associent à d'autres organismes gouvernementaux, au secteur privé et à des citoyens afin d'élaborer leurs plans et de les mettre en œuvre. Parfois, cela nécessite la création de nouveaux groupes de travail ou comités interservices, tandis qu'à d'autres moments, il faut réorganiser les services municipaux pour s'assurer que les praticiens de la santé et les spécialistes de la planification peuvent collaborer facilement.
- ▶ **LE FINANCEMENT.** Le rapport précise également que les administrations reçoivent des fonds de nombreuses sources pour mettre en œuvre leurs plans, notamment les niveaux de gouvernement plus élevés et des fondations privées. Les auteurs recommandent que les municipalités collaborent avec le secteur privé et des groupes communautaires afin d'atteindre leurs objectifs en matière de financement et de chercher diverses sources de financement pour mettre en œuvre leurs plans.
- ▶ **LA MISE EN ŒUVRE.** Les plans comprennent des stratégies de mise en œuvre détaillées comportant des mesures précises, des horizons temporels et des critères d'évaluation. Certaines collectivités de l'étude ont apporté des modifications réglementaires à leurs codes de zonage, embauché de nouveaux membres du personnel chargés de la planification pour instaurer des parties du plan et intégré les politiques sur la santé dans de grands projets d'immobilisations. Les auteurs recommandent que les planificateurs institutionnalisent les objectifs en matière de santé et qu'ils fassent participer les résidents aux processus de mise en œuvre.
- ▶ **LA SURVEILLANCE ET L'ÉVALUATION.** La plupart des plans exigent que la municipalité mette à jour le plan ou qu'elle rende compte de ses progrès en vue de le mettre en œuvre deux fois l'an ou une fois par année. Les auteurs recommandent que les municipalités intègrent ces exigences en matière d'évaluation dans leurs plans pour s'assurer de faire un suivi des progrès.

Association des transports du Canada

En novembre 2019, l'Association des transports du Canada a diffusé le document intitulé ***Intégration de la santé et des transports au Canada***, préparé par Urban Design 4 Health, Ltd. et Alta Planning + Design. Le but de ce rapport est le suivant : « que les planificateurs tiennent compte effectivement des considérations liées à la santé dans les processus de planification et de prises de décisions en matière de transport ». Comme il s'agit d'une publication récente, le document cherche moins à savoir « pourquoi » l'intégration de la planification de la santé des collectivités est importante et davantage à savoir « comment » procéder. Le document repose sur une analyse documentaire et des pratiques exemplaires (plus de 270 sources), un sondage (410 réponses), des entrevues et des webinaires interactifs.

Contrairement aux sondages de l'ICU, qui sont axés sur les planificateurs, la fonction première des répondants sur leur lieu de travail est le transport (41 %), viennent ensuite la santé (34 %) et autres (25 %), qui est une administration municipale, la consultation ou l'éducation. Étant donné qu'une grande proportion des professionnels du transport sont des ingénieurs, il semble que le sondage saisisse la rétroaction d'un nombre conséquent de professionnels du génie, par opposition aux planificateurs ou aux praticiens de la santé communautaire qui ont pris part aux sondages de l'ICU. Parce que les constatations reflètent en partie le point de vue des ingénieurs, cette étude offre d'autres perspectives sur la question. Par ailleurs, nous constatons que 9 % des répondants travaillent à l'extérieur du Canada. L'étude profite de l'inclusion de leurs points de vue, ainsi que des études de cas et de la documentation provenant également de l'extérieur du Canada.

Le rapport comprend une analyse approfondie de diverses stratégies et prête une attention particulière aux notions des rues complètes et de la vision zéro pour mettre en œuvre les buts de la santé publique dans les processus de planification.

Les recommandations clés comprennent les suivantes :

- exiger des cours sur le transport et la santé dans chaque programme de planification ou d'ingénierie des transports et de santé publique;
- promouvoir des occasions de perfectionnement professionnel pour les professionnels à tous les stades de leur carrière;
- accroître les possibilités pour les professionnels de la santé publique et des transports de collaborer à des conférences, des projets, etc.;
- s'assurer que les politiques gouvernementales intègrent les considérations liées à la santé dans tous les processus décisionnels concernant la planification des transports;
- quantifier les répercussions financières positives du transport actif à toutes les échelles;
- élaborer des lignes directrices pour régler les problèmes de sécurité associés au transport actif;

- tenir compte de l'équité en santé dans l'ensemble du processus de planification des transports;
- améliorer les possibilités de mobilisation des collectivités pendant tout le processus de planification;
- surveiller les blessures, les décès et les résultats en santé dans des formats standards pour toutes les administrations;
- promouvoir la réalisation d'autres recherches sur la relation entre la planification des transports et la santé mentale et émotionnelle.

Figure 1 - Nos objectifs de conception ont changé (adapté de Michael Flynn pour New York City's Department of transportation (NYC DOT))

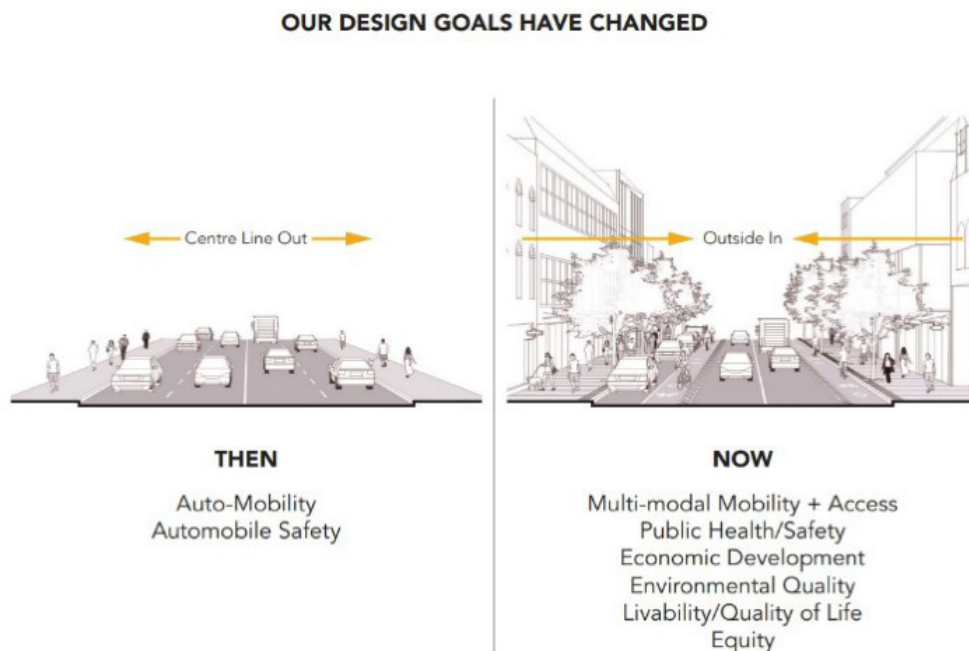


Figure 2 - Guide de réseaux multimodaux ruraux et des petites villes de la FHA des États Unis

Why a Rural and Small Town Focused Guide?

There is a need and desire to make travel safer and more active in small and rural communities.

While rural places vary considerably in geographic scale and character, there are common issues that prevail:



Longer Non-local Trip Distances

Rural trip distances have been increasing.⁽ⁱ⁾



Health Disparities

Rural areas have higher rates of physical inactivity and chronic disease than urbanized areas.⁽ⁱⁱ⁾



Higher Crash Rates

While only 19 percent of the population lives in rural areas, 58 percent of all fatal crashes and 60 percent of traffic fatalities were recorded in rural regions.⁽ⁱⁱⁱ⁾



Income Disparities

Urban households earn 32 percent more in yearly income than rural households.^(iv)

PLANH

PlanH est un partenariat entre la BC Healthy Communities Society et Healthy Families BC. En 2014, avec le soutien de l'Union of BC Municipalities, PlanH a diffusé le document intitulé **How Do Local Governments Improve Health and Community Well-Being? A Resource Guide for Local Governments**. Ce guide, qui s'adresse aux représentants élus et au personnel-cadre des administrations locales, a pour but de « faire ressortir le rôle que les administrations locales peuvent jouer dans la promotion de la santé et le soutien des collectivités plus saines pour tous » (traduction libre).

Rédigé en langage clair, ce guide décrit brièvement ce que signifient les expressions « santé » et « collectivité en santé » et comprend un résumé de haut niveau de la santé en Colombie-Britannique. On y mentionne que les taux de maladies chroniques et d'obésité sont en hausse et que notre niveau d'activité est en baisse, ce qui entraîne une augmentation des maladies chroniques. Le guide précise aussi que « nos collectivités

sont conçues pour que nous utilisions nos voitures plutôt que nos pieds » (traduction libre). Enfin, il plaide en faveur de la collaboration et décrit la riche histoire du rôle de la planification dans le bien être et la santé des collectivités. La « préservation de la santé publique » (traduction libre) est présentée comme l'un des secteurs de compétence des administrations locales dans la *1872 Municipality Act*, qui est le premier exemple d'une loi sur les administrations locales en Colombie-Britannique.

Ce guide est utile parce qu'il offre des stratégies concrètes sur la manière de se déplacer dans un environnement complexe composé de nombreux acteurs. En particulier, il expose les raisons pour lesquelles les administrations locales doivent prendre l'initiative dans ce domaine, mobiliser les citoyens et s'assurer de la collaboration avec d'autres organismes, services et ministères. La responsabilité de la santé publique, même si elle relevait à l'origine des municipalités, a été graduellement transférée à des organisations provinciales, notamment les régies régionales de la santé. Puisque les responsabilités municipales (notamment l'aménagement du territoire, les transports en commun et les infrastructures de transport actif) ont une incidence sur la santé publique, le guide fait état des stratégies qui permettent aux municipalités de promouvoir des résultats sains et d'éviter des maladies chroniques. De même, les municipalités offrent et programment souvent des installations de loisirs, qui sont importantes pour favoriser à la fois l'activité physique et des modes de vie sains.

Le guide établit un lien entre les bonnes décisions en matière d'aménagement du territoire et la santé de nos résidents. Il précise que « les professionnels de la planification et de la santé conviennent que nous avons besoin de construire des quartiers qui sont plus compacts, reliés et propices à la marche, grâce à une combinaison d'usages, de types de logements et de personnes » (traduction libre).

Enfin, le guide détermine les mesures que plusieurs municipalités locales ont prises pour offrir des résultats positifs en matière de santé, notamment :

- le village de Burns Lake, qui s'est engagé à revitaliser son centre-ville en 2011, ce qui a mené à la création d'un marché de producteurs, qui renforce la sécurité alimentaire, ainsi que de nouveaux trottoirs et de nouvelles pistes cyclables, qui favorisent un mode de vie actif;
- la ville de Campbell River, qui a intégré des objectifs sociaux dans son plan communautaire officiel;
- la ville de Surrey, qui réglemente le tabagisme de manière radicale dans la collectivité;
- la ville de Victoria, qui s'est attardée à la sécurité alimentaire dans son plan communautaire officiel de 2012 pour favoriser la production d'aliments en milieu urbain, promouvoir l'accès à des aliments sains et préconiser la réutilisation des déchets organiques;
- la ville de Kamloops, dont le plan de durabilité incite les promoteurs à intégrer des jardins communautaires dans leurs complexes d'habitations multifamiliales, favorise l'élargissement d'un programme de partage d'aliments et cherche à offrir d'autres parcelles de jardin à ses citoyens.

Enfin, le guide préconise la création de partenariats avec les autorités sanitaires locales. Dans la majeure partie du Canada, les autorités sanitaires et les administrations locales n'entretiennent pas de relation fonctionnelle ou de travail officielle. Toutefois, la législation provinciale de la Colombie-Britannique exige que les administrations locales et les autorités sanitaires « désignent des membres du personnel de liaison chargés de faciliter la communication, la résolution de problèmes et la collaboration » (traduction libre). Cette relation officielle est peut être l'aboutissement de nombreuses années de dialogue et de collaboration, mais elle peut être une source d'inspiration pour les municipalités, quel que soit le stade où elles se trouvent dans le processus des possibilités et des occasions.

Agence de la santé publique du Canada

L'administrateur en chef de la santé publique du Canada diffuse un rapport annuel sur l'état de la santé publique au pays. Chaque année, le rapport porte sur une question prioritaire pour les praticiens de la santé publique. En 2017, l'Agence de la santé publique du Canada a diffusé le rapport intitulé **Concevoir un mode de vie sain : Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada**. Ce rapport s'attarde à la manière dont les changements apportés à l'environnement bâti peuvent aider à régler des problèmes de santé chronique, comme le diabète, et préconise l'intégration des considérations de la santé dans le processus de planification communautaire.

Après un aperçu des tendances de la santé publique et de la planification au Canada, le rapport se penche sur trois moyens d'intégrer les buts et politiques de la santé dans le processus de planification :

- ▶ **CONCEVOIR DES QUARTIERS ACTIFS.** L'activité physique est associée à une vaste gamme de bienfaits pour la santé physique et mentale, mais la plupart des Canadiens adultes ne font pas d'exercice pendant les 150 minutes recommandées par semaine. Les planificateurs peuvent encourager les gens à faire de l'exercice en créant plus de possibilités de transport actif, notamment le vélo, la marche et les transports en commun. Il faudrait faire des efforts pour réduire les risques associés à la sécurité routière, à la pollution atmosphérique et aux conditions météorologiques extrêmes.
- ▶ **ACCROÎTRE L'ACCÈS À DES ALIMENTS SAINS.** Un régime sain et équilibré est lié à des résultats positifs en matière de santé. Or, de nombreux Canadiens n'ont pas un régime sain pour diverses raisons, notamment le manque d'accès à des aliments sains. Les zones où les choix d'aliments sains sont limités sont connues comme des « déserts alimentaires ». Les planificateurs peuvent aider à accroître l'accès à des aliments sains en utilisant le zonage pour améliorer l'accès à des aliments sains et limiter l'accès au prêt-à-manger. Les planificateurs peuvent également favoriser la création de jardins communautaires et de marchés de producteurs.

- **CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES.** Le soutien social est lié à des résultats positifs en santé mentale et à un moins grand risque de divers problèmes de santé, notamment les maladies cardiovasculaires. Les planificateurs peuvent favoriser les interactions sociales en créant des endroits où les gens peuvent se rencontrer et se réunir. En général, les quartiers qui préconisent les interactions sociales sont conçus pour les piétons, comprennent des espaces verts, comportent une circulation limitée et des destinations locales, comme des cafés et des bibliothèques.

Ensuite, le rapport examine comment les planificateurs communautaires peuvent concevoir des quartiers sains pour des groupes de population spécifiques, notamment les enfants et les jeunes, les adultes âgés et les populations autochtones. De même, le rapport souligne comment les grandes villes du Canada assurent la collaboration entre des professionnels de la santé et de la planification afin d'appuyer la création de collectivités en santé.

Le rapport se termine par six mesures recommandées que les planificateurs et les autres agents publics devraient envisager :

- au moment de concevoir des collectivités, envisager les répercussions des changements sur la santé des résidents;
- tenir compte de l'influence des processus de planification sur les collectivités défavorisées;
- collaborer avec les praticiens de la santé publique afin d'évaluer les répercussions de la conception des collectivités sur la santé;
- partager des idées, des leçons et des pratiques exemplaires avec d'autres professionnels de la planification et de la santé;
- collaborer avec des professionnels de la santé afin de mobiliser le public et de recueillir des données sur la santé;
- s'assurer que « les choix santé deviennent les choix les plus faciles ».

Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique

En 2008, la Provincial Health Services Authority (PHSA) de la Colombie-Britannique a diffusé le document intitulé **Introduction to Land Use Planning for Health Professionals: Workshop Reader**. La PHSA et la Healthy Built Environment (HBE) Alliance ont collaboré à plusieurs initiatives liées à la santé et à l'environnement bâti, notamment la trousse **Healthy Built Environment Resource Kit**. Le document Workshop Reader devrait être utilisé simultanément avec la trousse et d'autres outils.

Le but du Workshop Reader est de présenter brièvement la planification de l'aménagement du territoire à des personnes qui ne sont pas des planificateurs. Il le fait

en décrivant le cadre décisionnel que les planificateurs de l'aménagement du territoire utilisent : « des concepts, des plans, des outils et les responsables des décisions clés » (traduction libre), ainsi qu'en déterminant les possibilités de changement dans des processus de planification typiques.

Le Workshop Reader commence par donner un aperçu de haut niveau des lois en Colombie-Britannique, notamment la Local Government Act, la Local Services Act et la Community Charter. Ces lois permettent l'adoption de plans communautaires officiels (PCO) de haut niveau, la création de commissions de planification consultatives et l'élaboration de stratégies de croissance régionale, de même que l'adoption d'outils sur le terrain, comme des règlements municipaux de zonage et des dérogations. Par ailleurs, il précise les rôles et responsabilités des quatre niveaux de gouvernement, soit fédéral, provincial, municipal et des Premières Nations. Il décrit également l'éventuel chevauchement associé aux administrations régionales. Enfin, il définit « qui est qui dans l'administration locale » (traduction libre), ce qui donne un aperçu de la structure administrative de la planification de l'aménagement du territoire par les représentants élus, l'agent administratif principal, les administrateurs, divers planificateurs et les agents chargés de la mise en application des règlements.

Le Workshop Reader décrit les possibilités offertes aux professionnels de la santé pour qu'ils prennent part aux processus de planification de l'aménagement du territoire, tant officiellement que de manière informelle. Habituellement, les professionnels de la santé s'occupent surtout des demandes d'aménagement de site, des plans de gestion des déchets solides et liquides, des plans de gestion des bassins versants et des plans de gestion de la qualité de l'air. Les professionnels de la santé peuvent également faire partie de comités ou de groupes de travail. De manière informelle, les professionnels de la santé peuvent participer à des exposés et aux activités de groupes d'ateliers éducatifs, être des ressources pour des organisations communautaires, et simplement établir des liens et des relations en général avec des membres de la collectivité, des représentants élus et d'autres professionnels qui travaillent dans des domaines connexes.

Le Workshop Reader présente la hiérarchie des plans aux niveaux régional, municipal et local, qui existe en raison de la législation provinciale habilitante. Les possibilités de participation, notamment les consultations publiques et les comités d'intervenants, sont décrites pour chaque type de plan. Les stratégies de croissance et les plans de transport sont indiqués comme des processus qui revêtent une importance capitale pour la création d'environnements bâtis plus sains à l'échelle régionale.

Au niveau municipal, le Workshop Reader décrit des stratégies et des outils liés aux plans communautaires officiels, aux plans directeurs sur les parcs, les loisirs et la culture, aux plans secondaires ou d'aménagement des zones locales et des quartiers, aux règlements de zonage et à d'autres outils employés à l'échelle municipale.

Même si le Workshop Reader a été produit en 2008, les stratégies qui y sont décrites sont toujours pertinentes, en particulier pour les municipalités qui commencent tout juste à déterminer des possibilités de s'occuper de la santé publique. Il donne un aperçu utile des processus de planification et mentionne des stratégies réalistes pour participer à tous les niveaux. Il serait utile que les collectivités de l'ensemble du pays adaptent le Workshop Reader à leur administration locale, à tous les stades du processus.

Sondage national sur la santé publique et la planification

Dans le cadre du Rapport sur la santé et la planification au Canada de 2021, notre équipe du projet a collaboré avec des partenaires organisationnels afin de distribuer un sondage sur l'état actuel de la compréhension et les efforts consentis dans ce domaine. Les réponses ont été recueillies entre le 5 janvier et le 4 février 2021, auprès de professionnels qui s'occupent à la fois de la santé publique et de la planification, ainsi que de la conception de l'environnement bâti au Canada. Le sondage a été partagé avec les organismes de santé et de planification suivants pour qu'ils le distribuent à leurs membres :

- ◆ Institut canadien des urbanistes
- ◆ les associations et instituts provinciaux et territoriaux (AIPT) et organisations de planification notamment :
 - » Planning Institute of BC
 - » Alberta Professional Planners Institute
 - » Saskatchewan Professional Planners Institute
 - » Manitoba Professional Planners Institute
 - » Institut des planificateurs professionnels de l'Ontario
 - » Ordre des urbanistes du Québec
 - » Institut des urbanistes de l'Atlantique
 - » VéloQuébec
 - » CivicInfoBC
- ◆ Institut canadien de l'ingénierie des transports (CITE)
- ◆ Association des transports du Canada
- ◆ Association canadienne de santé publique
- ◆ Public Health Association of BC
- ◆ Alberta Public Health Association
- ◆ Saskatchewan Public Health Association
- ◆ Association manitobaine de santé publique
- ◆ Association pour la santé publique de l'Ontario
- ◆ Association pour la santé publique du Québec
- ◆ Public Health Association of Nova Scotia
- ◆ Newfoundland and Labrador Public Health Association
- ◆ Northwest Territories and Nunavut Public Health Association
- ◆ BC Centres for Disease Control

En plus des organisations susmentionnées, des invitations au sondage ont été transmises à plus de 140 professionnels de l'environnement bâti avec qui Urban Systems avait travaillé à titre professionnel au cours des cinq années précédentes.

La présente section décrit la méthodologie d'enquête ainsi que les caractéristiques clés des répondants au sondage et elle donne un aperçu des principales constatations tirées du sondage. Un résumé complet du sondage est présenté à l'**annexe A**.

Méthodes

Les questions du sondage de 2021 reposaient sur celles que le sous-comité des collectivités en santé de l'Institut canadien des urbanistes (ICU) avait utilisées pour concevoir son guide intitulé *Healthy Communities Practice Guide* (2011). Les professionnels de la planification¹ et les professionnels de la santé devaient répondre à des questions portant sur les sujets suivants :

- | | |
|---|---|
| 1. Données démographiques et contexte professionnel | 4. Outils et mise en œuvre |
| 2. Planification des collectivités saines | 5. Compréhension des obstacles à l'intégration de la santé et de la planification |
| 3. Niveau de collaboration | 6. Suivi des progrès |

Les données recueillies grâce au sondage sont demeurées anonymes et ont été traitées comme telles. Si un répondant fournissait volontairement ses coordonnées à la fin du sondage, ses réponses étaient traitées de manière confidentielle. Les données du sondage ont été analysées et sont déclarées sous forme d'agrégats.

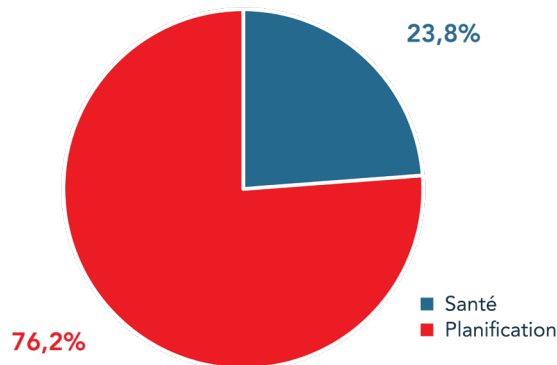
Le sondage était offert en français et en anglais. Les réponses des versions française et anglaise du sondage ont été analysées ensemble. Les réponses des professionnels de la santé publique et des professionnels de la planification ont été analysées séparément.

Profil des répondants

Au total, 563 répondants ont participé au sondage, 96,4 % des questionnaires ont été remplis en anglais et 3,6 %, en français. Comme l'illustre la figure 3, 23,8 % des répondants se sont identifiés comme étant des professionnels de la santé publique, tandis que 76,2 % d'entre eux ont dit travailler en planification ou dans une profession connexe.

¹ Aux fins du sondage, les répondants devaient s'identifier comme des professionnels de la santé (notamment les soins de santé primaires, les autorités sanitaires, la promotion de la santé et les associations de santé) ou comme des professionnels de la planification (notamment les professions liées à la planification urbaine, à l'environnement bâti et au génie, la planification des parcs et des loisirs, de l'environnement, de l'équité et la planification sociale).

Figure 3 - Quel domaine décrit le mieux votre rôle?
(n = 563)



La **figure 4** montre que la plupart des répondants ont dit travailler dans le secteur public (85,3 % des professionnels de la santé et 65,5 % des professionnels de la planification). Environ le cinquième des professionnels de la santé (22,1 %) ont dit travailler dans le secteur privé. Quand on leur a demandé de préciser le niveau de gouvernement pour lequel ils travaillaient, 53,7 % des professionnels de la santé publique ont répondu qu'ils travaillaient pour une province ou un territoire, tandis que 82,2 % des professionnels de la planification publique ont dit travailler pour une municipalité (**figure 5**).

Figure 4 - Dans quel secteur travaillez-vous?

(n_{Santé} = 129; n_{Planification} = 412)

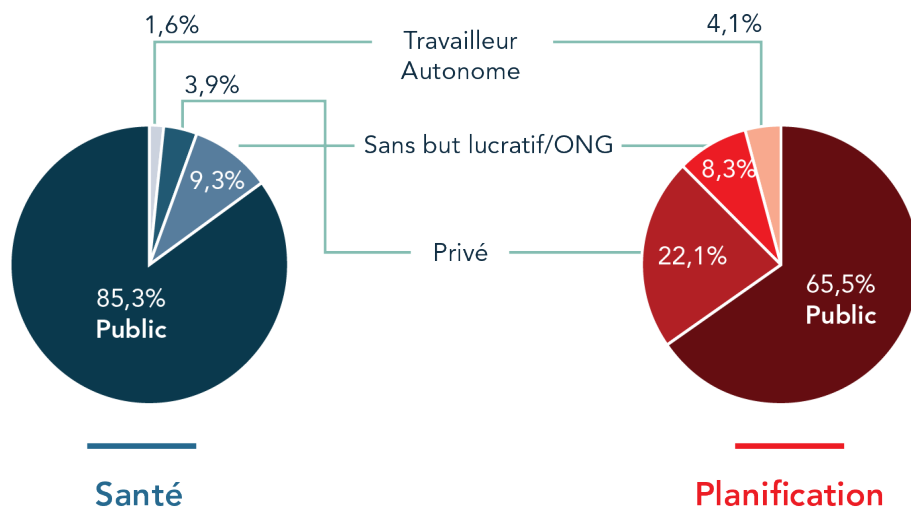
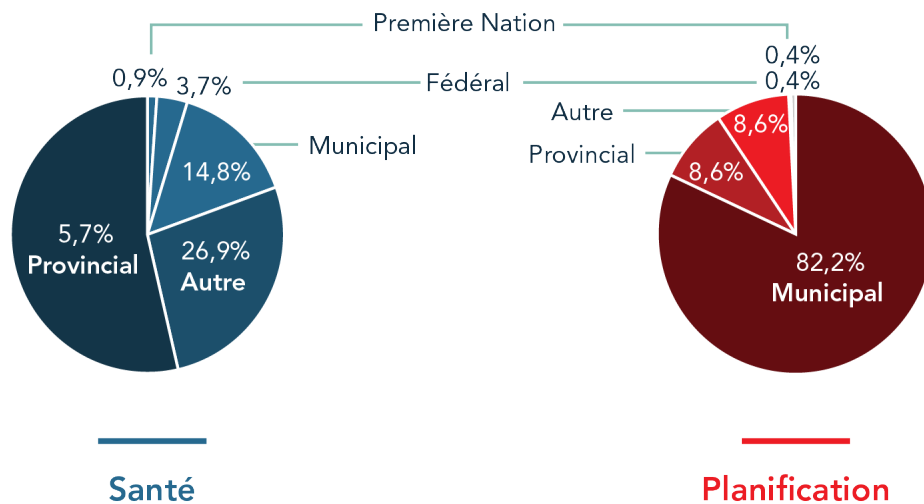


Figure 5 - Pour quel niveau de gouvernement travaillez-vous?

($n_{\text{Santé}} = 108$; $n_{\text{Planification}} = 269$)



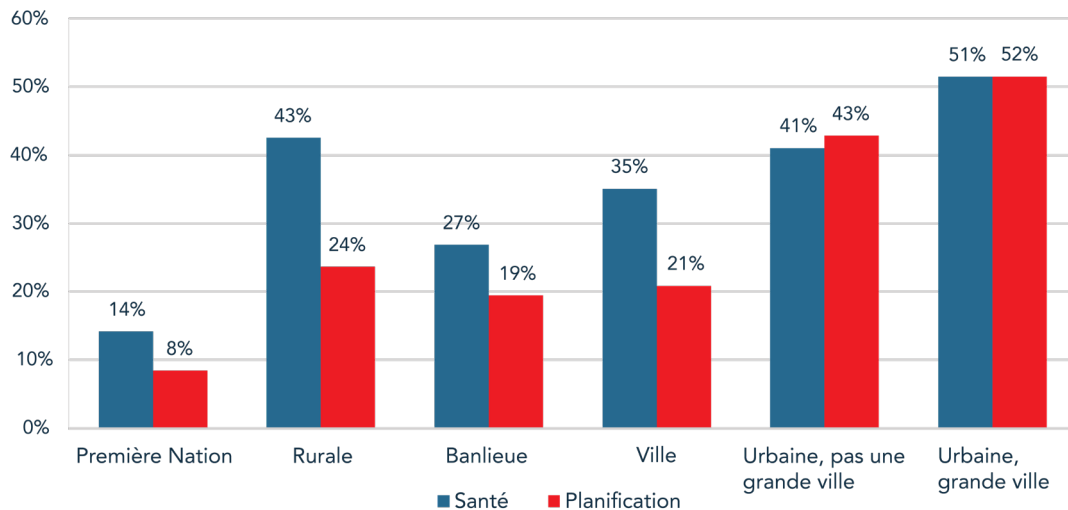
Les réponses au sondage provenaient de l'ensemble du Canada. Les répondants étaient plus susceptibles de dire qu'ils travaillaient dans les provinces suivantes :

- ▶ Colombie-Britannique (santé : 45 %; planification : 43 %);
- ▶ Ontario (santé : 25 %; planification : 23 %);
- ▶ Alberta (santé : 12 %; planification : 11 %).

La **figure 6** montre que la plupart des professionnels de la santé travaillaient en milieu urbain, 52 % travaillant dans de grandes villes et 43 %, dans des régions urbaines ne faisant pas partie d'une grande ville. De nombreux professionnels de la santé travaillaient également dans de grandes villes urbaines (51 %). Les autres principales réponses des professionnels de la santé comprennent des régions rurales (43 %) et des régions urbaines qui ne font pas partie d'une grande ville (41 %). Seulement 8 % des professionnels de la planification et 14 % des professionnels de la santé ont dit travailler dans des collectivités des Premières Nations.

Figure 6 - Dans quelle(s) région(s) travaillez-vous principalement? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

($n_{\text{Santé}} = 134$; $n_{\text{Planification}} = 427$)



Principales constatations

Écarts des niveaux de collaboration entre la santé et la planification

La **figure 7** indique à quelle fréquence les professionnels de la santé ont dit s'occuper de projets liés à la planification, ainsi que la fréquence à laquelle les professionnels de la planification s'occupaient de projets liés à la santé.

La **figure 8** montre à quelle fréquence les professionnels de la santé et les professionnels de la planification ont dit collaborer à des projets avec l'autre profession ou interagir avec elle.

La plupart des professionnels de la santé ont fait savoir qu'ils s'occupaient de projets liés à la planification (55,5 % ont répondu *fréquemment* ou *toujours*) et qu'ils collaboraient avec des professionnels de la planification (51,7 % à certains ou à la plupart des projets) plutôt que l'inverse. Bien que 37,5 % des professionnels de la planification aient dit s'occuper *parfois* ou *toujours* de projets liés à la santé, 51,7 % des professionnels de la planification ont fait savoir qu'ils collaboraient rarement ou jamais à leurs projets avec des professionnels de la santé.

Pour ce qui est des niveaux de participation aux projets, les professionnels de la santé avaient tendance à participer davantage aux premières phases des projets (c.-à-d. propositions de projets ou élaboration de politiques) qu'aux phases ultérieures. Ils ont surtout fait état de propositions de projets (72 %) et de l'élaboration de politiques (59 %).

À titre de comparaison, les professionnels de la planification avaient tendance à participer davantage à toutes les phases des projets. En général, les professionnels de la planification ont mentionné qu'ils étaient bien plus actifs que les professionnels de la santé pendant la mise en œuvre des plans et des politiques, soit de 28 à 41 % selon les phases des projets. Les professionnels de la planification participent également bien plus à la conception et à l'élaboration de l'ébauche de politiques (de 43 % à 67 %) que les professionnels de la santé (de 11 à 19 %).

Comme l'illustre la **figure 9**, la plupart des professionnels de la santé (89,8 %) et des professionnels de la planification (78,7 %) ont dit souhaiter accroître leurs niveaux de collaboration avec l'autre profession à l'avenir.

Figure 7 - Fréquence du travail lié à l'autre profession

($n_{\text{Santé}} = 108$; $n_{\text{Planification}} = 344$)

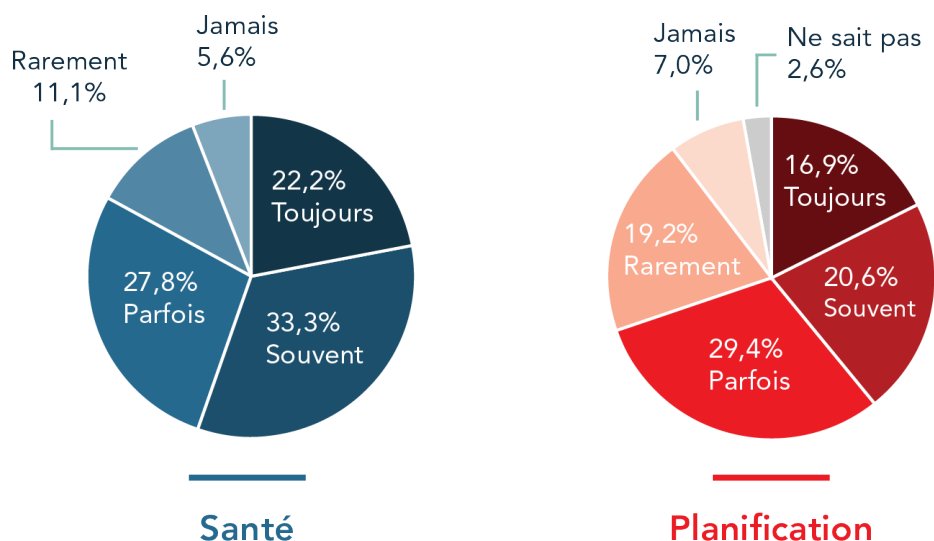


Figure 8 - Niveau actuel de collaboration ou d'interaction

($n_{\text{Santé}} = 118$; $n_{\text{Planification}} = 356$)

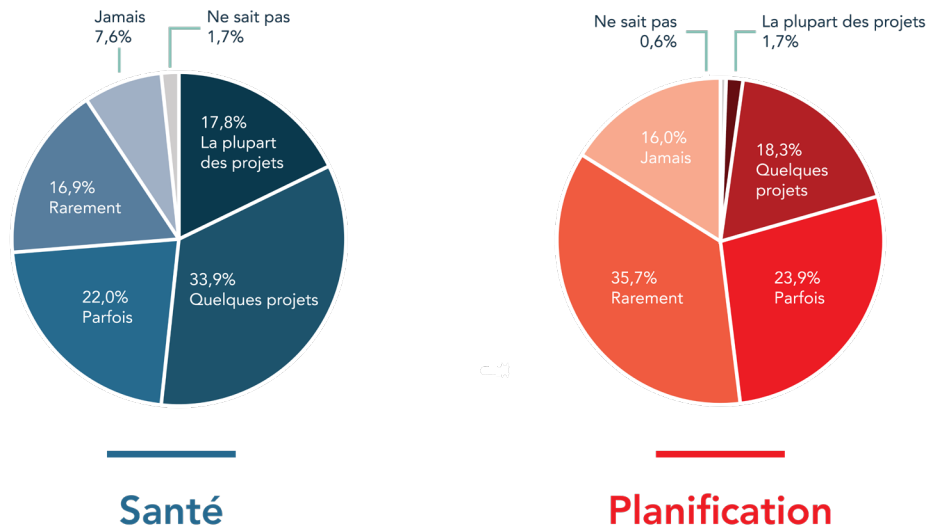
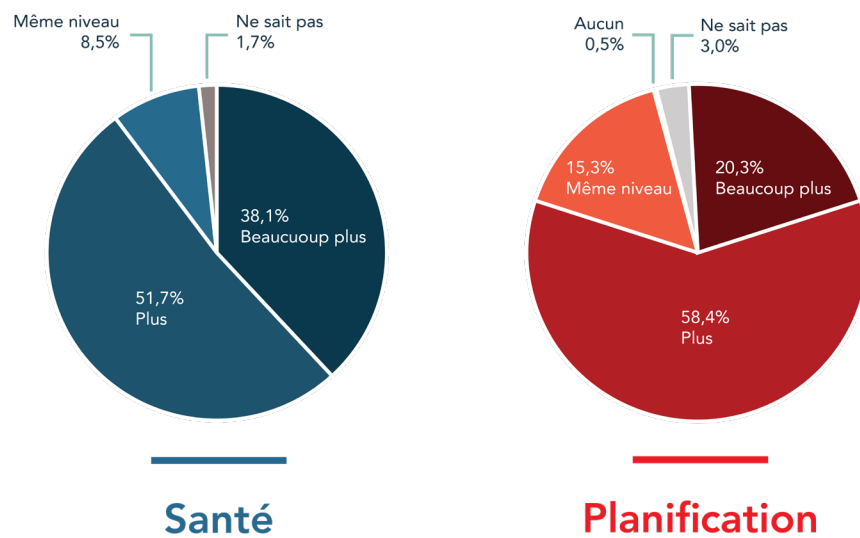


Figure 9 - Désir de collaboration future

($n_{\text{Santé}} = 118$; $n_{\text{Planification}} = 356$)



Besoins en santé et outils de planification : Prioriser l'équité

Nous avons demandé aux répondants de déterminer les besoins en santé communautaire les plus urgents dans les domaines où ils travaillent majoritairement. Les répondants pouvaient sélectionner toutes les options qui s'appliquaient aux collectivités dans lesquelles ils travaillaient la plupart du temps. Les trois réponses les plus fréquentes et les moins fréquentes de chacune des professions sont résumées au **tableau 1**. Un graphique complet, qui comprend d'autres réponses, figure à l'**annexe A**.

L'équité sociale est un sujet qui suscite de plus en plus l'intérêt des deux groupes de professionnels. Les problèmes liés au logement (p. ex. l'abordabilité, les options disponibles, la qualité et l'itinérance) et à la santé mentale (notamment l'usage et les dépendances aux substances) sont les grandes priorités des deux groupes de professionnels. Les questions touchant le transport (p. ex., l'accès amélioré et de meilleures options, y compris le transport actif et les transports en commun) sont aussi de grandes priorités pour les professionnels de la santé (52,4 %) et de la planification (50,0 %). Même si la sécurité alimentaire a été indiquée comme un autre besoin urgent par les professionnels de la santé (54,0 %), seulement le tiers des professionnels de la planification en ont fait autant (32,9 %).

La plupart des répondants ont choisi un grand nombre de besoins en santé et plusieurs répondants ont décrit à quel point il était nécessaire d'adopter une approche holistique pour s'attarder à de nombreux facteurs de santé qui sont interreliés.

Tableau 1 : Besoins en santé communautaire classés par les professionnels de la santé et de la planification

	Santé	Planification
Le Plus	Logement (74,2 %)	Logement (67,6 %)
	Santé mentale (55,6 %)	Santé mentale (45,3 %)
	Sécurité alimentaire (54,0 %)	Transport (27,5 %)
Le Moins	Infrastructure (24,2 %)	Infrastructure (27,5 %)
	Éducation (11,3 %)	Éducation (14,2 %)
	Agriculture (8,9 %)	Agriculture (7,8 %)

Un thème similaire portant sur l'équité et les facteurs sociaux est ressorti quand nous avons posé des questions aux répondants sur les types d'outils de planification qu'ils utilisaient, ainsi que sur leur efficacité et la possibilité de les intégrer à la santé. Le **tableau 2** compare les outils couramment utilisés par les professionnels de la santé et les professionnels de la planification, l'efficacité de ces outils ainsi que la possibilité d'intégrer la santé dans la planification.

Habituellement, les répondants considèrent que les outils liés à l'aménagement et à la planification de l'aménagement du territoire (p. ex. règlements de zonage, accords de

développement ou ordonnances de modification, codes de construction) sont efficaces pour intégrer la santé et la planification. Par ailleurs, les répondants ont indiqué que ces types d'outils offraient le moins de possibilités d'intégration.

Les outils les mieux classés pour leur efficacité et la possibilité d'intégration sont habituellement ceux qui sont plus étroitement associés au bien être physique, mental et social. Les membres des deux professions considèrent que les évaluations des incidences sur la santé (EIS) sont les plus efficaces et qu'elles offrent les plus grandes possibilités d'intégrer la santé et la planification. Ils ont également mentionné que les cadres d'équité offraient de grandes possibilités d'intégration.

Bien que ces EIS et ces cadres d'équité aient obtenu de bonnes notes pour l'efficacité globale et les possibilités d'intégration, **seulement 12,1 % des professionnels de la planification ont utilisé des EIS au cours des deux dernières années, comparativement à 41,5 % des professionnels de la santé. De même, au cours des deux dernières années, seulement 20,3 % des professionnels de la planification ont utilisé des cadres d'équité, contre 36,8 % des professionnels de la santé.**

Cette tendance à la planification physique (p. ex. l'aménagement du territoire et les infrastructures) et à la planification sociale se reflète aussi dans les réponses à la question sur l'efficacité des stratégies liées à l'environnement bâti pour créer des répercussions positives sur la santé (**annexe A : section 4.3**). Les interventions les moins bien cotées étaient l'aménagement du territoire, la conception de réseaux de rues, les stratégies à croissance régionale et la réglementation fondée sur la forme. Les plans de réduction de la pauvreté et les plans de sécurité alimentaire comptent parmi les cinq premières interventions mentionnées par les répondants. Les interventions liées au transport actif et au potentiel piétonnier (p. ex. des installations pédestres et des collectivités où l'on peut marcher, des parcs et des sentiers, l'aménagement axé sur les transports en commun et les infrastructures cyclables) ont également été bien cotées par les répondants.

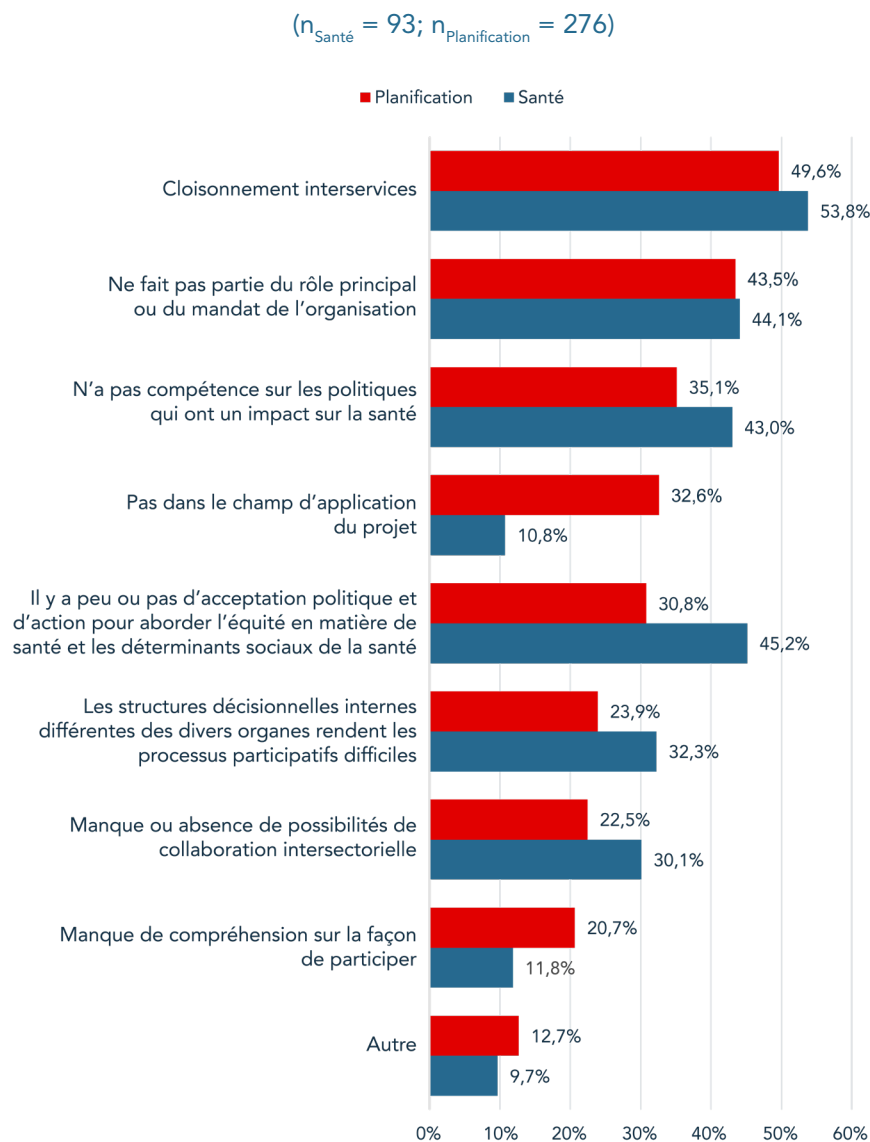
Tableau 2 : Comparaison des outils utilisés par les professionnels de la santé et de la planification

	Outils communautaires		Efficacité des outils de planification		Possibilités d'intégration	
	Santé	Planification	Santé	Planification	Santé	Planification
Le Plus	Plans officiels (et l'équivalent) (57,5 %)	Plans officiels (et l'équivalent) (66,1 %)	Évaluations des incidences sur la santé (59,5 %)	Évaluations des incidences sur la santé (46,5 %)	Évaluations des incidences sur la santé (94,6 %)	Évaluation des incidences sur la santé (94,7 %)
	Plans directeurs et stratégies de transport (44,3 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (42,1 %)	Planification du transport scolaire (53,3 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (44,4 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (89,0 %)	Plans officiels (et l'équivalent) (93,2 %)
	Évaluations des incidences sur la santé (41,5 %)	Évaluations des incidences sur la santé (40,6 %)	Plans secondaires / de zones / de quartiers (52,6 %)	Plans officiels (et l'équivalent) (42,7 %)	Cadre d'équité (88,9 %)	Cadre d'équité (89,5 %)
Le Moins	Déclarations d'impact sur l'environnement (117,0%)	Déclarations d'impact sur l'environnement (16,1 %)	Plans de subdivision (27,8 %)	Plans de subdivision (23,9 %)	Plans stratégiques d'entreprise (61,5 %)	Codes de construction (60,4 %)
	Codes de construction (5,7 %)	Évaluations des incidences sur la santé (12,1 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (20,3 %)	Plans stratégiques d'entreprise (20,6 %)	Codes de construction (55,4 %)	Plans stratégiques d'entreprise (59,7 %)
	Accords de développement / ordonnances de modification (3,8 %)	N'utilise pas d'outil pour intégrer la santé (11,2 %)	Plans stratégiques d'entreprise (18,4 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (18,1 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (39,7 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (55,8 %)

Compréhension des obstacles à l'intégration : Obstacles structurels et organisationnels

Le **tableau 3** résume les obstacles auxquels les répondants sont confrontés quand ils essaient d'intégrer la santé communautaire et la planification dans leur travail et leurs projets.

Figure 10 - En tant que professionnel de la planification ou des soins de santé, quels sont les obstacles auxquels vous êtes confronté lorsque vous essayez d'intégrer la santé et la planification communautaires dans votre travail et vos projets? (Veuillez sélectionner vos trois principaux obstacles ci-dessous)



Le **tableau 4** résume les obstacles auxquels les répondants sont confrontés quand ils essaient de créer plus de dialogue au sujet de l'intégration de la santé et de la planification dans leur pratique ou leurs fonctions. Les graphiques complets et les autres réponses se trouvent à l'**annexe A**.

En général, les répondants ont souligné des obstacles structurels et organisationnels. Le cloisonnement interservices (santé : 53,8 %; planification : 49,6 %) et « Ne fait pas partie du rôle principal ou du mandat de l'organisation » (santé : 44,1 %; planification : 43,5 %) ont été mentionnés par les membres des deux professions comme des obstacles à l'intégration de la santé et de la planification dans leur travail.

Même si la réponse « Pas dans le champ d'application du projet » est celle qu'ont donnée le moins souvent les professionnels de la santé (10,8 %), 32,6 % des professionnels de la planification ont mentionné qu'il s'agissait d'un obstacle. Ce thème est semblable à celui des figures 5 et 6 : les professionnels de la santé sondés participent habituellement davantage aux travaux de planification que l'inverse.

Les réponses les moins fréquentes et les plus fréquentes au sujet des obstacles à la création d'un dialogue plus approfondi étaient identiques pour les professionnels de la santé et de la planification. **Les principaux obstacles à la création d'un dialogue plus approfondi étaient : le fait de ne pas avoir assez de soutien gouvernemental et/ou politique (santé : 64,5 %; planification : 47,8 %), les questions concurrentes qu'il faut prioriser (santé : 45,2 %; planification : 42,0 %) et la difficulté de mesurer ces répercussions (santé : 45,2 %; planification : 32,6 %).**

Tableau 3 : Obstacles à l'intégration de la santé et de la planification communautaires

	Santé	Planification
Réponses les plus fréquentes	Silos interministériels (53,8 %)	Silos interministériels (49,6 %)
	Il y a peu ou pas d'acceptation politique et d'action pour aborder l'équité en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé (45,2 %)	Ne fait pas partie du rôle principal ou du mandat de l'organisation (43,5 %)
	Ne fait pas partie du rôle principal ou du mandat de l'organisation (44,1 %)	N'a pas compétence sur les politiques qui ont un impact sur la santé (35,1 %)
Réponses les moins fréquentes	Manque ou absence de possibilités de collaboration intersectorielle (30,1 %)	Structures décisionnelles internes divergentes entre les divers organismes qui compliquent le processus de participation (23,9 %)
	Manque de compréhension sur la façon de participer (11,8 %)	Manque ou absence de possibilités de collaboration intersectorielle (22,5 %)
	Pas dans le champ d'application du projet (10,8 %)	Manque de compréhension sur la façon de participer (20,7 %)

Tableau 4 : Obstacles à la création d'un dialogue plus approfondi sur l'intégration de la santé et de la planification

	Santé	Planification
Réponses les plus fréquentes	%	%
Il n'y a pas assez de soutien gouvernemental et/ou politique pour cette question	64,5%	47,8%
Il existe des questions concurrentes qui requièrent également mon attention	45,2%	42,0%
Les impacts sont difficiles à mesurer	45,2%	32,6%
Réponses les moins fréquentes	%	%
Les ressources disponibles en matière de planification et de santé ne s'appliquent pas à mon travail	9,7%	5,1%
Des questions de santé communautaire et de planification ne sont pas une chose à laquelle je pense dans mon secteur ou mon rôle	5,4%	6,9%
Les habitants de ma région ne soutiennent pas cette approche	4,3%	6,5%

Ressources pour s'attarder aux incidences sur la santé

Comme l'illustre la **figure 8**, les professionnels de la santé et les professionnels de la planification ont tous deux classé les **possibilités de partenariat interdisciplinaire ou intersectoriel (santé : 71,0 %; planification : 62,7 %)** ainsi que **les ateliers et la formation destinés aux professionnels (santé : 67,0 %; planification : 67,6 %)** comme **les deux principales ressources**². Le troisième type de ressource le plus utile, selon les répondants, est un outil d'analyse coûts avantages destiné aux professionnels de la santé (59,3 %) et une trousse d'outils (p. ex. un guide comportant des ressources et des modèles pertinents) à l'intention des professionnels de la planification (62,7 %).

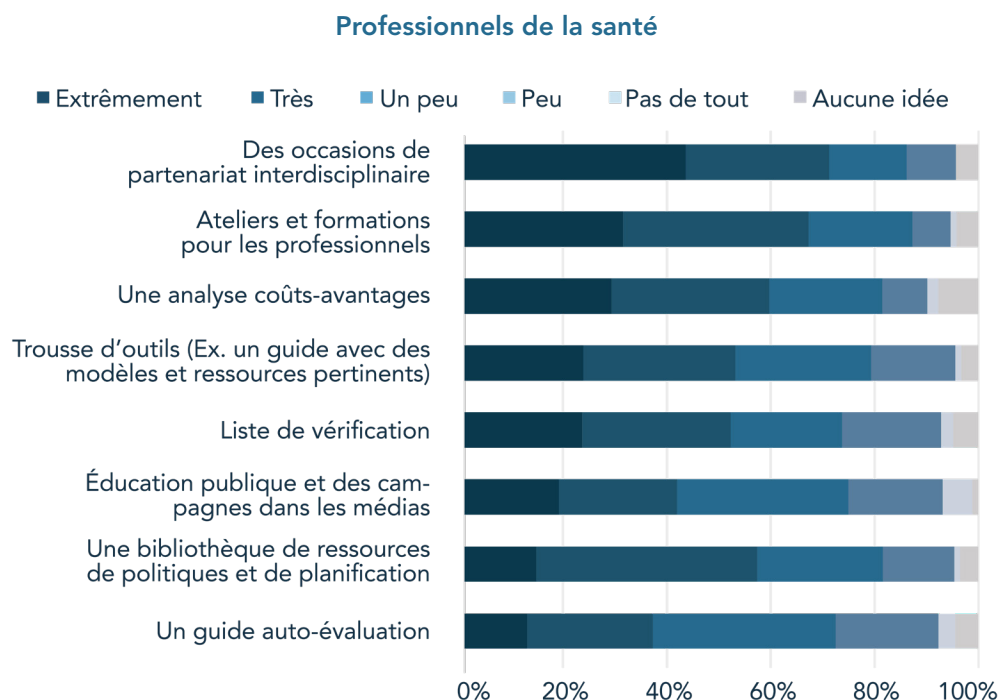
Les guides d'autoévaluation et de préparation ont été classés comme étant les moins utiles à la fois par les professionnels de la santé (36,7 %) et les professionnels de la planification (36,8 %).

² Selon le pourcentage le plus élevé de répondants qui ont choisi extrêmement ou très utile.

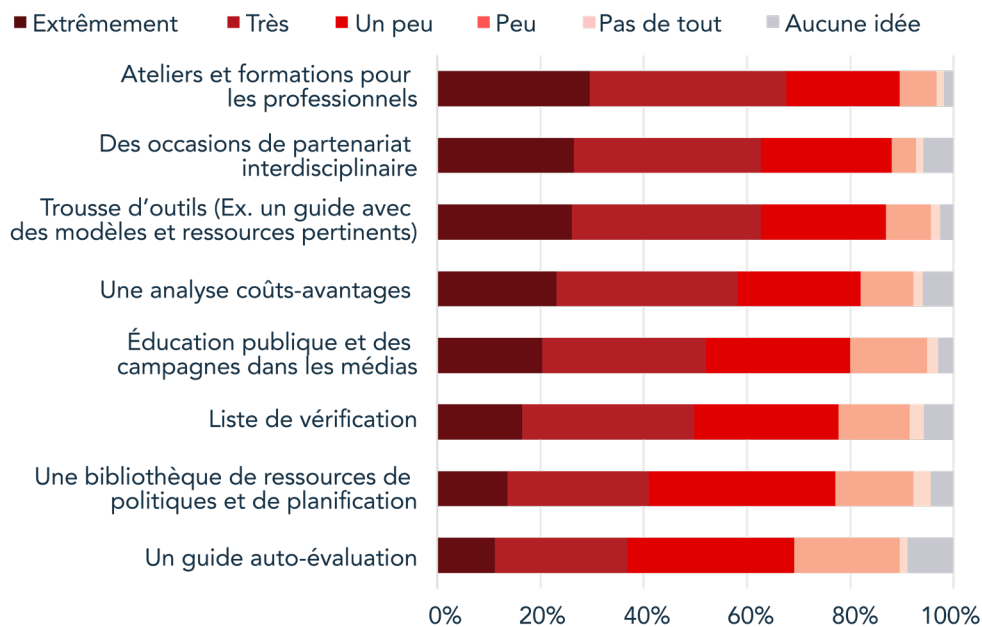
Résumé du sondage

Le sondage a permis d'avoir une idée de l'état actuel de l'intégration de la santé dans la planification au Canada. Les principaux thèmes et constatations résumés ci-dessus comprennent les différences dans les niveaux de collaboration entre les professionnels de la santé et de la planification, la priorisation de l'équité dans les besoins en santé et les outils de planification, les obstacles structurels et organisationnels à l'intégration, de même que le manque de ressources dont les praticiens ont besoin pour s'attarder aux incidences sur la santé. Ces constatations ont déterminé la structure et les techniques employées dans le guide. Elles ont également été élargies lors des entrevues avec les praticiens de la santé et les spécialistes de la planification (section 3.4).

Figure 11 - Quelles ressources seraient les plus utiles à votre organisation pour faire face aux impacts sur la santé des communautés?



Professionnels de la planification



Examen des plans communautaires

Méthodes

Outre effectuer un sondage auprès des professionnels de la santé et de la planification, nous avons passé en revue les plans actuels afin de déterminer comment les buts et politiques en santé publique étaient intégrés dans divers types de documents de planification. Nous avons sélectionné et examiné 20 plans existants, notamment une combinaison de plans communautaires officiels, de plans directeurs des transports, de plans en matière de changements climatiques et de durabilité, de plans d'aménagement du territoire, de stratégies de villes en santé, de plans communautaires des Premières Nations et une stratégie de logement. Nous avons inclus des municipalités de tailles et typologies variées, notamment des villages, des collectivités des Premières Nations et de grandes villes. Nous nous sommes également assurés que des plans de toutes les régions du pays faisaient partie de notre évaluation.

Pour effectuer notre examen, nous avons conçu une matrice d'évaluation en deux parties de manière à déterminer dans quelle mesure les plans comprennent des politiques, des mécanismes de mise en œuvre, des données et une terminologie concernant la santé publique. Nous avons utilisé la première partie de la matrice d'évaluation pour examiner les critères fondés sur les processus, comme le processus de mobilisation du public et les mécanismes de mise en œuvre compris dans le plan (voir le **tableau 5**). Dans la seconde partie de la matrice d'évaluation, nous avons déterminé si les plans comprenaient des politiques particulières liées à la conception des quartiers, aux réseaux de transport, à l'environnement naturel, aux systèmes alimentaires et au logement (voir le **tableau 6**). Nous avons évalué uniquement les secteurs stratégiques pertinents pour les plans spécialisés. Par exemple, pour le plan sur les stratégies de logement, nous n'avons évalué que les politiques portant sur la conception des quartiers, les réseaux de transport, l'environnement naturel, les systèmes alimentaires et le logement, et nous n'avons pas inclus les autres domaines (comme l'environnement naturel) dans notre analyse.

À l'aide de la matrice, nous avons évalué les 20 plans retenus. Les faits saillants de chacun des plans figurent au **tableau 7**. Un résumé détaillé des résultats de cette analyse est présenté à l'**annexe B**³.

³ Ces catégories sont tirées de : BC Centre for Disease and Control (2018), *The Healthy Built Environment (HBE) Linkages Toolkit*, version 2.

Tableau 5 : Matrice d'évaluation fondée sur les processus

Matrice d'évaluation fondée sur les processus				
Critère	Justification	Niveau 1 (1 point)	Niveau 2 (2 points)	Niveau 3 (3 points)
Buts et objectifs	Les buts de la santé publique comprennent la réduction de la pollution atmosphérique et sonore, l'accroissement de l'activité physique, l'amélioration de la santé mentale, la réduction du risque de maladies chroniques et l'accroissement des possibilités sociales en s'attardant aux déterminants sociaux de la santé.	L'amélioration de la santé publique ne fait pas partie de la vision ou du but global N'inclut pas d'objectifs particuliers liés aux résultats en santé publique	L'amélioration de la santé publique ne fait pas partie de la vision ou du but global N'inclut pas d'objectifs particuliers liés aux résultats en santé publique	Priorise les résultats en santé publique comme but global Comprend des objectifs particuliers liés aux résultats en santé publique
Terminologie	La santé est un concept large qui inclut le bien être physique, social et mental. De nombreux déterminants sociaux influencent les résultats en santé publique.	N'inclut pas de définition de la santé Ne traite pas des déterminants sociaux de la santé	Inclut une définition étroite de la santé Ne traite pas des déterminants sociaux de la santé	Comprend une définition exhaustive des résultats en santé et des déterminants sociaux Fait ressortir les liens entre les politiques sur la santé publique et la planification urbaine

Mobilisation du public	Des processus exhaustifs de mobilisation du public peuvent garantir que les connaissances des professionnels de la santé publique et les priorités des personnes à faible revenu, des femmes, des aînés et des enfants, des personnes handicapées, des peuples autochtones, des immigrants et d'autres minorités racisées sont inclus dans le plan.	Offre un aperçu général des efforts de mobilisation du public Aucun renvoi particulier à la mobilisation des groupes en quête d'équité Aucun renvoi particulier aux professionnels de la santé publique	Comprend des renvois à une stratégie de mobilisation du public Les membres de collectivités défavorisées sont inclus Ne précise pas comment le plan réagit aux inquiétudes des participants	Documente clairement le processus de mobilisation en déterminant quelles personnes ont participé et comment leurs inquiétudes ont été apaisées Des efforts particuliers ont été faits pour mobiliser les membres des collectivités défavorisées en insistant sur les bienfaits pour la santé
Données et recherche	Des données primaires sur les problèmes de santé actuels et les travaux de recherche secondaires sur les précédents de la planification peuvent aider les villes à déterminer les inégalités actuelles et établir de nouvelles politiques pour améliorer la santé publique.	Ne comprend ni des données, ni des recherches sur les problèmes de santé actuels Ne comprend pas de précédents de la planification de la santé publique d'autres administrations	Comprend des recherches sur les problèmes de santé et les précédents de la planification Les recherches ne sont pas clairement liées aux politiques proposées	Comprend des recherches sur les problèmes de santé et les précédents de la planification Les recherches sont clairement liées aux politiques et elles sont mises à profit pour améliorer les décisions touchant l'aménagement du territoire

Mise en œuvre des mécanismes	Une stratégie de mise en œuvre détaillée peut aider à garantir le succès des plans exhaustifs, ce qui devrait comprendre les tâches détaillées, les échéanciers, les rôles, les responsabilités, les paramètres de surveillance et les sources de financement.	La stratégie de mise en œuvre ne reflète pas les buts des plans en matière de santé	La stratégie de mise en œuvre reflète les buts des plans en matière de santé Certains volets, comme les mesures, les échéanciers, les rôles, les responsabilités et les paramètres de surveillance, sont absents	Comprend une stratégie de mise en œuvre détaillée qui reflète les buts en matière de santé Comprend les tâches, les échéanciers, les rôles, les responsabilités, les paramètres de surveillance et les sources de financement
Collaboration	La collaboration interservices et les processus d'approbation rationalisés peuvent aider à garantir la mise en œuvre efficace et efficiente des plans.	Ne reconnaît pas l'importance de la collaboration Ne détermine pas les services ou les organismes gouvernementaux particuliers qui doivent collaborer et à quelles fins	Indique les services et les organismes gouvernementaux précis qui doivent s'attarder aux buts en matière de santé publique	Décrit des approches permettant aux services et aux organismes gouvernementaux de collaborer Traite des processus d'approbation rationalisés pour s'attarder aux buts particuliers en matière de santé publique
Sensibilisation du public et communication	La sensibilisation et la communication peuvent aider à tenir le grand public au courant des plans et des politiques, ce qui peut comprendre des résumés en langage clair, des sites Web, des tableaux de bord qui font un suivi des progrès d'une municipalité	Le plan n'est pas résumé dans un format simple et accessible au grand public Aucune mise à jour et aucun résultat n'est mis à la disposition du public pour qu'il puisse l'examiner facilement	Un sommaire du plan en langage clair a été préparé Aucune mise à jour et aucun résultat n'est mis à la disposition du public pour qu'il puisse l'examiner facilement	Un sommaire du plan en langage clair a été préparé Des mises à jour régulières sur l'état de la mise en œuvre et les résultats du plan sont disponibles en ligne dans un format accessible

Tableau 6 : Matrice d'évaluation fondée sur les politiques

Matrice d'évaluation fondée sur les politiques					
Critère	Politiques (1 point chacune)				
Conception des quartiers	Favoriser l'aménagement à vocation mixte	Préconiser la croissance compacte	Améliorer la connectivité des réseaux de rues	Favoriser l'édification sur terrain intercalaire et la restauration des zones désaffectées	Assurer l'accès à des ressources communautaires et de santé
Réseaux de transport	Créer des rues multimodales / complètes	Créer des réseaux de transport actif sûrs et accessibles	Offrir des transports en commun fréquents et fiables	Intégrer les modes de transport actif et de transports en commun	Réduire l'exposition à la pollution atmosphérique et sonore des véhicules
Environnements naturels	Protéger et relier les espaces verts	S'assurer que les espaces verts sont répartis de manière équitable	Intégrer des éléments naturels dans l'environnement bâti	Préconiser des pratiques de construction écologique	Évaluer les répercussions des changements climatiques sur les projets d'aménagement
Systèmes alimentaires	Améliorer l'accès aux options d'aliments sains	Protéger les terres agricoles	Encourager l'agriculture urbaine et les jardins	Appuyer les marchés ou les programmes d'aliments locaux	Assurer des conditions de logement adéquates (c.-à-d. ventilation)
Logement	Appuyer l'aménagement de logements abordables	Préconiser une foule de types de logements, de tailles et de modes d'occupation	Offrir des options de logement aux groupes défavorisés	Limiter l'exposition résidentielle aux sites industriels	Assurer des conditions de logement adéquates (c.-à-d. ventilation)

Tableau 7 : Plans examinés

Municipalité	Nom et type du plan	Faits saillants
Ville d'Edmonton (Alberta)	<i>City Plan (2020) – Plan communautaire officiel (PCO) et plan directeur du transport (PDT)</i>	PCO et PDT combinés. Comprend de nombreuses politiques sur le transport, la conception des quartiers et l'environnement naturel pour favoriser un mode de vie actif et promouvoir le bien être. Intègre la santé publique dans le PCO sans en faire le seul point focal. Comprend également une solide stratégie de mobilisation et de sensibilisation.
Municipalité régionale de Halifax (Nouvelle Écosse)	<i>Integrated Mobility Plan (2017) – Plan directeur du transport</i>	Délaisse la priorité accordée à la circulation des véhicules au profit de l'amélioration de la mobilité globale grâce au transport actif et aux transports en commun. Comprend des politiques de transport qui pourraient améliorer la santé de la collectivité. Comporte une stratégie de mise en œuvre détaillée et des mises à jour communautaires régulières.
Ville d'Ottawa (Ontario)	<i>Nouveau Plan officiel (ébauche) (2020) - Plan communautaire officiel</i>	L'une des questions transversales, « Des collectivités saines et inclusives », est intégrée dans le plan qui renferme des politiques progressistes sur l'environnement naturel, les systèmes alimentaires et le logement.
Ville de Saskatoon (Saskatchewan)	<i>Official Community Plan (2020) – Plan communautaire officiel</i>	Comprend des politiques qui appuient la santé communautaire liée à la conception des quartiers, au transport et à l'environnement naturel. Détails limités sur les processus de mobilisation et de mise en œuvre.

Ville de Wolfville (Nouvelle Écosse)	<i>Municipal Planning Strategy (2020) - Plan communautaire officiel</i>	Insiste sur l'importance des collectivités en santé, tout particulièrement en ce qui concerne les systèmes alimentaires. Comprend aussi des politiques sur les transports et sur la conception de quartiers qui sont progressistes pour une petite collectivité.
Ville de Vancouver (Colombie-Britannique)	<i>Climate Change Adaptation Strategy Update (2018) - Plan sur les changements climatiques</i>	Insiste sur les résultats négatifs en santé publique qui pourraient découler des changements climatiques et comporte des politiques pour y réagir. Comprend de solides politiques liées à l'environnement naturel. Comporte également un plan d'action et une stratégie de mise en œuvre très détaillés.
Six Nations de la rivière Grand (Ontario)	<i>Community Plan (2019) - Plan communautaire officiel</i>	Comprend des politiques intéressantes sur les systèmes alimentaires, les transports et le logement. Une stratégie de mise en œuvre impressionnante qui renferme les responsabilités, les indicateurs et les échéanciers de chaque but.
Ville de Fredericton (Nouveau-Brunswick)	<i>Imagine Fredericton : Le Plan municipal (2020) - Plan communautaire officiel</i>	N'insiste pas tout spécialement sur la santé, mais comporte de nombreuses politiques qui pourraient améliorer la santé publique, tout particulièrement en ce qui concerne l'environnement naturel.
Ville de Vancouver	<i>A Healthy City for All (2015) - Stratégie de ville en santé</i>	La santé et le bien-être sont des buts globaux. Toutefois, la stratégie porte principalement sur les politiques sociales liées à la santé publique plutôt que sur les politiques de planification et d'aménagement du territoire. Fait état d'autres plans au lieu d'élaborer de nouvelles stratégies.
Ville de Whitehorse (Yukon)	<i>Sustainability Plan (2015) - Plan de durabilité</i>	Insiste sur l'importance des environnements sains. Comprend des politiques pertinentes sur les transports et une stratégie de mise en œuvre détaillée. Le site Web présente une stratégie de mobilisation, des données de surveillance et des documents infographiques.

Première Nation de Westbank (Colombie-Britannique)	<i>Community Plan (2015) - Plan communautaire officiel</i>	De solides politiques sur les systèmes alimentaires, les logements et l'environnement naturel. Insiste également sur l'importance de la culture autochtone et des services de santé communautaire accessibles.
Ville de Toronto (Ontario)	<i>Active City: Designing for Health (2014) - Plan de ville en santé</i>	Fait très bien ressortir le lien entre l'environnement bâti et la santé communautaire. Comprend des cartes et des données détaillées sur la santé publique (c.-à-d. la prévalence du diabète). Toutefois, comporte surtout des principes généraux plutôt que des politiques détaillées. Très peu axé sur le logement ou les aliments.
Village de Masset (Colombie-Britannique)	<i>Integrated Official Community Plan (2014) - Plan communautaire officiel</i>	De bonnes politiques liées à la conception des quartiers et au logement, surtout pour une petite collectivité. Fait également ressortir l'importance de la planification adaptée aux aînés et de la culture haïda. Comporte un guide de mise en œuvre distinct.
Première Nation de Rainy River (Ontario)	<i>Land Use Plan (2017) - Plan d'aménagement du territoire</i>	Souligne l'importance de l'autodétermination et des valeurs culturelles autochtones. Comporte des politiques qui représentent ces principes (p. ex. des logements pour les aînés, l'accès à des aliments traditionnels), qui pourraient améliorer la santé publique.
Ville de Peterborough (Ontario)	<i>Bethune Street Project (2016) - Plan d'urbanisme et d'aménagement du territoire</i>	Comprend de nombreuses stratégies détaillées d'urbanisme afin de créer une rue propice à la marche, destinée aux piétons. De solides politiques de conception des quartiers, mais peu de contenu sur l'environnement naturel, les aliments et le logement.
Ville de Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)	<i>Integrated Community Sustainability Plan (2017) - Plan de durabilité</i>	Comprend des politiques intéressantes pour promouvoir un mode de vie sain, tout particulièrement en ce qui concerne les réseaux de transport, les systèmes alimentaires et l'environnement naturel.

Animbiigoo Zaagigan Anishinaabek (Ontario)	<i>Giiwedaa: Partridge Lake Land Use Plan (2012) - Plan d'aménagement du territoire</i>	L'amélioration de la santé communautaire est l'un des principaux objectifs. Comprend de bonnes politiques sur les transports et le logement, propres aux collectivités autochtones en milieu rural. Recommande également la création d'un centre de santé et de bien-être pour promouvoir la santé holistique.
Ville de Montréal (Québec)	<i>Stratégie d'inclusion de logements abordables (2005) - Stratégie de logement</i>	Comporte des politiques particulières, comme l'aménagement du territoire municipal et des outils réglementaires pour assurer la prestation de logements abordables. Aucune politique liée aux quatre autres thèmes.
Ville de Dauphin (Manitoba)	<i>Community Development Plan (2010) - Plan communautaire officiel</i>	Politiques pertinentes liées au logement et à l'environnement naturel. Toutefois, assez axé sur la prestation de services de base (p. ex. égouts) et peu de politiques inspirantes.
Ville d'Iqaluit (Nunavut)	<i>Our People, Our Future (2017) - Plan stratégique</i>	Insiste sur l'importance de la santé communautaire et de la culture inuite, mais renferme peu de politiques liées aux cinq thèmes.

Principales constatations

À partir de ce processus, nous avons cerné les thèmes clés suivants. Les résultats sont présentés plus en détail à l'**annexe B**.

1. Même si la plupart des plans n'intègrent pas pleinement la santé publique dans l'ensemble du document, bon nombre d'entre eux comportent des politiques qui pourraient améliorer la santé publique

Dans la majorité des plans que nous avons examinés, l'amélioration de la santé publique n'est pas l'un des grands buts généraux, même s'il y a des exceptions qui sont dignes de mention. Par exemple, le plan *Active City: Designing for Health* de la ville de Toronto et le plan *A Healthy City for All* de la ville de Vancouver cherchent tous deux à encourager les résidents à adopter des modes de vie actifs et sains. On retrouve également des exemples de plans communautaires officiels qui intègrent les politiques et les buts de la santé publique. L'un des thèmes transversaux du nouveau Plan officiel de la ville d'Ottawa est « Des collectivités saines et inclusives » et celui-ci est lié à plusieurs politiques qui figurent dans ce plan. De même, l'un des quatre buts généraux du City Plan de la ville

d'Edmonton est de créer une « ville en santé », ce qui est souligné dans l'ensemble du plan.

Toutefois, un grand nombre des plans que notre équipe a examinés comprennent des politiques qui peuvent améliorer les résultats en santé publique (voir l'**annexe B**). Par exemple, pratiquement tous les plans comportent des politiques pour promouvoir le transport actif, tandis que près des trois quarts soulignent l'importance de protéger ou de relier les espaces verts. Plus de la moitié des plans préconisent également la croissance compacte ou l'aménagement à vocation mixte. De nombreux plans renferment aussi des politiques pour améliorer les systèmes alimentaires locaux, comme la promotion de la production d'aliments locaux. Bien que ces exemples ne prennent pas toujours la forme de stratégies en matière de santé, la recherche démontre que ces politiques peuvent accroître l'activité physique, réduire le comportement sédentaire, améliorer le régime alimentaire et créer des possibilités sociales pour les résidents.

2. Les politiques liées aux réseaux de transport et à l'environnement naturel étaient les plus courantes

Comme nous l'avons indiqué, nous avons évalué les politiques liées à la conception des quartiers, aux réseaux de transport, à l'environnement naturel, aux systèmes alimentaires et au logement. Parmi les plans que l'équipe chargée du projet a examinés, les politiques qui améliorent les réseaux de transport et l'environnement naturel sont les plus courantes. Par exemple, de nombreux plans comportent des politiques pour améliorer les options de transport actif et de transports en commun et pour créer des rues multimodales. Les politiques pour protéger les espaces verts, intégrer la nature dans l'environnement bâti et favoriser des pratiques de construction écologique sont elles aussi relativement communes.

Par contre, les politiques visant à améliorer les systèmes alimentaires et le logement étaient moins courantes parmi les plans que nous avons examinés. Cela s'explique en partie par le fait que ces deux catégories ne correspondaient pas à certains types de plans, comme les plans axés tout spécialement sur les transports ou l'urbanisme. Néanmoins, cela peut également indiquer que ces domaines (tout spécialement les systèmes alimentaires) sont encore une pratique nouvelle pour les planificateurs et des domaines d'études naissants.

3. Les plans des petites collectivités et des collectivités rurales comportaient des politiques novatrices pour améliorer la santé

Même si les grandes villes, comme Toronto et Vancouver, consacrent des plans à l'amélioration de la santé publique, les petites villes trouvent des idées originales pour intégrer les politiques qui appuient la santé dans leurs plans communautaires officiels. Par exemple, la *Municipal Planning Strategy* de la ville de Wolfville renferme plusieurs politiques qui améliorent la conception de ses quartiers et de ses réseaux de transport. Pour préconiser un centre-ville vivant et convivial pour les piétons, le plan interdit les installations de services au volant commerciaux au centre-ville. Afin d'améliorer la connectivité des rues et de promouvoir le potentiel piétonnier, le plan restreint également la taille des nouveaux pâtés de maisons résidentiels et interdit l'aménagement de nouveaux culs-de-sac dans ses secteurs résidentiels.

Le Plan municipal de la ville de Fredericton comprend des exigences novatrices pour les quartiers. Par exemple, il déconseille de créer des culs-de-sac dans les nouveaux lotissements et stipule qu'il faut concevoir des sentiers pour améliorer la connectivité des rues quand les culs-de-sac sont inévitables. Le plan exige également que les promoteurs incluent une gamme de densités et de types d'habitations dans les nouveaux quartiers. Il précise aussi que ces nouveaux quartiers devraient permettre un bon accès à des installations médicales, aux transports en commun, aux écoles, à des possibilités de loisirs et à des secteurs commerciaux.

Voici un autre bon exemple : le *Partridge Lake Land Use Plan* d'Animbiigoo Zaagi'igan Anishinaabek, qui souligne l'importance d'établir un réseau de sentiers polyvalents pour réduire la circulation des véhicules. Dans ce plan, on retrouve des lignes directrices détaillées sur les sentiers polyvalents et destinés à la marche. Le plan renferme aussi des lignes directrices sur les rues du village, qui comprennent des voies publiques étroites et des sentiers piétonniers. Le plan reconnaît que cela est important parce que les membres de la collectivité « souhaitent que tout le monde puisse se déplacer à pied dans la ville au lieu de conduire » (traduction libre). Chacun de ces exemples fait ressortir à quel point les petites collectivités intègrent des politiques pour améliorer la santé publique dans leurs plans.

4. Les plans des collectivités des Premières Nations comprennent des approches holistiques pour améliorer la santé et le bien être

Même si l'examen des politiques sur la santé dans les plans des collectivités des Premières Nations n'était pas le principal objectif de cet exercice, nous avons inclus des plans de quatre collectivités des Premières Nations dans notre examen et nous avons constaté que ces plans faisaient état de la compréhension holistique du bien être et de la santé communautaire.

Par exemple, le *Community Plan* des Six Nations de la rivière Grand insiste sur le fait que les enseignements culturels, les systèmes de gouvernance locaux, les possibilités d'emploi et d'études, de même qu'un environnement naturel sain contribuent tous au bien être de la collectivité. Le plan renferme aussi des stratégies pour améliorer la santé mentale, favoriser des relations respectueuses, réduire la consommation de substances et promouvoir des modes de vie sains grâce à l'exercice et à l'alimentation. Même si ces politiques ne sont pas directement liées aux cinq catégories que nous avons évaluées, elles font ressortir l'importance d'adopter une approche holistique de la santé communautaire, qui peut être un domaine à explorer plus à fond dans une prochaine phase du projet.

5. Les praticiens de la santé ne semblent pas avoir beaucoup participé à l'élaboration de la plupart des plans qui ont été examinés

Dans la majorité des cas, les professionnels de la santé ne semblaient pas participer beaucoup à l'élaboration ou à la mise en œuvre des plans examinés, mais il y a quelques exceptions qui sont dignes de mention. Par exemple, le plan *A Healthy City for All* de la ville de Vancouver reconnaît la contribution des professionnels de la santé de Vancouver Coastal Health, de la BC Healthy Living Alliance, du ministre de la Santé de la Colombie

Britannique, de l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres organisations. Le *Community Plan* des Six Nations mentionné également que les fournisseurs de services sociaux et de santé sont des partenaires clés proposés pour plusieurs de ces buts.

Néanmoins, ces exemples sont des exceptions plutôt que la règle et la majeure partie des plans que nous avons examinés ne reconnaissent pas explicitement le rôle des professionnels de la santé. Dans certains cas, il se peut que des professionnels de la santé aient collaboré à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans, mais ces processus ne sont pas documentés dans ces plans. Dans d'autres cas, il se peut que des professionnels de la santé aient simplement pris part au processus, ce qui est représentatif des constatations générales que nous avons tirées du sondage et des entrevues.

Par ailleurs, la plupart des plans ne comprennent pas de données sur les problèmes de santé actuels. Les seules exceptions dignes de mention sont les deux plans axés explicitement sur la santé publique. L'*Active City Plan* de la ville de Toronto renferme des statistiques sur les résultats en matière de santé publique à l'échelle locale. Il comporte également des cartes sur la prévalence du diabète et un indice propice à l'activité physique (*Active-Friendly Index*, voir la **figure 13**). Le plan *A Healthy City for All* de la ville de Vancouver comprend aussi des données pour l'ensemble de la ville sur les soins de santé, comme la proportion des adultes qui font régulièrement de l'exercice ou qui ont un médecin de famille. La plupart des autres plans ne renferment pas de données ou de statistiques sur les problèmes actuels de santé publique.

6. La majorité des plans ne fournissent pas de détails sur la manière dont les membres des collectivités défavorisées ont été inclus dans le processus de mobilisation

Nous avons également constaté qu'un bon nombre des plans n'expliquaient pas comment les membres des collectivités défavorisées avaient été inclus dans le processus de planification. La recherche sur les déterminants sociaux de la santé démontre que des facteurs sociaux et économiques, comme le revenu, le statut d'emploi, la sécurité alimentaire, la situation en matière de logement, le genre, la race et le réseau de sécurité sociale, peuvent avoir une incidence sur les résultats en santé. Voilà pourquoi il est important d'inclure le point de vue des membres des collectivités défavorisées sur les plans sociaux et économiques dans les processus de planification.

Le nouveau *City Plan* de la ville d'Edmonton est une exception à cette tendance qu'il vaut la peine de souligner. Dans le cadre de son nouveau plan, la ville d'Edmonton a élaboré une série de six rapports qui documentent le processus de mobilisation de la collectivité. L'un de ces rapports porte tout spécialement sur la mobilisation des Autochtones. Il souligne comment les membres des collectivités métisses, inuites et des Premières Nations ont participé au processus de planification et quels grands thèmes sont ressortis des séances de mobilisation. Ce rapport est un bon exemple de la manière dont les villes peuvent inclure et documenter le point de vue des membres des collectivités autochtones dans les processus de planification.

7. De nombreux plans ne renferment pas de stratégie de mise en œuvre détaillée

Enfin, nous avons constaté que de nombreux plans examinés ne comportaient pas de stratégie d'évaluation et de mise en œuvre détaillées. Toutefois, il y a quelques

exemptions dignes de mention, qui traitent des tâches détaillées, des échéanciers, des rôles, des responsabilités, des paramètres de surveillance et/ou d'éventuelles sources de financement pour appuyer leurs politiques. Par exemple, l'*Integrated Mobility Plan* de la Municipalité régionale de Halifax comporte un tableau détaillé des mesures et des échéanciers connexes, des niveaux d'efforts de même que des ressources nécessaires pour mettre en œuvre le plan. Le *Community Plan* des Six Nations de la rivière Grand est un autre bon exemple, car il formule clairement les objectifs, les répercussions, les échéanciers, les responsabilités, les partenaires principaux, les grands défis et les paramètres de surveillance de chaque but. Ces stratégies détaillées peuvent aider à garantir que les politiques et les programmes pour améliorer la santé sont mis en œuvre et surveillés avec succès.

Études de cas

À partir des résultats de l'examen des plans communautaires, nous avons retenu cinq collectivités de diverses tailles de l'ensemble du pays qui intègrent la santé publique dans leurs plans municipaux. Il s'agit de la ville d'Ottawa, de la ville d'Edmonton, de la ville de Toronto, de la ville de Wolfville et de la Première Nation de Westbank. Les faits saillants de chacun des plans sont présentés dans les sections suivantes.

Le nouveau Plan officiel de la ville d'Ottawa

Au moment d'écrire ces lignes, la ville d'Ottawa en était aux dernières étapes d'achèvement du *nouveau Plan officiel*, qui offrira à la ville une orientation pour les 25 prochaines années⁴. L'ébauche de ce plan comprend cinq « grands changements » qui orientent le plan général, soit : (1) la gestion de la croissance, (2) la mobilité, (3) l'esthétique urbaine et communautaire, (4) le climat, l'énergie et la santé publique ainsi que (5) le développement économique. Le plan comprend également six « questions transversales » ou buts stratégiques qui sont liés à plusieurs thèmes. L'une de ces questions transversales est celle des collectivités saines et inclusives. Le plan reconnaît que la conception physique et la disposition de la ville influent sur des questions d'actualité liées à la santé publique, notamment l'augmentation des maladies chroniques, comme le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Le plan de la ville d'Ottawa comprend quatre stratégies générales pour améliorer la santé publique. La première consiste à favoriser l'aménagement de quartiers du « quart d'heure », où les résidents peuvent avoir facilement accès à de nombreux services qu'ils utilisent au quotidien en se déplaçant à pied. Pour y parvenir, les quartiers doivent être compacts et comprendre une combinaison d'options de logements, de magasins, de services, d'écoles, d'espaces verts et de possibilités d'emploi. La deuxième stratégie du plan porte sur l'aménagement de collectivités inclusives et adaptées à l'âge, auxquelles les adultes et les enfants peuvent avoir accès. La troisième stratégie permet de promouvoir la santé grâce à des initiatives de durabilité, comme l'intégration d'arbres et de réseaux de sentiers dans l'environnement bâti. De manière plus large, le plan cherche également à reconnaître les liens entre la santé publique et divers aspects de l'environnement bâti, y compris les réseaux de transport, le logement, les espaces publics et l'environnement naturel.

⁴ La version du plan qui a été examinée était une ébauche diffusée le 20 novembre 2020.

Pour concrétiser ces stratégies, des politiques sont intégrées dans l'ensemble du document afin d'améliorer la santé publique. Par exemple, des politiques détaillées portent sur le thème « Des collectivités saines et inclusives », notamment dans les sections sur la mobilité, le logement, les parcs et installations de loisirs, l'esthétique urbaine, les installations scolaires.

Le *City Plan* de la ville d'Edmonton

La ville d'Edmonton a dernièrement approuvé son nouveau *City Plan*, qui remplace l'ancien plan municipal d'aménagement et le plan directeur du transport. À partir des directives du conseil municipal, les planificateurs ont cerné quatre grands objectifs qui orientent le processus de planification. L'un de ces objectifs consiste à créer une ville en santé. La ville d'Edmonton a également achevé un processus exhaustif de mobilisation du public afin d'élaborer le plan, qui est résumé dans une série de six rapports. Le plan est organisé en 24 résultats d'« urbanisme », chacun comprenant des intentions, des buts et les mesures à prendre pour obtenir les résultats. Le but général de la création d'une ville en santé oriente tous les résultats, intentions et mesures qui font partie du plan.

Plus de 100 politiques sont intégrées dans le plan et appuient le but stratégique du conseil municipal, soit aménager une ville en santé. Ces politiques portent sur une vaste gamme de domaines stratégiques. Par exemple, la ville prévoit créer des districts qui permettent aux résidents d'avoir accès aux services répondant à la plupart de leurs besoins au quotidien en moins de 15 minutes de marche, à vélo ou en autobus, ce qui peut réduire leur dépendance à l'égard de l'automobile et accroître les taux d'activité physique. De même, le plan comporte des politiques sur l'aménagement d'espaces verts accessibles et l'agrandissement des corridors verts de la ville pour établir des branchements de transport actif entre les quartiers et à l'intérieur de ces derniers. L'amélioration du réseau de transports en commun et la réduction du manque de mobilité sont également de grandes priorités. En outre, le plan comprend des politiques pour s'assurer que la ville est conçue de manière à apporter du soutien aux femmes, aux nouveaux arrivants, aux collectivités autochtones et aux résidents de tout âge. Ces politiques peuvent aider à garantir que tous les citoyens peuvent mener une vie physiquement active et saine.

Plan *Active City: Designing for Health* de la ville de Toronto

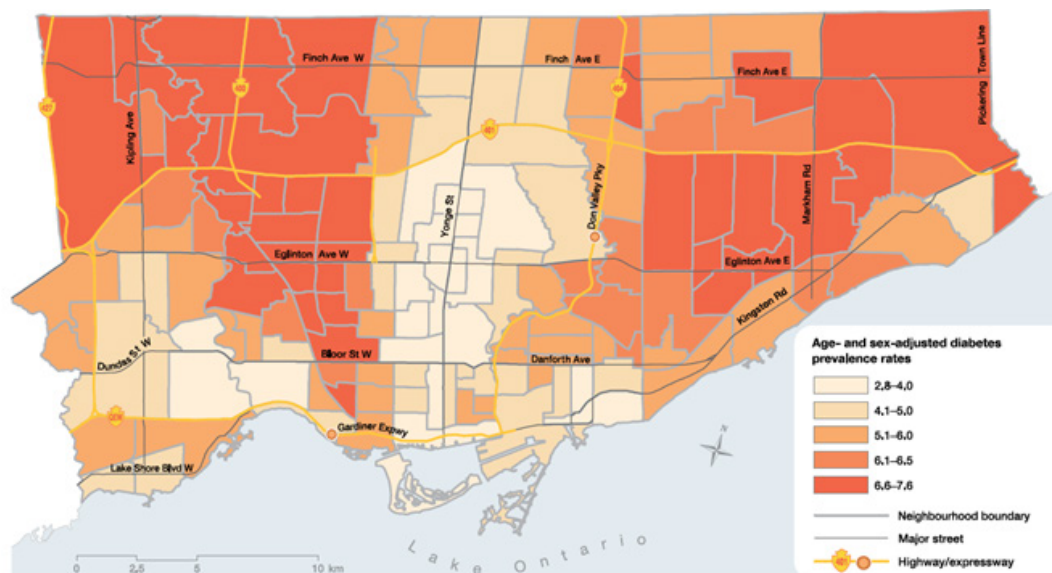
En 2014, la ville de Toronto a diffusé son plan *Active City: Designing for Health Strategy*. Contrairement à la plupart des autres plans que nous avons examinés, cette stratégie s'attarde tout spécialement à la manière de favoriser un mode de vie sain en modifiant l'environnement bâti. Le plan insiste sur les liens entre l'environnement bâti et l'apparition de maladies chroniques, comme le cancer et le diabète. De même, il fournit des données de base sur l'état de la santé publique à Toronto, notamment une carte de prévalence du diabète dans les quartiers de la ville et une carte de l'indice des activités par quartier (voir la **figure 12**). La stratégie de Toronto renferme aussi des recherches et des études de cas sur la façon dont des administrations du monde entier intègrent la santé dans l'environnement bâti.

La stratégie comprend 10 grands principes et des stratégies connexes pour promouvoir une ville active. Ces principes comprennent les suivants : favoriser une combinaison

d'aménagement du territoire dans les quartiers et les lotissements à forte densité, ce qui permet aux résidents de se déplacer plus facilement à pied ou en vélo pour utiliser régulièrement les services et les commodités. La stratégie fait ressortir l'importance de fournir des services de transports en commun de grande qualité pour réduire la dépendance à l'égard des automobiles et élargir l'étendue des modes de transport actif. La stratégie fait la promotion d'installations de transport actif sûres et reliées, ainsi que de nouveaux plans types de construction qui préconisent l'activité physique en aménageant des escaliers et des entrées orientés vers la rue. Un autre ensemble de principes présenté dans le plan a trait à l'aménagement de parcs et d'espaces publics de grande qualité pour favoriser les loisirs et les rencontres sociales.

Dans l'ensemble, ce rapport comprend des recherches et des principes pour préconiser un mode de vie actif grâce à des modifications de l'environnement bâti, qui peuvent ensuite être incorporées dans le plan communautaire officiel et les plans secondaires de la ville de Toronto. Toutefois, la stratégie ne comporte pas spécialement de politiques ou de plans types détaillés nécessaires pour mettre en œuvre ces principes.

Figure 12 - Prévalence du diabète dans les quartiers de Toronto



Source: Copié directement de la figure 2 dans : Toronto Public Health, City of Toronto Planning, City of Toronto Transportation Services et Gladki Planning Associates.
Active City: Designing for Health, mai 2014, ville de Toronto.

La Municipal Planning Strategy de la ville de Wolfville

En 2020, la ville de Wolfville (Nouvelle-Écosse) a approuvé et adopté une nouvelle *Municipal Development Strategy*, qui oriente son aménagement. Le plan décrit les liens entre l'environnement bâti et la santé publique, en précisant que la « conception de nos collectivités influe sur l'ampleur de notre activité physique, la façon dont nous nous déplaçons dans nos collectivités, les liens sociaux que nous entretenons, le genre d'aliments auxquels nous avons accès, notre exposition à l'environnement naturel et, au bout du compte, notre façon de faire l'expérience de la santé et du bien être » (traduction libre, page 18). Le plan souligne aussi l'importance de créer des collectivités complètes, composées de rues conviviales pour les piétons.

Le nouveau plan de la ville de Wolfville comporte plusieurs politiques novatrices pour favoriser un mode de vie sain. Par exemple, il comprend des politiques pour restreindre la taille des pâtés de maisons et interdire les culs-de-sac dans les nouveaux complexes résidentiels afin d'accroître le potentiel piétonnier des quartiers. Pour promouvoir le transport actif, le plan est déterminé à créer des exigences minimales de stationnement de vélo hors rue pour les aménagements institutionnels, commerciaux et résidentiels multifamiliaux. Le plan de Wolfville renferme aussi des stratégies visant à améliorer l'accès à des aliments sains, notamment des politiques qui préconisent l'aménagement de jardins communautaires et la production d'aliments locaux. De même, le conseil s'y engage à améliorer la littératie alimentaire et à s'assurer que tous les résidents ont accès à des aliments sains. Dans l'ensemble, ce plan est un bon exemple d'intégration des politiques qui appuient la santé publique dans les plans municipaux des petites villes.

Le *Community Plan* de la Première Nation de Westbank

Le plan communautaire 2015 de la Première Nation de Westbank comporte plusieurs politiques et mesures pour améliorer la santé et le bien être des membres de sa collectivité. L'un des principaux volets de la vision du plan est : « façonner des personnes en santé en appuyant les rêves et les aspirations des membres pour qu'ils mènent une vie saine, prospère et significative » (traduction libre). Le plan souligne également l'importance de conserver, de respecter et de promouvoir les traditions et connaissances culturelles de la collectivité, qui sont liées à la santé et au bien être des membres.

Pour concrétiser cette vision, le plan comporte plusieurs principes et mesures visant à améliorer les systèmes alimentaires, les logements, les espaces naturels et les options de transport dans la collectivité. Par exemple, il s'engage à promouvoir la production d'aliments locaux et à concevoir un marché communautaire pour accroître la sécurité alimentaire. Il souligne également l'importance de la chasse, du piégeage, de la pêche et de la cueillette de médicaments et d'aliments traditionnels pour aider à préserver la culture Syilx et améliorer le bien être. Le plan comprend des mesures et des principes novateurs pour améliorer l'environnement naturel. Il reconnaît le lien de la collectivité avec la terre qui aide les membres à répondre à leurs besoins physiques et spirituels et souligne l'importance du développement durable. Par ailleurs, dans son plan, la Première Nation de Westbank s'engage à remplacer les habitats perdus par le processus d'aménagement ainsi qu'à conserver et améliorer les trajets de passage de la faune entre les parcs et d'autres espaces ouverts.

Chacune de ces études de cas fait ressortir les façons dont les collectivités de toutes tailles peuvent réussir à intégrer des politiques dans leurs plans pour favoriser des modes de vie sains.

Entrevues avec des praticiens et des spécialistes

Méthodes

Des entrevues ciblées ont été réalisées pour examiner plus à fond comment les équipes de santé publique et de planification collaborent dans divers milieux régionaux, municipaux et dans les provinces. Les entrevues ont été menées auprès de planificateurs ou d'ingénieurs qui occupaient diverses fonctions, de même que des professionnels de la santé publique qui s'occupaient des politiques de santé publique et de l'environnement bâti. Trente praticiens et spécialistes ont été interviewés pendant environ une heure chacun, 17 travaillaient dans le secteur de la santé et 13, dans celui de la planification. Les participants ont été retenus après avoir donné une réponse positive au sondage pour aviser notre équipe qu'ils acceptaient qu'elle communique avec eux pour des entrevues de suivi, ainsi qu'à la suite d'un examen indépendant conçu pour assurer un point de vue national et une variété de fonctions. Les questions du sondage étaient conçues pour favoriser la discussion sur les sujets suivants :

- ▶ Questions d'entrevue à l'intention des praticiens de la santé
 1. Pourquoi est-il important d'intégrer la santé publique dans les processus de planification?
 2. Comment les questions de santé publique sont-elles actuellement intégrées dans les processus de planification de l'aménagement du territoire?
 3. Quels sont les obstacles à l'intégration des questions de santé publique dans la planification de l'aménagement du territoire?
 4. Quelle est la meilleure façon pour les dirigeants municipaux d'appuyer l'intégration des questions de santé publique dans la planification de l'aménagement du territoire?
 5. Quelle est la meilleure façon pour les municipalités et les ministères de la santé publique d'appuyer le processus d'aménagement du territoire ou de planification communautaire pour obtenir de meilleurs résultats?
- ▶ Questions d'entrevue à l'intention des spécialistes de la planification
 1. À votre avis, pourquoi est-il important d'intégrer les politiques de santé publique dans les plans municipaux et les processus de planification?

2. Les questions et le vocabulaire de la santé sont-ils inclus dans les ressources et outils de planification actuels?
 - a. Est-ce une pratique courante ou cela varie-t-il selon le projet ou le consultant?
 - b. Est-ce que cela a une incidence sur la manière de tenir compte des répercussions sur la santé dans les pratiques ou les politiques de planification standards et d'aménagement à l'échelle locale?
3. À votre avis, les décideurs et les dirigeants municipaux tiennent-ils compte de l'incidence de l'environnement bâti sur la santé de la population dans leur processus décisionnel? Dans la négative, à votre avis, qu'est-ce qu'on pourrait faire pour aider les dirigeants municipaux à tenir compte de la santé dans leurs décisions stratégiques et de planification?
4. Votre organisation recueille-t-elle ou analyse-t-elle des paramètres de données précis pour surveiller les répercussions des politiques ou des plans sur la santé communautaire?
 - a. Dans l'affirmative, quelles données utilisez-vous et comment sont-elles analysées?
 - b. À quels plans s'appliquent-elles?
3. Avez-vous des études de cas ou des projets particuliers qui se sont démarqués (à l'échelle locale ou dans l'ensemble du Canada) comme ayant effectivement intégré la santé et la planification?
4. Pouvez-vous nous faire part des obstacles que vous avez dû surmonter ou que vous avez constatés dans ce domaine?
5. Pourriez-vous nous indiquer des outils ou des ressources qui pourraient être utiles pour améliorer l'intégration de ces deux domaines de pratique?

Nous avons garanti aux participants la confidentialité de leurs propos et les avons incités à parler franchement et ouvertement de leurs succès et de leurs échecs liés aux processus de planification communautaire.

Constatations

Les professionnels des collectivités et organisations suivantes ont été interviewés, ils représentent le personnel des professions de la planification et de la santé. Certaines organisations comprenaient plusieurs participants :

- British Columbia Centre for Diseases Control (C.-B.)
- Alberta Health Services (Alberta)
- Office régional de la santé de Winnipeg (Manitoba)
- City of Halifax (N.-É.)
- Santé publique Montréal (Québec)
- Santé publique Ottawa (Ontario)
- Ville de Mission (C.-B.)
- Région de Peel – Santé publique Peel (Ontario)
- Ville de Saskatoon (Saskatchewan)
- Ville de Colwood (C.-B.)
- Interior Health (C.-B.)
- London Cycle Link (Ontario)
- Ville de Peterborough (Ontario)
- Université de la Saskatchewan (Saskatchewan)
- Urban Systems (C.-B.)
- Ville de Nelson (C.-B.)
- Ville de Toronto (Ontario)
- Municipalité régionale d’Edenwold (Saskatchewan)
- Vancouver Coastal Health (C.-B.)

Après les entrevues, nous avons analysé les réponses des participants et les thèmes clés suivants sont ressortis :

Il existe une synergie naturelle entre les planificateurs et les praticiens de la santé publique

À l’examen des réponses aux entrevues, il est évident que les planificateurs et les praticiens de la santé publique ont une vision du monde, des buts et des stratégies similaires. Ils utilisent les outils qui sont mis à leur disposition pour obtenir le résultat souhaité, soit promouvoir une bonne santé publique et de bons choix de vie en fournissant (en partie) un environnement bâti sain. Toutes les parties font preuve de bonne volonté et il est possible de profiter de ces synergies.

Bon nombre d’entre eux ont dit éprouver de la difficulté à trouver et parler un langage commun puisque ces domaines utilisent souvent une terminologie bien particulière. Par exemple, les ingénieurs travaillent selon des mesures et des contraintes précises, tandis que les planificateurs peuvent souvent s’exprimer en employant un vocabulaire lié aux structures d’aménagement du territoire et aux règlements qui peut être déroutant dans l’optique de la santé publique. Plusieurs points de vue particuliers sont ressortis en ce qui concerne les approches locales qui ont été adoptées pour surmonter cet obstacle, notamment les praticiens de la santé publique prennent l’initiative afin d’intégrer une formation qui leur permet de comprendre le vocabulaire de la planification, ainsi que l’idée d’utiliser une optique municipale préexistante, comme la gestion de l’actif, pour surmonter cette difficulté.

Les problèmes liés aux cadres législatifs peuvent créer des vases clos

Les planificateurs et les praticiens de la santé ont mentionné que les deux professions étaient semblables, en ce sens qu'on leur demande de se tourner vers les autres membres de leur ministère ou service pour créer un « grand chapiteau », qui préconise l'engagement et le dialogue. Toutefois, certains cadres provinciaux de la santé publique peuvent souvent créer des vases clos, où le personnel municipal ne travaille pas de manière intégrée avec le personnel de la santé au niveau provincial et où les planificateurs ne sont pas légalement tenus de collaborer avec les praticiens de la santé ou de chercher à obtenir la rétroaction des professionnels de la santé. Les cadres régionaux de la santé sont bénéfiques pour l'environnement bâti et le travail en santé. Les professionnels de la santé publique, les planificateurs et les ingénieurs sont des collègues dans ce domaine et travaillent en suivant le même plan communautaire officiel. Cette structure favorise la collaboration entre la santé et la planification et mène à plus de partenariats officiels et à des relations à long terme.

La loi sur les gouvernements municipaux dans les provinces a été mentionnée comme un problème, puisque la santé n'est pas l'un des organismes qui sont tenus d'examiner ou d'approuver les plans municipaux.

Les planificateurs et les professionnels de la santé publique ont dit qu'il fallait consulter le personnel de la santé et tenir compte de la santé au niveau hiérarchique de planification le plus élevé qui soit. Cela signifie qu'il faut se concentrer sur l'intégration de la santé dans les plans communautaires officiels et ensuite dans les projets et les plans secondaires et de conception des quartiers. Ils ont également fait savoir que les plans de transport offraient d'excellentes occasions d'intégrer les politiques et les perspectives de la santé dans le développement d'une infrastructure communautaire active.

Il vaut la peine de renforcer les relations personnelles et officielles entre les praticiens de la santé publique et de la planification communautaire

Les planificateurs et les praticiens de la santé publique ont fait savoir qu'on ne peut sous-estimer l'importance des partenariats et des investissements dans le renforcement des relations. Il faut préconiser les relations officielles et informelles entre les professions. La première étape consiste à susciter la confiance. Il existe une harmonisation naturelle entre les professions qui peut servir de fondement solide pour la discussion. Il y a plus de chances de raffermir la confiance au niveau personnel qu'au niveau de l'organisation. La meilleure façon de susciter la confiance consiste à offrir aux professionnels une occasion de dialoguer. Le dialogue peut être informel et aussi simple que des dates régulières pour prendre un café. Les praticiens des deux côtés pourraient enclencher ce dialogue à la base et ce dernier pourrait se frayer un chemin dans les ministères et les services, à mesure que des conversations plus officielles ont lieu. À ce stade, des conversations institutionnelles peuvent avoir lieu afin de cerner des buts communs, ainsi que des stratégies de partenariat pour atteindre ces buts. Plusieurs professionnels de la santé ont mentionné que la compétence liée aux relations et au renforcement des partenariats était intégrée dans leur processus d'embauche.

L'établissement d'une relation officielle pourrait débiter par une série de rencontres régulières entre les ministères et services, ce qui pourrait à mener un détachement qui, en fin de compte, pourrait se traduire par un poste permanent. Le renforcement d'une relation officielle est un processus qui nécessite du temps et de la patience. Plusieurs participants aux entrevues ont fait savoir que leur collectivité avait remporté le plus de succès quand la collaboration était interdisciplinaire. Par exemple, les secteurs de la santé embauchent des planificateurs et des praticiens de l'environnement et les services de planification embauchent des experts et des analystes des politiques de santé. Nous avons également entendu parler de la grande valeur qu'apportent les partenariats universitaires pour appuyer cette collaboration interdisciplinaire, tout comme les partenaires de recherche et d'analyse des données.

Nous avons entendu dire que les municipalités en sont à différents stades d'intégration de la santé communautaire dans le processus de planification communautaire. Certains planificateurs ne sont pratiquement jamais en relation avec des professionnels de la santé publique, tandis que d'autres sont pleinement intégrés dans le service et collaborent activement à son plan de travail. Certains praticiens de la santé communautaire participent à l'élaboration d'un plan officiel dans leur collectivité.

Un soutien financier durable, le renforcement des capacités et le partage des ressources sont essentiels pour créer une culture de la santé communautaire

Les planificateurs et les praticiens de la santé publique ont fait savoir qu'ils soutenaient l'institution de la santé communautaire. Pendant une certaine période, tôt au cours de la dernière décennie, un financement soutenu a été versé et a permis d'effectuer des recherches, d'avoir un dialogue et de partager des renseignements entre les professions. Entre autres, ce financement a mené à la création du programme COALITION (Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention) de l'initiative Canada en santé par l'aménagement. L'Institut canadien des urbanistes a créé des trousseaux d'outils, coordonné des projets de recherche et élaboré des politiques, en partie grâce au financement des initiatives de recherche sur le cancer, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies du cœur. Des conférences ont été organisées pour favoriser le dialogue et le partage de renseignements. Une masse critique d'initiatives de santé communautaire était en cours et le dialogue et la collégialité entre les professions ont permis d'améliorer la communication et les possibilités de collaborer, tant en pratique qu'en théorie.

Les participants aux entrevues ont dit qu'il fallait une bibliothèque de ressources centralisées, où ils peuvent avoir facilement accès à des études de cas, des résumés de données probantes et des outils de soutien. Ils ont également mentionné que la formation et le renforcement des capacités entre les services ou les administrations étaient de bonnes façons d'améliorer la collaboration, les possibilités de partenariat et les processus décisionnels locaux. De nombreux participants ont précisé que le fait de donner une formation aux membres du conseil municipal serait bien accueilli dans leur collectivité et les aiderait à prioriser ces travaux.

Les problèmes de santé communautaire sont de plus en plus représentés dans les plans communautaires

Même si certaines personnes interviewées ont laissé entendre qu'il y avait une perte de vitesse depuis un certain temps, d'autres ont fait savoir que les problèmes de santé communautaire avaient évolué pour devenir des initiatives communément connues sous le nom de « collectivités complètes ». De même, à mesure que le public est mobilisé pour des questions de santé personnelle et environnementale, les dirigeants municipaux se familiarisent avec les principes des collectivités en santé et prennent de plus en plus une position de leadership dans leur mise en œuvre.

Les dirigeants municipaux peuvent profiter du soutien de citoyens avertis et engagés et de membres du personnel spécialisés dans le règlement des problèmes de santé publique dans un environnement de planification de l'aménagement du territoire.

RECOMMANDATIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

Grâce au processus de collecte de renseignements sur l'état actuel de la pratique au moyen d'un sondage sur la santé et la planification communautaires, d'un examen des plans communautaires et d'entrevues auprès de praticiens et de spécialistes, notre équipe a pu obtenir beaucoup d'information sur les approches et tactiques efficaces pour les collectivités canadiennes. Les praticiens et les spécialistes des deux professions ont manifesté le vif désir de travailler de plus en plus en collaboration, mais ils ont dit ne pas trop savoir comment cela pourrait se concrétiser. Au cours de cette phase de recherche, il est devenu évident qu'à long terme, il est essentiel qu'il y ait plus de formation, d'ateliers et de sensibilisation pour favoriser une véritable collaboration.

Recommandations

Une constante, qui s'est dégagée clairement des résultats du sondage de 2021 et des entrevues auprès de praticiens et de spécialistes, est la nécessité d'améliorer la communication et la collaboration entre les professionnels de la planification et de la santé. Dans tous les exemples de collectivités canadiennes qui ont effectivement intégré la santé dans leurs processus de planification, de solides relations de travail sont indiquées comme le principal facteur de cette réussite.

L'autre thème qui est souvent ressorti est la nécessité d'avoir des outils et des approches qui peuvent être transmises et communiquées simplement, qui sont faciles à comprendre et qui peuvent être entreprises sans nécessiter énormément de temps. Les professionnels de la planification et de la santé ont indiqué que des contraintes budgétaires et de temps les empêchaient souvent de consacrer beaucoup de temps à l'examen de longs guides et des trousseaux d'outils. Le fait de réduire le temps nécessaire pour inclure la santé dans le processus de planification des projets, recueillir des données pertinentes et significatives et produire des cibles et des résultats percutants permettra d'intégrer la santé à plus grande échelle dans ces plans.

Les recommandations suivantes de mesures à prendre dans ce domaine sont ressorties du sondage, de l'analyse documentaire, de l'examen des plans communautaires et des entrevues clés auprès des informateurs :

- ▶ **FAIRE EN SORTE QUE LE CHOIX SAIN SOIT LE CHOIX FACILE À FAIRE** – Ce mantra simple peut être un guide pour les professionnels de la planification et de la santé quand ils entreprennent des plans communautaires. Quels sont les résultats des décisions et des recommandations qui figurent dans votre plan? Les options les plus faciles de transport, de logement, d'aliments et de loisirs qui sont disponibles appuient-elles la santé communautaire? Dans la négative, il serait peut-être temps de réévaluer les priorités dans votre plan et de vous adapter à la santé de la population pour qu'elle devienne une question primordiale.

- ▶ **TENIR COMPTE DE TOUTE LA HIÉRARCHIE DE LA PLANIFICATION** – Même si les professionnels des deux domaines ont fait savoir que les plans communautaires officiels offraient une excellente occasion d'intégrer la santé et de dicter des processus de planification secondaire et principale, d'autres collectivités (surtout de petites collectivités qui sont plus rurales) ont mentionné que les processus de planification se situaient à un niveau hiérarchique de la planification plus bas parmi les facteurs qui ont le plus d'incidence, notamment les règlements de zonage, les accords de développement et les permis de construction ou d'aménagement. Il est important de reconnaître qu'il faudrait tenir compte de la santé dans TOUS les processus de planification et non simplement dans les plans d'aménagement et les plans communautaires officiels généraux.
- ▶ **RECONNAÎTRE LES BESOINS DES PLANIFICATEURS** – Les professionnels de la planification ont demandé constamment d'avoir plus facilement accès à des ressources qui sont régulièrement mises à jour et de renforcer et de maintenir de solides relations de travail avec les professionnels locaux de la santé publique. Tout comme il faut faire en sorte que la santé soit le choix facile à faire pour les résidents, à titre de RÉSULTAT des processus de planification, l'intégration efficace de la santé, comme une PARTIE des processus de planification, devrait être le choix facile à faire. Grâce à de solides relations avec le personnel local de la santé publique et à des ressources faciles à comprendre, la prise en compte de la santé dans le cadre des divers processus et politiques de planification deviendra une tâche très aisée.
- ▶ **LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES NATIONALES POURRAIENT HÉBERGER DES RESSOURCES** – Comme la recommandation précédente, le fait d'offrir des ressources et des outils qui appuient la santé et auxquels les planificateurs peuvent avoir facilement accès augmentera les chances que ces outils soient utilisés régulièrement. L'équipe du projet a profité du soutien de l'Institut canadien des urbanistes, de la Fédération canadienne des municipalités et de la Fondation des maladies du cœur tout au long de ces travaux et elle aidera ces organisations et d'autres à partager ces ressources (et d'autres) le plus largement possible.
- ▶ **DES PARAMÈTRES POUR ÉVALUER LES RÉSULTATS DE LA SANTÉ DANS LES PROJETS** – Un autre thème commun parmi les professionnels de l'environnement bâti (surtout le personnel d'ingénierie) est la nécessité d'élaborer une formule facile à comprendre pour calculer et qualifier les résultats de la santé de certains projets. Même si les évaluations des incidences sur la santé (EIS) peuvent donner des résultats semblables, de nombreux praticiens ont mentionné qu'ils étaient loin d'être certains de savoir en quoi consiste réellement la réalisation d'une EIS, ils étaient d'avis que les EIS constituent un processus très coûteux et ils n'étaient pas certains de l'utilité des données produites. De l'information plus poussée sur les EIS (surtout parmi les membres du personnel des administrations locales) et l'élaboration d'outils qui permettent de calculer les résultats d'un projet sur la santé sans entreprendre une EIS exhaustive aiderait à mieux tenir compte de la santé dans ces processus.

- ▶ **LISTE DE VÉRIFICATION DE L'ÉVALUATION** – Comme l'échelle de préparation pour la gestion de l'actif de la Fédération canadienne des municipalités, certaines municipalités ont fait savoir que, bien qu'elles aiment le concept de la prise en compte de la santé dans leurs processus de planification, elles ne sont pas certaines de savoir par où commencer. Il sera utile de créer un outil qui permette aux collectivités de mesurer leurs progrès en santé dans des domaines clés, comme les politiques et la gouvernance, les données et l'information, de même que la planification et la prise de décisions, afin de déterminer les composantes nécessaires à l'établissement d'une pratique des collectivités en santé réussie et pleinement mise en œuvre.
- ▶ **CATALOGUE D'EXEMPLES DE RÈGLEMENTS D'AUTRES ADMINISTRATIONS** – Tout comme les études de cas qui figurent dans le guide d'accompagnement du praticien de la planification et de la santé des collectivités, les praticiens ont mentionné la nécessité d'un guide de référence rapide qui donne des exemples de règlements dans d'autres administrations qui sont axés sur la santé, la santé communautaire était effectivement prise en compte dans leur élaboration et les résultats de santé étaient une grande priorité lors de leur adoption. Cela permettrait à d'autres collectivités qui ont peu de capacités ou de ressources d'investir davantage pour parfaire leur connaissance des politiques saines afin d'envisager d'adopter des règlements axés sur la santé. Cela permettrait également de créer une « communauté de pratique » parmi les collectivités canadiennes, qui partagerait régulièrement des exemples de réussite avec d'autres praticiens. Les décideurs peuvent souvent être influencés par les exemples de réussite à d'autres endroits, puisque ces projets, « les premiers du genre », permettent de déterminer des problèmes imprévus et les répercussions possibles.
- ▶ **TENIR COMPTE DES BESOINS DES MUNICIPALITÉS ET DES COLLECTIVITÉS RURALES OU DES PETITES VILLES** – Bien que beaucoup de grandes collectivités aient mentionné qu'elles avaient déjà tenu compte de la santé dans leurs processus de planification, un grand nombre de petites collectivités avec qui l'équipe du projet a communiqué ont fait savoir que les capacités du personnel actuel, les connaissances existantes et les possibilités limitées de parfaire la formation étaient des obstacles importants pour tenir effectivement compte de la santé dans leurs processus de planification. La conception de ressources faciles d'accès, d'outils et de conseils destinés au personnel des administrations locales dans les petites collectivités, qui s'attardent à leur contexte local, améliorerait la probabilité que la santé soit prise en considération et intégrée dans l'élaboration des plans et des politiques de ces collectivités.
- ▶ **FAIRE PARTICIPER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AUX ASSEMBLÉES PUBLIQUES** - Lorsqu'on fait intervenir les professionnels de la santé dans les processus de mobilisation du public, ces membres du personnel peuvent aider à sensibiliser la collectivité à l'influence des décisions de planification sur leur santé. Les membres de la collectivité sont ensuite mieux renseignés pour faire des commentaires sur les politiques proposées et les interventions de planification. Lorsqu'ils sont autorisés à le faire, les membres du personnel chargé de la santé publique peuvent également offrir une opinion professionnelle à ces tribunes

et aider à informer les participants présents au sujet de la décision qu'ils souhaiteraient voir à titre d'experts de la santé publique.

- ▶ **APPLIQUER L'OPTIQUE DE LA SANTÉ ET DE L'ÉQUITÉ** - La santé et l'équité ne devraient pas être des sujets de réflexion après coup dans les plans ni abordées dans leur propre chapitre. La santé et l'équité devraient être intégrées dans l'ensemble d'un plan (c.-à-d. comme principe directeur) et prises en compte dans chaque politique. Cela signifie que la première étape de l'élaboration d'un plan ou d'une stratégie devrait consister à formuler toutes les étapes en adoptant l'optique de l'équité et de la santé communautaire. Est-ce que l'élaboration de votre plan tient compte de la manière de consulter véritablement les groupes qui ne participent pas habituellement? Comment ces besoins sont-ils pris en considération dans le plan? Est-ce que la priorité est accordée aux besoins des résidents défavorisés? Est-ce que les répercussions de votre plan ou de votre politique sur la santé communautaire ont un effet démesuré sur les résidents moins privilégiés, de groupes raciaux ou ethniques? La prise en compte intégrale de ces points de vue et de ces résultats et leur mise en œuvre permettent d'élaborer des politiques et des plans véritablement sains.

Ressources nécessaires

Les ressources suivantes ont été relevées par les praticiens comme étant utiles pour favoriser l'adoption à grande échelle de politiques et de plans sains.

- ▶ **UN DOCUMENT « D'UNE PAGE »** à l'intention des planificateurs provinciaux, à offrir à d'autres ministères provinciaux, qui décrit pourquoi chaque ministère devrait se préoccuper de la santé et comment la santé pourrait ou devrait être prise en compte dans leur portefeuille particulier. Cette ressource pourrait expliquer la nécessité pour ces ministères d'envisager et d'appuyer les résultats positifs en matière de santé dans leur travail, puisque les praticiens ont mentionné que certaines entités gouvernementales ont souvent comme excuse que ce n'est « pas ma responsabilité ». Le fait de déterminer comment leur travail influe sur la santé de la population et comment il faudrait en tenir compte pourrait aider à obtenir plus de soutien et une collaboration plus efficace entre les ministères dans le but d'appuyer la santé communautaire.
- ▶ **SÉMINAIRES DESTINÉS AUX CONSEILLERS** - Les praticiens ont relevé la nécessité de sensibiliser non seulement le personnel de planification et de santé publique à la manière d'intégrer effectivement la santé dans les processus de planification, mais encore la nécessité de sensibiliser les décideurs, tant administratifs que politiques. Les participants aux entrevues ont précisé que, même s'ils souhaitaient inclure des approches et des politiques progressistes sur la santé dans leurs travaux, ils craignaient que ces efforts ne soient futiles en fin de compte s'il n'y a pas de soutien aux étapes de la prise de décisions et de la mise en œuvre. Ils ont également mentionné que le personnel des administrations locales et les politiciens devaient mieux comprendre le rôle qu'ils jouent dans le soutien de la santé communautaire grâce à leurs décisions et que, même si les

gouvernements provinciaux sont manifestement responsables de la santé, TOUS les niveaux de gouvernement (surtout ceux qui sont chargés de la conception de l'environnement bâti) ont un rôle essentiel à jouer dans ces efforts.

- ▶ **FINANCEMENT DE CONFÉRENCES** – Étant donné que 89,8 % des professionnels de la santé et 78,7 % des professionnels de la planification ont dit souhaiter « plus » ou « beaucoup plus » de collaboration entre les deux domaines, il est évident qu'ils souhaitent vivement que ces deux domaines collaborent à l'avenir. Le financement de tribunes de soutien, où les praticiens de ces domaines peuvent partager des pratiques exemplaires, échanger des idées et élaborer des ressources mises à jour, serait grandement utile à cette communauté de pratique. À l'heure actuelle, les professionnels de ces domaines ont très peu d'occasions de communiquer et de partager leur expérience et leurs idées. La création de séances régulières de « santé et planification » favoriserait cet échange d'idées et permettrait la création de ressources mises à jour régulièrement pour appuyer ces efforts.
- ▶ **LISTE DE VÉRIFICATION DES PROJETS** – Créer une liste de vérification pour divers types de projets de planification qui offrirait au personnel de la planification et de la santé publique une simple liste des approches liées à la santé et des facteurs à envisager. Elle orienterait l'élaboration de ces plans afin de tenir compte de la santé de la population partout et, en fin de compte, d'accroître la probabilité que ces plans améliorent la santé communautaire grâce à leur mise en œuvre.
- ▶ **RÉSUMÉ FACTUEL EN LANGAGE CLAIR** – Les professionnels de la planification, en particulier, ont dit avoir de la difficulté à comprendre une bonne partie de la documentation liée à la santé et des recherches dans ce domaine. La rédaction de ces documents dans un langage qui soit facile à comprendre par des non-universitaires permettrait à des auditoires plus larges d'y avoir accès et permettrait l'acceptation et la compréhension à plus grande échelle des nouvelles constatations.
- ▶ **RESSOURCES CARTOGRAPHIQUES AXÉES SUR LA SANTÉ** – Toutes les collectivités n'ont pas la capacité ou les connaissances nécessaires pour avoir facilement accès à des cartes qui affichent des paramètres de santé importants ni pour créer de telles cartes. Bien que le projet CANUE et d'autres ressources de données en ligne axées sur la santé cherchent à offrir l'accès à de telles données, bon nombre de ces ressources sont uniquement disponibles à des fins d'enseignement, de recherche universitaire et de publication et/ou planification de services éducatifs. L'élaboration de ressources cartographiques axées sur la santé auxquelles les professionnels de la santé publique et les administrations locales peuvent avoir accès permettra de créer des renseignements géospatiaux liés à la santé et de les inclure dans les processus de planification. Cela pourrait comprendre la création de cartes thermiques, sur les taux de diabète, le revenu et les taux de pauvreté infantile. Les cartes pourraient faire ressortir des régions qui nécessitent une mesure urgente ou des interventions ciblées et transmettre facilement d'autres problèmes complexes grâce à une représentation graphique.

- ▶ **OUTILS DE MOBILISATION DU PUBLIC** – L’élaboration et le partage d’outils axés sur la santé et destinés aux professionnels qui entreprennent les processus de mobilisation du public aideront à garantir que ces processus sont réalisés en tenant compte de la santé pendant leur exécution, ainsi que du résultat clé du processus de planification. Trop souvent, la mobilisation du public est menée en tenant surtout compte du point de vue personnel (quelle sera l’incidence de ce plan sur MOI?) et elle considère peu les répercussions plus générales sur la santé. La conception d’outils qui permettent à l’équipe du projet d’informer les résidents des répercussions sur la santé des diverses options permettra d’obtenir des résultats plus éclairés et axés sur la santé.
- ▶ **ATELIERS** – Les praticiens de la santé et de la planification ont souvent demandé des moyens de réunir le personnel de la planification, les représentants de la santé publique et les décideurs pour qu’ils discutent de la manière de tenir compte de la santé dans leurs divers processus de planification, qu’ils établissent et/ou renforcent les relations et qu’ils conçoivent une approche coordonnée pour intégrer la santé dans ces processus. Il s’agit de l’initiative la plus souvent demandée par les professionnels des deux domaines, puisqu’un bon nombre d’entre eux sont d’avis que ce serait une première étape essentielle et efficace pour que la santé soit prise en compte dans les processus de planification communautaire.
- ▶ **COURS PRATIQUES EN LIGNE SUR L’ÉVALUATION DES IMPACTS SUR LA SANTÉ (EIS)** – Même si le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé offre un cours en ligne gratuit sur l’évaluation des incidences sur la santé, la plupart des praticiens ne savaient pas que de telles ressources existaient. En plus de la nécessité que les deux professions partagent davantage de renseignements, l’échange de ressources, comme le cours sur l’EIS en ligne susmentionné, permettrait de transmettre des connaissances à une vaste gamme de collectivités et de professionnels et de les sensibiliser.
- ▶ **RELIER LE CONTEXTE DES EIS ET LES PROJETS D’INFRASTRUCTURE** – Actuellement, la tenue d’EIS dans le cadre des processus de planification demeure un processus totalement facultatif pour la plupart des collectivités canadiennes. Le fait d’exiger que les projets d’infrastructure incluent une évaluation des incidences sur la santé permettrait d’offrir aux décideurs des renseignements essentiels sur les éventuels résultats de ces projets. Les participants au sondage et aux entrevues ont fait savoir que beaucoup de projets d’infrastructure négligent à l’heure actuelle de tenir compte de la manière dont la santé publique se ressentira de l’incidence de ces projets et se concentrent plutôt sur les déplacements des véhicules, le soutien du développement économique et la facilitation des investissements. En offrant au personnel chargé des projets et aux décideurs des renseignements axés sur la santé propres au projet, on pourra prendre des décisions éclairées et on assurera une plus grande responsabilisation une fois que les décisions seront prises. Tout comme des évaluations des répercussions environnementales sont exigées dans de nombreuses collectivités pour un grand nombre de projets de planification, il devrait y avoir des évaluations des incidences sur la santé. La santé de la population a une énorme incidence sur la prospérité et le bien être d’une

collectivité et mérite qu'on s'y attarde en profondeur pendant tous les processus de planification.

- **APPLICATION DES CONNAISSANCES** – Comme l'un des participants aux entrevues l'a demandé : « Quelle est l'incidence de l'ampleur de cette question transversale sur la santé de la collectivité? » À l'heure actuelle, il n'existe aucun outil qui puisse être facilement qualifié et transmettre les répercussions sur la santé de décisions propres à la conception. L'élaboration d'outils et de modèles qui offrent facilement ce genre de renseignements aux professionnels de l'environnement bâti leur donnera un outil capital pour prendre des décisions qui améliorent la santé de la population et fournira une justification valable au moment de prendre des décisions positives pour la santé.

Limites de la recherche

Taille de l'échantillon

Les invitations au sondage et des liens menant au sondage ont été envoyés à environ 10 000 professionnels de la planification et de la santé du pays grâce au soutien des organisations suivantes :

- Institut canadien des urbanistes
- Association canadienne de santé publique
- Public Health Association of BC
- Alberta Public Health Association
- Saskatchewan Public Health Association
- Association manitobaine de santé publique
- Association pour la santé publique de l'Ontario
- Association pour la santé publique du Québec
- Public Health Association of Nova Scotia
- Association pour la santé publique des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut
- BC Centres for Disease Control
- Planning Institute of BC
- Alberta Professional Planners Institute
- Saskatchewan Professional Planners Institute
- Manitoba Professional Planners Institute
- Institut des planificateurs professionnels de l'Ontario
- Ordre des urbanistes du Québec
- Institut des urbanistes de l'Atlantique
- 138 professionnels de l'environnement bâti avec qui l'équipe du projet avait déjà travaillé

Il faut souligner que le nombre de répondants par rapport à la taille globale de l'échantillon cible représente 5,7 % de la population cible en général.

Profil de l'échantillon

Le sondage a été diffusé à grande échelle par l'entremise des associations de planification et de santé publique susmentionnées. Toutefois, tous les professionnels de ces domaines ne sont pas membres de ces associations. Il faut reconnaître qu'on ne peut rejoindre tous les segments de ces populations cibles grâce à cette méthodologie de distribution. Il faut également souligner qu'une grande proportion des répondants au sondage provenaient de la province de la Colombie Britannique, probablement en raison des solides relations de travail de l'équipe du projet dans la région.

Méthode

Bien que la confidentialité et l'anonymat des répondants fassent partie du sondage (sauf lorsque les participants ont choisi qu'on communique avec eux pour d'autres entrevues), il faut mentionner qu'il se peut que tous les répondants n'aient pas été à l'aise de répondre aux questions du sondage en raison d'inquiétudes liées à la protection de la vie privée.

Par ailleurs, il faut également souligner que le sondage était uniquement disponible en ligne et qu'il se peut que tous les professionnels de la planification et de la santé publique au Canada n'aient pas eu la possibilité d'y avoir accès parce qu'ils n'avaient pas accès à Internet ou qu'ils avaient un pare-feu interne restrictif.

Processus de collecte des données

Les données ont été recueillies grâce à un sondage en ligne et à des entrevues téléphoniques, ce qui devrait être considéré comme une limite de l'étude puisque l'équipe du projet n'a pas pu employer d'autres méthodes de collecte des données, comme des entrevues en personne, des réponses écrites ou des séances de groupe.

Durée

Étant donné les échéanciers du financement du projet, le sondage et l'étude ont été réalisés dans un délai de cinq mois. Cette contrainte de temps a limité la portée de l'étude et n'a pas permis de faire des comparaisons longitudinales entre diverses interventions et approches.

Période de l'étude

L'étude a été menée de décembre 2020 à mars 2021, soit une période où les restrictions et les infections causées par la COVID-19 étaient largement répandues. Par conséquent, de nombreux professionnels de la santé ont mentionné qu'ils étaient trop occupés à répondre à des besoins immédiats et pressants en réaction à la pandémie pour participer pleinement à l'étude.

Ressources financières

Les limites financières de l'étude ont nécessité une méthodologie de collecte des données à faible coût (sondage en ligne) ainsi que la communication électronique avec les professionnels de la planification et de la santé publique. Aucune entrevue en personne ni aucune visite de site n'a pu avoir lieu en raison des moyens financiers limités dont disposait l'équipe chargée du projet et des restrictions en matière de santé publique qui étaient en vigueur en raison de la pandémie de COVID-19.

Accès à la documentation

L'équipe du projet reconnaît qu'elle a eu un accès limité à toutes les recherches dans ce domaine et qu'elle était peu au courant de ces recherches. Bien que nous ayons pu avoir accès à une grande quantité de documents et d'études sur diverses approches d'intégration de la santé dans les processus de planification et que nous les avons examinés, il ne faut pas en conclure qu'il s'agit d'un examen exhaustif ou complet.

Âge des données

Les données du sondage ont été recueillies au début de 2021, mais de nombreux plans et études examinés remontaient à plus de 15 ans. Par conséquent, la formulation d'hypothèses courantes fondées sur d'anciennes données constitue une grande limite de cette étude.

Portée du projet et recherches futures

En raison du calendrier limité et de la capacité restreinte de l'équipe du projet, nous n'avons pas pu examiner entièrement les problèmes auxquels les praticiens étaient confrontés dans ce domaine. Les futures recherches pourraient examiner la formation et les études qui sont actuellement disponibles dans ce domaine, chercher à établir des liens avec un plus grand nombre de praticiens et une large gamme de praticiens au pays, permettre des discussions plus poussées sur les mesures précises qui peuvent être prises pour intégrer la santé dans la planification, mettre à l'essai des ateliers pour accroître cette collaboration et concevoir des formats d'ateliers qui peuvent être utilisés dans les collectivités de l'ensemble du pays afin de consolider ces relations.

Prochaines étapes

À la lumière du processus du sondage national, de l'examen des plans communautaires, des entrevues avec les intervenants clés, des analyses documentaires et de la conversation de suivi avec les professionnels dans ce domaine, il est évident que l'intérêt pour l'intégration plus efficace de la santé dans les résultats et les processus de planification est important. Toutefois, il est également évident qu'il existe une méconnaissance distincte des ressources qui sont actuellement disponibles, des mesures qui peuvent et qui devraient être prises à l'échelle locale pour améliorer cette intégration et des changements systémiques qui devraient être apportés pour soutenir et maintenir ces changements.

Même si le financement des travaux par Santé Canada a pris fin au printemps 2021, l'équipe du projet a poursuivi ses efforts afin de partager le guide et le rapport avec les collectivités de l'ensemble du pays. Grâce à des partenariats stratégiques avec des organisations à l'échelle locale, comme la Fédération canadienne des municipalités, la Fondation des maladies du cœur du Canada et l'Institut canadien des urbanistes, nous coordonnerons des webinaires, des ateliers et des présentations au cours desquels nous partagerons les résultats de notre sondage et nous déterminerons les pratiques exemplaires qui permettent d'intégrer la santé dans d'autres collectivités canadiennes.

Nous collaborerons aussi avec nos partenaires de Santé Canada afin d'envisager des possibilités d'offrir des ateliers aux décideurs, au personnel des administrations locales et aux professionnels de la santé publique. Ces ateliers devraient avoir pour but de renforcer les liens entre le personnel des administrations locales et les professionnels de la santé publique, présenter le guide, discuter des pratiques exemplaires dans d'autres collectivités, déterminer les possibilités de collaboration à venir et élaborer des approches propres à la collectivité pour mieux tenir compte de la santé dans la planification, tant dans le processus que pendant la mobilisation et la mise en œuvre.

Un autre domaine d'intérêt pour l'équipe du projet consistera à collaborer avec le milieu universitaire afin d'améliorer la qualité et d'accroître le nombre de cours sur la santé et la planification destinés aux professionnels de la planification et de la santé publique. Les professionnels de la planification ont fait savoir qu'ils avaient reçu peu ou pas de formation formelle sur les techniques qui permettent véritablement d'intégrer la santé dans leur travail de planification et le personnel de la santé publique a mentionné que sa formation professionnelle fournissait peu d'explications, voire aucune, sur la façon d'aider les planificateurs à tenir compte de la santé et à l'inclure dans leur travail. L'élaboration d'une formation complémentaire au niveau universitaire pour les deux professions permettrait aux nouveaux planificateurs et membres du personnel de la santé publique de bien comprendre comment ils peuvent effectivement collaborer afin d'inclure la santé dans l'élaboration des plans, dans la mobilisation et dans la mise en œuvre.

Il reste aussi beaucoup de recherche à faire dans ce domaine, tout spécialement sur ces travaux et sur la manière de transposer les leçons apprises en pratique dans les petites collectivités, y compris celles des Premières Nations. Comme plus de 50 nations autochtones vivent dans plus de 600 collectivités au pays, un grand nombre de collectivités ont des besoins en santé particuliers et il faudrait en tenir compte. Puisqu'un grand nombre de ces collectivités ont des taux bien plus élevés de maladies chroniques, il faudrait les prendre tout spécialement en considération dans l'optique de l'équité en santé. L'élaboration de ressources et d'outils ciblés, propres aux besoins des collectivités des Premières Nations, permettrait au personnel de la planification et de la santé publique d'être mieux outillé dans ces collectivités et, en fin de compte, se traduirait par des plans communautaires et des changements de l'environnement bâti qui amélioreraient les résultats en santé pour les membres de ces collectivités.

Enfin, la création de possibilités de conversation dans l'ensemble du pays, le partage d'idées et la collaboration et le soutien accrus entre les domaines de la planification et de la santé publique compteraient pour beaucoup dans la réduction de l'écart entre ces deux professions. Comme nous l'avons mentionné plus haut dans le présent document,

les collectivités où la santé est la mieux intégrée dans les processus de planification sont celles où les relations entre le personnel de la santé publique et de la planification sont très solides. Une tribune de conversation régulière entre ces domaines aiderait grandement à éliminer les obstacles actuels et à élaborer de nouvelles approches afin de bâtir des collectivités plus heureuses et en meilleure santé.

Étant donné les exemples de réussite de l'intégration de la santé dans les processus de planification que nous avons découverts lors de ce projet, il est évident que la communication et la collaboration accrues entre ces domaines peuvent avoir des répercussions très positives sur la santé. Si elles utilisaient le présent rapport et le guide qui l'accompagne, les collectivités canadiennes pourraient améliorer la santé de leurs résidents, réduire les coûts associés aux maladies chroniques et aux autres maladies, diminuer le nombre de blessures et de décès liés à la sécurité routière et amoindrir l'incidence de la crise climatique sur nos collectivités. Ce faisant, nous assisterions à la création d'un Canada plus sûr, plus sain et plus équitable. Nous espérons sincèrement que cette vision se réalisera au cours des années à venir et nous sommes impatients d'appuyer ces efforts.



Annexe A: Résumé du sondage sur l'intégration de la santé dans la planification

SEPTEMBRE 2021

RÉSUMÉ PRÉPARÉ POUR SANTÉ CANADA

Préparé par: Urban Systems Ltd

300 - 123 Bannatyne Avenue, Winnipeg, MB R3B 0R3 | T: 204-259-0094

Date: le 11 février, 2021



Urban Systems Ltd. ou ses employés ne feront aucune déclaration de quelque nature que ce soit à toute partie n'ayant pas conclu de contrat avec Urban Systems Ltd. © 2021 URBANSYSTEMS®.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	1
Structure et but du rapport.....	3
 Données démographiques et contexte professionnel ..	7
Profession	7
Spécialisation	10
Lieu de travail	13
 Planification de collectivités en santé	15
Fréquence du travail en santé ou en planification communautaire	15
 Collaboration	21
Niveau actuel de collaboration	21
Niveau futur de collaboration	22
 Outils et mise en œuvre	26
Politiques et cadres sur la santé.....	26
Outils de planification	28
Stratégies sur l'environnement bâti	37
Ressources.....	40
 Comprendre les obstacles	42
Niveau de participation aux projets.....	42
Obstacles.....	44
 Surveillance	49
Contrôler l'efficacité des projets – Santé	49
Paramètres ou indicateurs pour mesurer les progrès	50
Sources des données	51
Études de cas	52

RÉSUMÉ

Depuis quelques années, les professionnels de la santé publique et de la planification communautaire de l'ensemble du Canada redoublent d'efforts pour tenir compte de la santé et pour l'intégrer dans de nombreux types de projets de planification communautaire.

Santé Canada a versé des fonds pour la tenue d'une étude qui permette de déterminer les possibilités d'améliorer l'intégration entre les professionnels de la planification et de la santé publique. Le but de ce sondage est de s'inspirer des recherches antérieures pour comprendre l'état actuel de l'intégration entre les professions de la planification et de la santé publique, de déterminer les obstacles et les possibilités qui existent actuellement, de même que de découvrir des exemples de réussite.

Contexte du sondage

Notre équipe chargée du projet a distribué le sondage entre le 5 janvier et le 4 février 2021 à des professionnels qui s'occupaient à la fois de la santé publique et de la conception de l'environnement bâti dans l'ensemble du Canada. Le sondage a été partagé avec les organisations de santé et de planification suivantes :

- ◆ Institut canadien des urbanistes
- ◆ Organisations de planification des associations et instituts provinciaux et territoriaux, notamment :
 - » Planning Institute of BC
 - » Alberta Professional Planners Institute
 - » Saskatchewan Professional Planners Institute
 - » Manitoba Professional Planners Institute
 - » Institut des planificateurs professionnels de l'Ontario
 - » Ordre des urbanistes du Québec
 - » Institut des urbanistes de l'Atlantique
 - » VéloQuébec
 - » CivicInfoBC
- ◆ Institut canadien de l'ingénierie des transports (CITE)
- ◆ Association des transports du Canada
- ◆ Association canadienne de santé publique

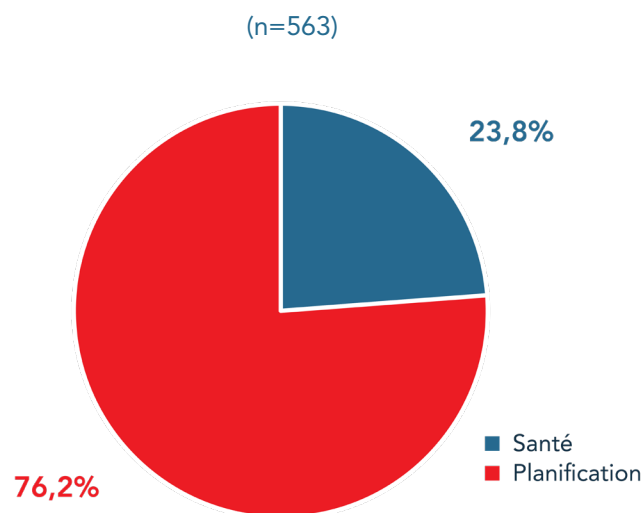
- Public Health Association of BC
- Alberta Public Health Association
- Saskatchewan Public Health Association
- Association manitobaine de santé publique
- Association pour la santé publique de l'Ontario
- Association pour la santé publique du Québec
- Public Health Association of Nova Scotia
- Newfoundland and Labrador Public Health Association
- Association pour la santé publique des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut
- BC Centres for Disease Control.

En plus des organisations susmentionnées, une invitation au sondage a été envoyée à plus de 140 professionnels de l'environnement bâti avec qui Urban Systems avait collaboré quelques années auparavant.

L'invitation au sondage comportait des liens menant aux versions française et anglaise du sondage.

Au total, 563 répondants ont participé au sondage. De ce nombre, 543 questionnaires (96,4 %) ont été remplis en anglais et 20 (3,6 %) ont été remplis en français. Sur les 132 répondants, 23,8 % ont dit être des professionnels de la santé publique et 427 (76,2 %) ont dit travailler en planification ou dans une profession connexe. Les répondants travaillaient dans une multitude d'emplacements géographiques, la taille de la population était variée et la gamme de spécialisations était diversifiée.

Figure 1 - Pourcentage des professionnels de la santé et des professionnels de la planification



Structure et but du rapport

Le présent rapport résume les constatations de l'enquête et comporte les sections suivantes :

1. Données démographiques et contexte professionnel;
2. Planifier des collectivités en santé;
3. Niveau de collaboration;
4. Outils et mise en œuvre;
5. Comprendre les obstacles à l'intégration de la santé et de la planification;
6. Suivi des progrès.

Les données recueillies dans le sondage étaient anonymes et ont été traitées comme telles. Si un répondant divulguait volontairement ses coordonnées à la fin du sondage, ses réponses étaient traitées comme étant confidentielles. Les données du sondage ont été analysées et déclarées en format agrégé.

Les réponses aux versions française et anglaise du sondage ont été analysées ensemble. Les réponses des professionnels de la santé publique et des professionnels de la planification ont été analysées séparément.

Les constatations du sondage seront utilisées avec les données recueillies lors des entrevues réalisées auprès de professionnels de la santé et de la planification, ainsi qu'avec l'analyse contextuelle des politiques de planification dans l'ensemble du Canada, pour élaborer des outils pratiques, des ressources et des stratégies qui aideront les deux professions à aller de l'avant.

Principales constatations

Écarts des niveaux de collaboration entre la santé et la planification

La **figure 2** montre à quelle fréquence les professionnels de la santé ont dit s'occuper de projets liés à la planification et à quelle fréquence les professionnels de la planification ont dit s'occuper de projets liés à la santé.

La **figure 3** montre à quelle fréquence les professionnels de la santé et de la planification ont mentionné qu'ils collaboraient ou qu'ils interagissaient avec l'autre profession pour s'occuper de projets.

Plus de professionnels de la santé se sont occupés de projets liés à la planification (55,5 % fréquemment ou toujours) et ont collaboré avec des professionnels de la planification (51,7 % pour certains ou la plupart des projets) que l'inverse. Même si 37,5 % des

professionnels de la planification ont dit s'occuper parfois ou toujours de projets liés à la santé, 51,7 % des professionnels de la planification collaborent rarement ou jamais avec des professionnels de la santé pour s'occuper de leurs projets.

Comme l'illustre la **figure 4**, la plupart des professionnels de la santé (89,8 %) et des professionnels de la planification (78,7 %) ont dit souhaiter accroître leur niveau de collaboration avec l'autre profession à l'avenir.

Figure 2 - Fréquence du travail lié à l'autre profession

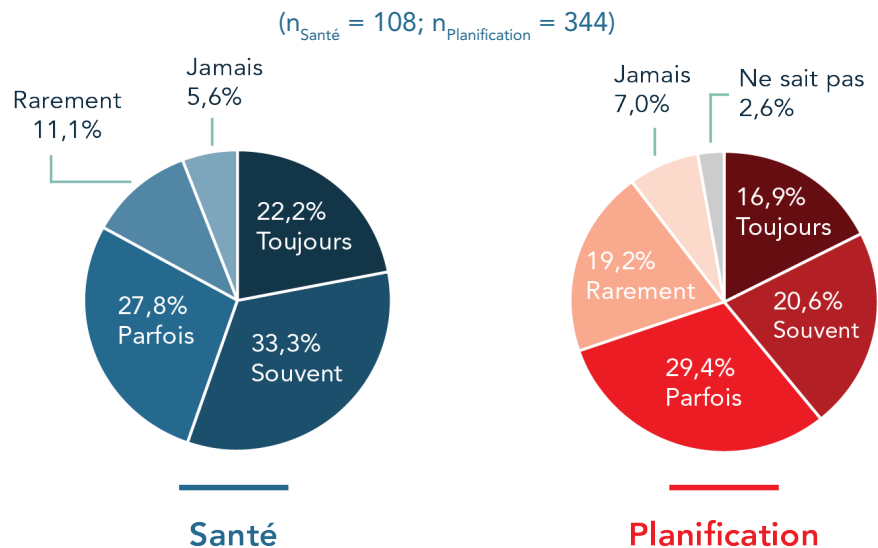


Figure 3 - Niveau actuel de collaboration ou d'interaction

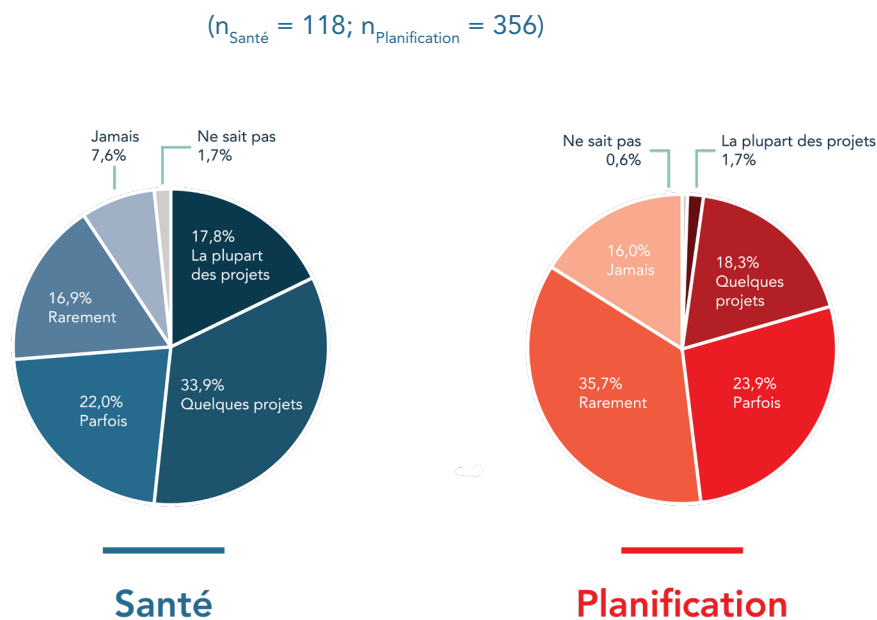
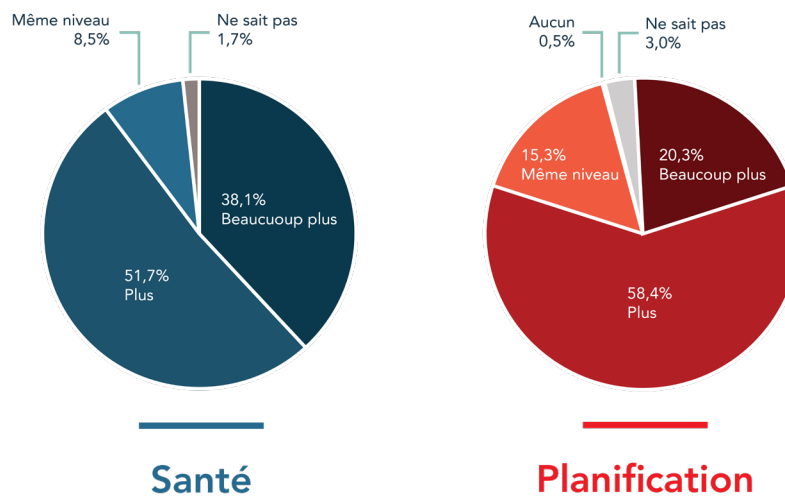


Figure 4 - Désir de collaboration future

($n_{\text{Santé}} = 118$; $n_{\text{Planification}} = 356$)



Outils de planification

Le **tableau 1** compare les outils qu'utilisent couramment les professionnels de la santé et les professionnels de la planification aux cotes accordées par les répondants concernant l'efficacité des outils et la possibilité d'intégrer la santé dans la planification. Les trois premières et trois dernières réponses dans chaque catégorie y sont présentées.

Habituellement, les répondants considèrent que les outils qui sont le plus souvent associés à l'aménagement et à la planification de l'aménagement du territoire (p. ex. règlements de zonage, accords de développement ou ordonnances de modification, codes de construction) sont des outils efficaces pour intégrer la santé. Les répondants ont également précisé que ces types d'outils offraient le moins de possibilités d'intégrer des objectifs liés à la santé dans la planification. Cette tendance est uniforme pour les professionnels de la santé et de la planification.

Les outils les mieux cotés en ce qui concerne l'efficacité et les possibilités d'intégration sont normalement ceux qui sont les plus étroitement associés au bien être physique, mental et social. Les membres des deux professions sont d'avis que les évaluations des incidences sur la santé sont les plus efficaces et qu'elles offrent le plus de possibilités d'intégrer la santé et la planification. De même, les professionnels de la santé et les professionnels de la planification pensent que les cadres d'équité offrent de grandes possibilités d'intégration.

Tableau 1: Comparaison des outils utilisés par les professionnels de la santé et de la planification

Outils couramment utilisés		Efficacité des outils de planification		Possibilités d'intégration		
Santé	Planification	Santé	Planification	Santé	Planification	
Le plus	Plans officiels (équivalents) (57,5 %)	Plans officiels (équivalents) (66,1 %)	Évaluations des incidences sur la santé (59,5 %)	Évaluations des incidences sur la santé (46,5 %)	Évaluations des incidences sur la santé (94,6 %)	Évaluation des incidences sur la santé (94,7 %)
	Plans directeurs et stratégies de transport (44,3 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (42,1 %)	Planification du transport scolaire (53,3 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (44,4 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (89,0 %)	Plans officiels (équivalents) (93,2 %)
	Évaluations des incidences sur la santé (41,5 %)	Plans secondaires/ de zones / de quartier (40,6 %)	Plans secondaires/ de zones / de quartier (52,6 %)	Plans officiels (équivalents) (42,7 %)	Cadre d'équité (88,9 %)	Cadre d'équité (89,5 %)
Le moins	Énoncés des répercussions sur l'environnement (17,0 %)	Énoncés des répercussions sur l'environnement (16,1 %)	Plans de subdivision (27,8 %)	Plans de subdivision (23,9 %)	Plans stratégiques d'entreprise (61,5 %)	Codes de construction (60,4 %)
	Codes de construction (5,7 %)	Évaluations des incidences sur la santé (12,1 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (20,3 %)	Plans stratégiques d'entreprise (20,6 %)	Codes de construction (55,4 %)	Plans stratégiques d'entreprise (59,7 %)
	Accords de développement / ordonnances de modification (3,8 %)	N'utilise pas d'outil pour intégrer la santé (11,2 %)	Plans stratégiques d'entreprise (18,4 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (18,1 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (39,7 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (55,8 %)

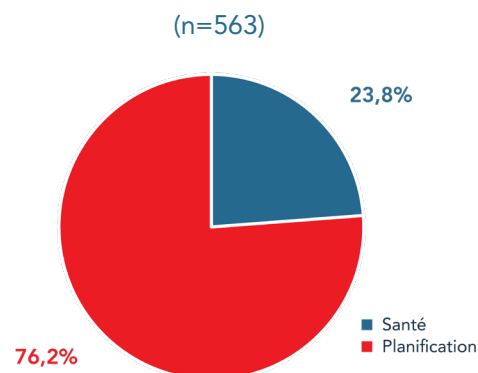
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTE PROFESSIONNEL

Profession

Nous avons demandé aux répondants de s'identifier comme des professionnels de la santé (ce qui comprend les soins de santé primaires, les autorités sanitaires, la promotion de la santé et les associations de santé) ou comme des professionnels de la planification (ce qui comprend l'urbanisme, les professions liées à l'environnement bâti et au génie, la planification sociale, des parcs, des loisirs, de l'environnement et de l'équité).

Au total, 132 répondants (23,8 %) ont dit être des professionnels de la santé publique, tandis que 427 répondants (76,2 %) ont mentionné travailler en planification ou occuper une profession connexe.

Figure 5 - Lequel des éléments suivants décrit le mieux votre rôle?



Type d'organisation de la santé

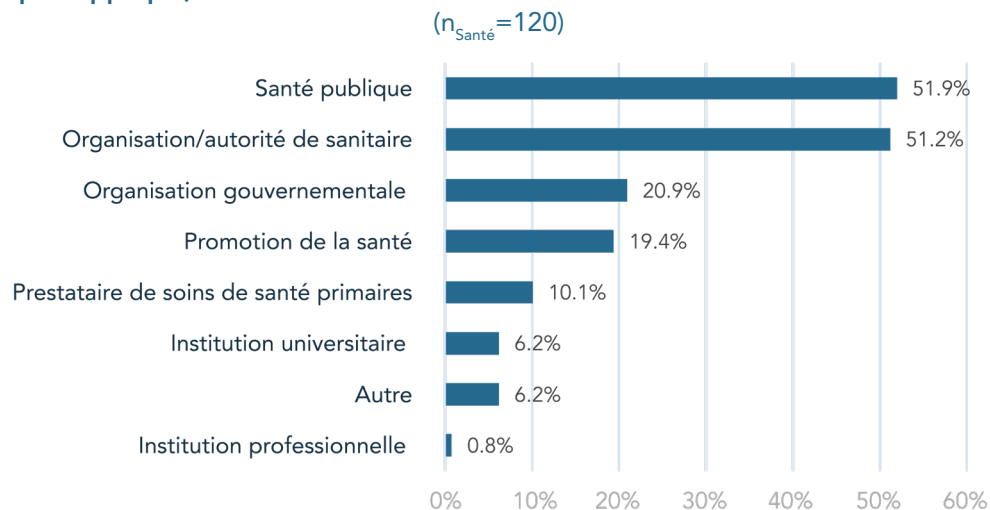
Nous avons demandé aux professionnels de la santé de préciser pour quel type d'organisation ils travaillaient. Les réponses les plus courantes étaient des organismes de santé publique (67 professionnels de la santé ou 51,9 % d'entre eux) et des organisations de santé ou des autorités sanitaires (66 professionnels de la santé ou 51,2 % d'entre eux). La **figure 6** résume les autres réponses.

Parmi les professionnels de la santé, 6,2 % (8) ont dit travailler pour d'« autres » types d'organisations. Leurs réponses sont résumées ci-dessous :

- organisme de services sociaux (2);
- consultant (1);

- données et évaluation (1);
- organisme sans but lucratif (1);
- santé mentale et toxicomanie (1).

Figure 6 - Pour quel type d'organisation travaillez-vous? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)



Secteur

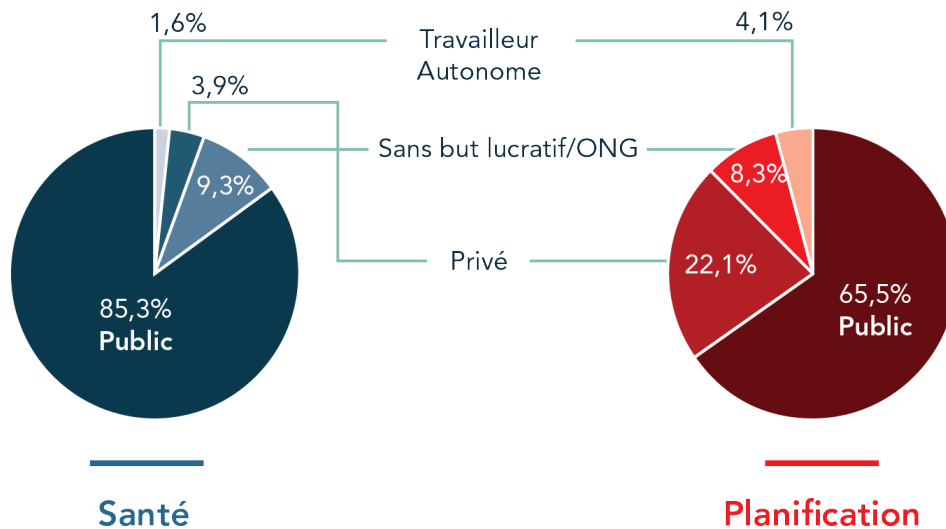
Nous avons demandé à tous les répondants d'indiquer dans quel secteur ils travaillaient.

La plupart des professionnels de la santé travaillent dans le secteur public (110 professionnels de la santé ou 85,3 % d'entre eux). La majeure partie des professionnels de la planification travaillent également dans le secteur public (269 professionnels de la planification ou 65,5 % d'entre eux), tandis qu'environ le cinquième des professionnels de la planification (91 ou 22,1 %) travaillent dans le secteur privé.

Les autres réponses sont résumées à la **figure 7** ci-dessous.

Figure 7 - Dans quel secteur travaillez-vous?

(n_{Santé} = 129; n_{Planification} = 412)



Nous avons demandé aux répondants qui avaient dit travailler dans le secteur public de préciser pour quel niveau de gouvernement ils travaillaient. Leurs réponses sont résumées à la **figure 8**.

La moitié des professionnels de la santé du secteur public travaillent pour un gouvernement provincial (58 ou 53,7 %). Parmi les professionnels de la santé, 29 (26,9 %) ont dit travailler pour un autre niveau de gouvernement. Les réponses « Autre » sont résumées ci-dessous :

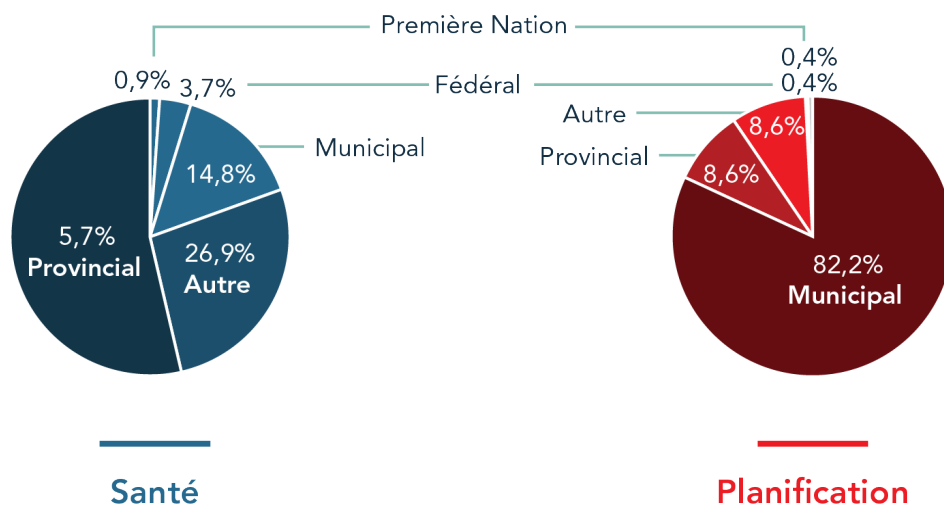
- Régie régionale de la santé (9)
- Autorité sanitaire (7)
- Santé publique (5)
- Autorité sanitaire provinciale (4)
- Milieu universitaire (2)
- Administration des services de santé des Premières Nations (1)
- Organisation non gouvernementale (1)

La plupart des professionnels de la planification du secteur public travaillent pour une administration municipale (221 ou 82,2 %). Parmi les professionnels de la planification, 23 (8,6 %) ont dit travailler pour un autre niveau de gouvernement. Les réponses « Autre » sont résumées ci-dessous :

- Régional (15)
- Milieu universitaire (2)
- Autorité sanitaire (1)
- Administration des services de santé des Premières Nations (1)
- Autorité sanitaire provinciale (1)
- Secteur public (1)
- Commission ou conseil scolaire (1)

Figure 8 - Pour quel niveau de gouvernement travaillez-vous?

($n_{\text{Santé}} = 108$; $n_{\text{Planification}} = 269$)



Nous avons demandé aux professionnels de la planification qui travaillaient pour une administration municipale si un professionnel des soins de santé travaillait dans leur service. Quatre répondants (1,9 %) ont dit « Oui ».

Nous avons demandé aux répondants qui avaient choisi « Oui » d'expliquer leur réponse :

- Trois répondants ont dit être des planificateurs urbains qui travaillaient pour un service local de santé publique. Un répondant a précisé qu'il était planificateur de la santé pour une équipe de l'environnement bâti dans le service de santé public et qu'il travaillait avec des infirmières, des nutritionnistes et des analystes de recherche sur la santé.
- Un répondant a fait savoir qu'il était commissaire des services de santé pour les soins paramédicaux et de longue durée.

Spécialisation

La **figure 9** illustre le principal domaine d'intérêt ou de spécialisation dans la pratique des répondants. Ces derniers pouvaient choisir toutes les options qui s'appliquaient.

Les trois principaux domaines de spécialisation des professionnels de la santé sont : la santé publique (93 ou 72,1 %), l'environnement ou les changements climatiques (43 ou 33,3 %) et les politiques (conception et/ou analyse) (41 ou 31,8 %). Parmi les professionnels de la planification, 15 (11,6 %) ont choisi « Autre »; leurs réponses sont résumées ci-dessous :

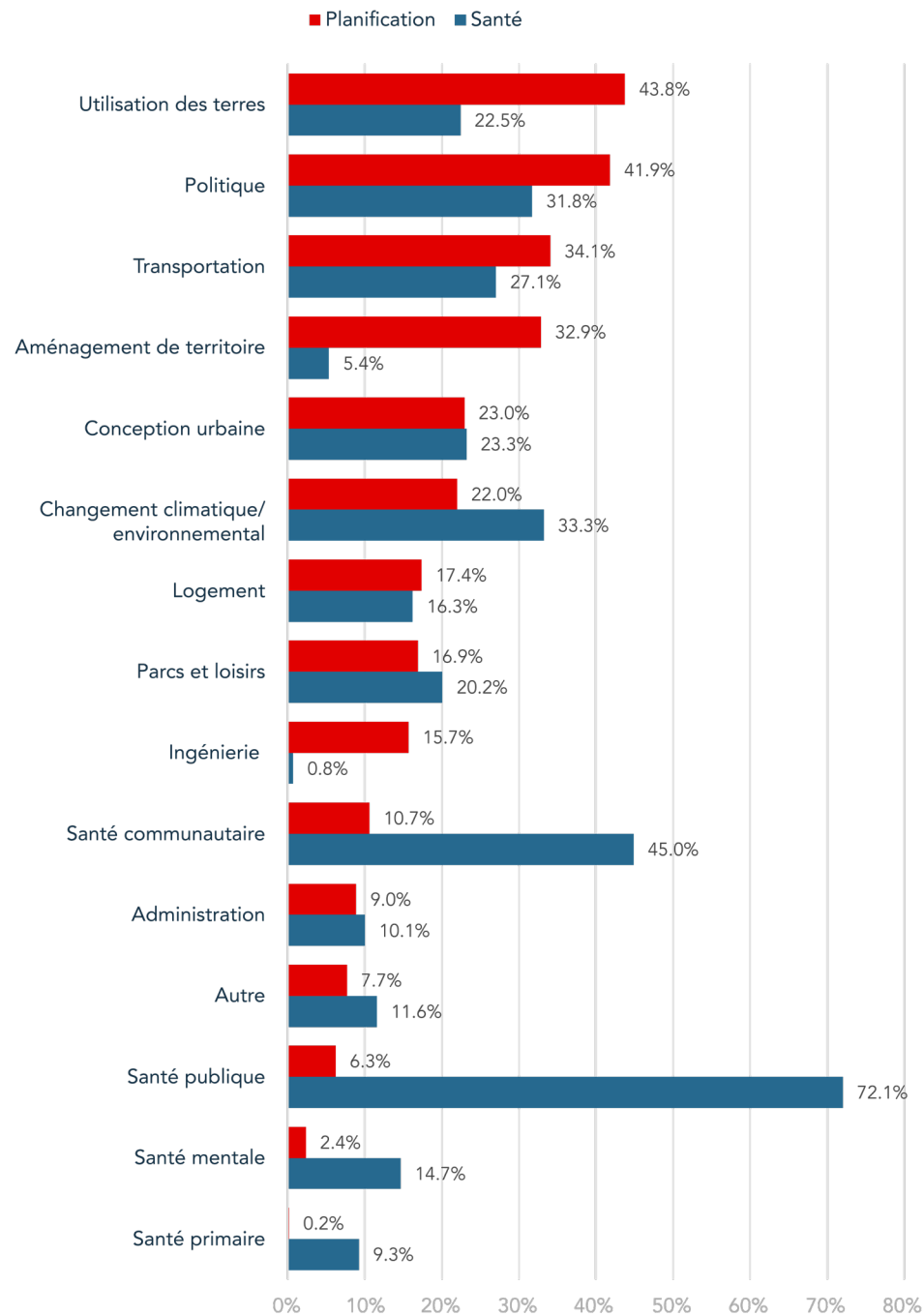
- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| ● Environnement bâti (3) | ● Prestation de soins de santé (1) |
| ● Services de soutien à domicile (3) | ● Prévention des blessures (1) |
| ● Activité physique (3) | ● Sensibilisation (1) |
| ● Maladies chroniques (1) | ● Recherche (1) |
| ● Éducation (1) | ● Services aux aînés (1) |
| ● Épidémiologie (1) | ● Surveillance (1) |
| ● Systèmes alimentaires (1) | |

Les trois principaux domaines de spécialisation des professionnels de la planification sont l'aménagement du territoire (181 ou 43,8 %), les politiques (conception et/ou analyse) (173 ou 41,9 %) et les transports (y compris le transport actif) (141 ou 34,1 %). Parmi les professionnels de la planification, 32 (7,7 %) ont choisi « Autre »; leurs réponses sont résumées ci-dessous :

- | | |
|--------------------------------|--|
| ● Développement économique (4) | ● Conservation (1) |
| ● Engagement (3) | ● Planification du développement (1) |
| ● Patrimoine (3) | ● Éducation (1) |
| ● Accessibilité (2) | ● Planification des soins de santé (1) |
| ● Équité (2) | ● Infrastructure (1) |
| ● Systèmes alimentaires (2) | ● Activité physique (1) |
| ● Infrastructure verte (2) | ● Recherche (1) |
| ● Administration locale (2) | ● Gestion des risques (1) |
| ● Agriculture (1) | ● Sécurité routière (1) |
| ● Architecture (1) | |

Figure 9 - Quel est votre principal domaine d'intérêt ou de spécialisation dans votre pratique? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

(n_{Santé} = 129; n_{Planification} = 413)

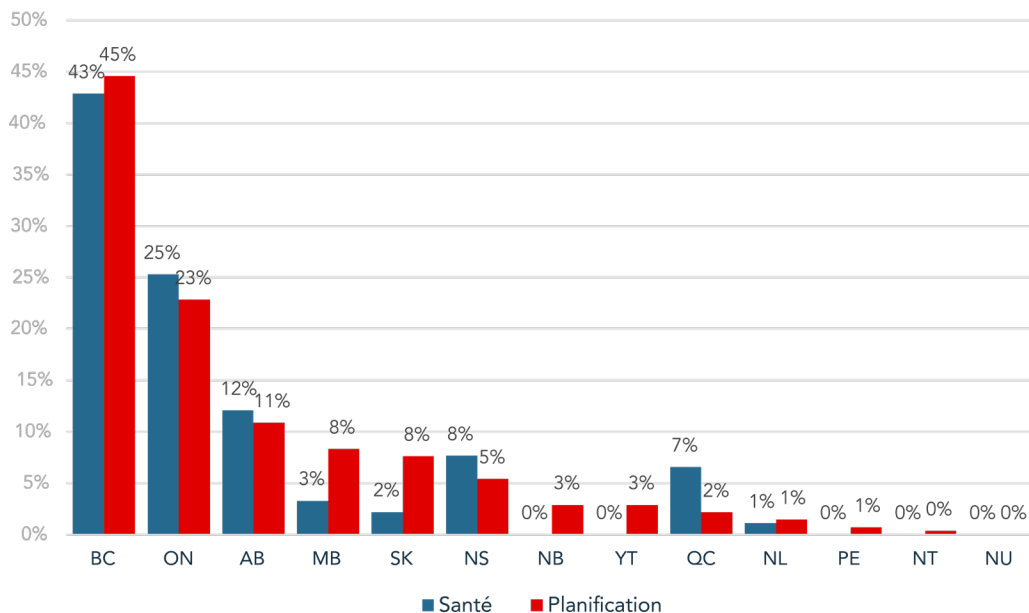


Lieu de travail

Nous avons demandé aux répondants de choisir la ou les provinces et/ou territoires où ils travaillaient. La plupart des répondants travaillaient en Colombie-Britannique (santé : 45 %; planification : 43 %), en Ontario (santé : 25 %; planification : 23 %) et/ou en Alberta (santé : 12 %; planification : 11 %). Comme les participants pouvaient choisir plusieurs options, il se peut qu'ils vivent dans la ou les provinces et/ou territoires où ils ont dit travailler.

Figure 10 - Dans quelle province et/ou quel territoire travaillez-vous? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

($n_{\text{Santé}} = 91$; $n_{\text{Planification}} = 276$)



Type de secteur

Nous avons également demandé aux répondants de décrire le ou les types de secteurs dans lesquels ils travaillaient principalement. Les répondants pouvaient sélectionner plusieurs options.

La plupart des professionnels de la planification travaillaient en milieu urbain, 52 % (220) dans de grandes villes et 43 % (183) dans des régions urbaines qui n'étaient pas de grandes villes.

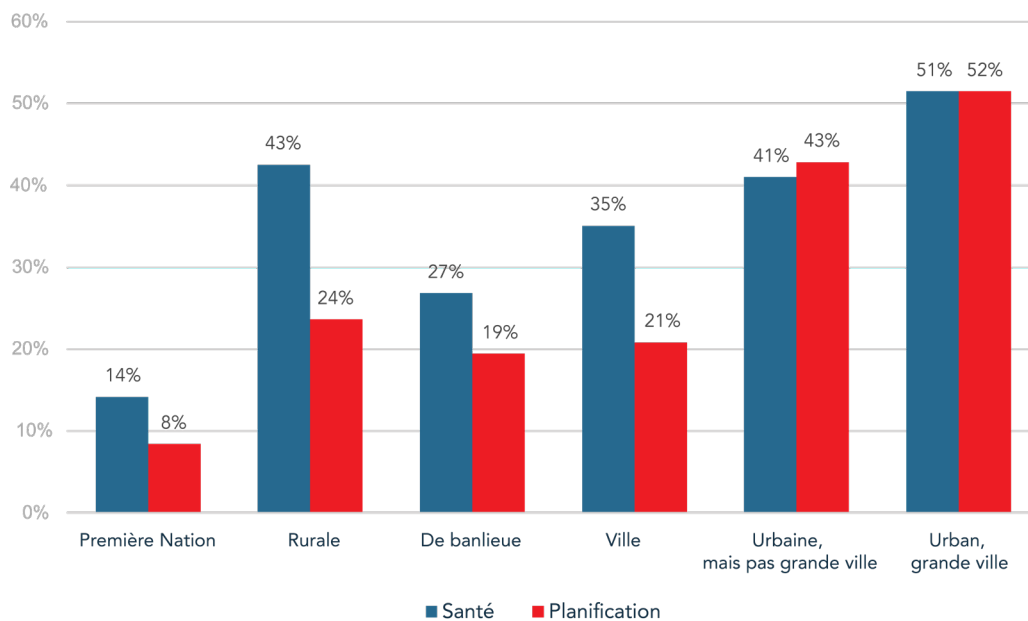
De nombreux professionnels de la santé travaillaient également dans de grandes villes en milieu urbain (51 % ou 69 répondants). Les autres principales réponses comprenaient les milieux ruraux (43 % ou 57 répondants) et les régions urbaines qui ne sont pas de grandes villes (41 % ou 55 répondants).

Seulement 8 % (36) des professionnels de la planification et 14 % (19) des professionnels de la santé ont dit travailler dans des collectivités de Premières Nations.

Les autres réponses sont résumées à la **figure 11** ci-dessous.

Figure 11 - Dans quel secteur travaillez-vous principalement? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

($n_{\text{Santé}} = 134$; $n_{\text{Planification}} = 427$)



PLANIFIER DES COLLECTIVITÉS EN SANTÉ

Fréquence du travail en santé ou en planification communautaire

Nous avons demandé aux répondants à quelle fréquence ils avaient dû régler des problèmes liés à l'autre profession au cours des deux dernières années. La **figure 12** résume leurs réponses.

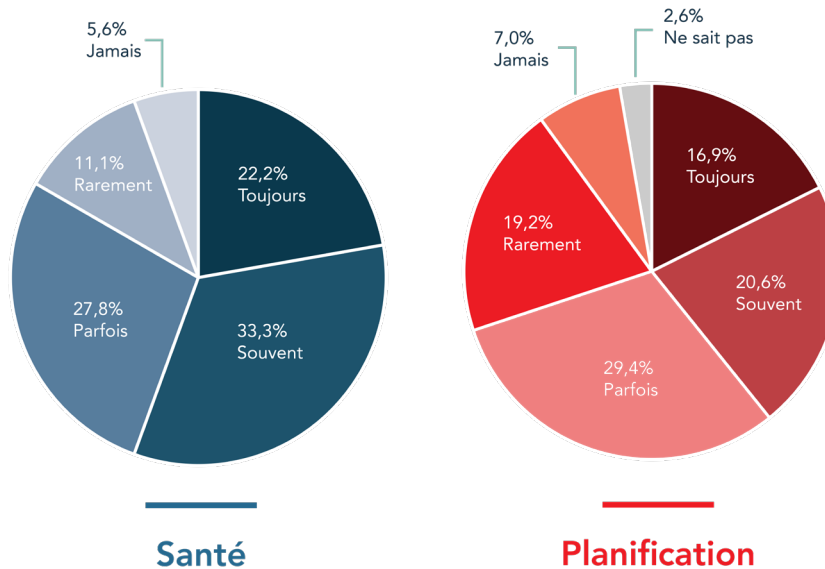
Un pourcentage plus élevé de professionnels de la santé ont dit s'être occupé de problèmes de planification communautaire que de professionnels de la planification qui ont dit avoir réglé des problèmes de santé communautaire.

Environ la moitié des professionnels de la santé sondés (60 ou 55,5 %) ont mentionné s'occuper toujours ou fréquemment de problèmes de planification communautaire, tandis que 129 ou 37,5 % des professionnels de la planification ont fait savoir qu'ils s'occupaient fréquemment ou toujours de problèmes de santé communautaire.

Parmi les professionnels de la santé, 18 ou 16,7 % ont dit régler « rarement » ou « jamais » des problèmes de planification communautaire, alors que 90 professionnels de la planification (26,2 %) ont mentionné régler rarement ou jamais des problèmes liés à la santé communautaire.

Figure 12 - Au cours des deux dernières années, à quelle fréquence avez-vous eu à traiter de questions liées à la santé ou à la planification communautaire?

($n_{\text{Santé}} = 108$; $n_{\text{Planification}} = 344$)



Besoins en santé communautaire

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer les besoins en santé communautaire les plus urgents à l'endroit où ils travaillaient principalement. Les répondants pouvaient sélectionner toutes les options qui s'appliquaient aux collectivités où ils travaillaient principalement. Leurs réponses sont résumées à la **figure 13**.

Les trois principaux besoins en santé communautaire cernés par les professionnels de la santé sont les problèmes liés au logement (92 ou 74,2 %), à la santé mentale (69 ou 55,6 %) et à la sécurité alimentaire (67 ou 54,0 %). Parmi les professionnels de la santé, 14 ou 11,3 % ont mentionné d'autres besoins en santé qui n'étaient pas indiqués dans le sondage.

Les réponses « Autre » des professionnels de la santé comprennent les suivantes :

- Équité ou accès équitable aux services de soins de santé et aux fournisseurs de soins de santé (4)
- Qualité ou pollution de l'air (2)
- Activité physique et bien-être (2)
- Transport actif (1)
- Toxicomanie (1)
- Logements abordables (1)
- Garde d'enfants (1)
- Maladies chroniques (1)
- Parcs et espaces verts (1)
- Protection contre les maladies transmissibles (1)

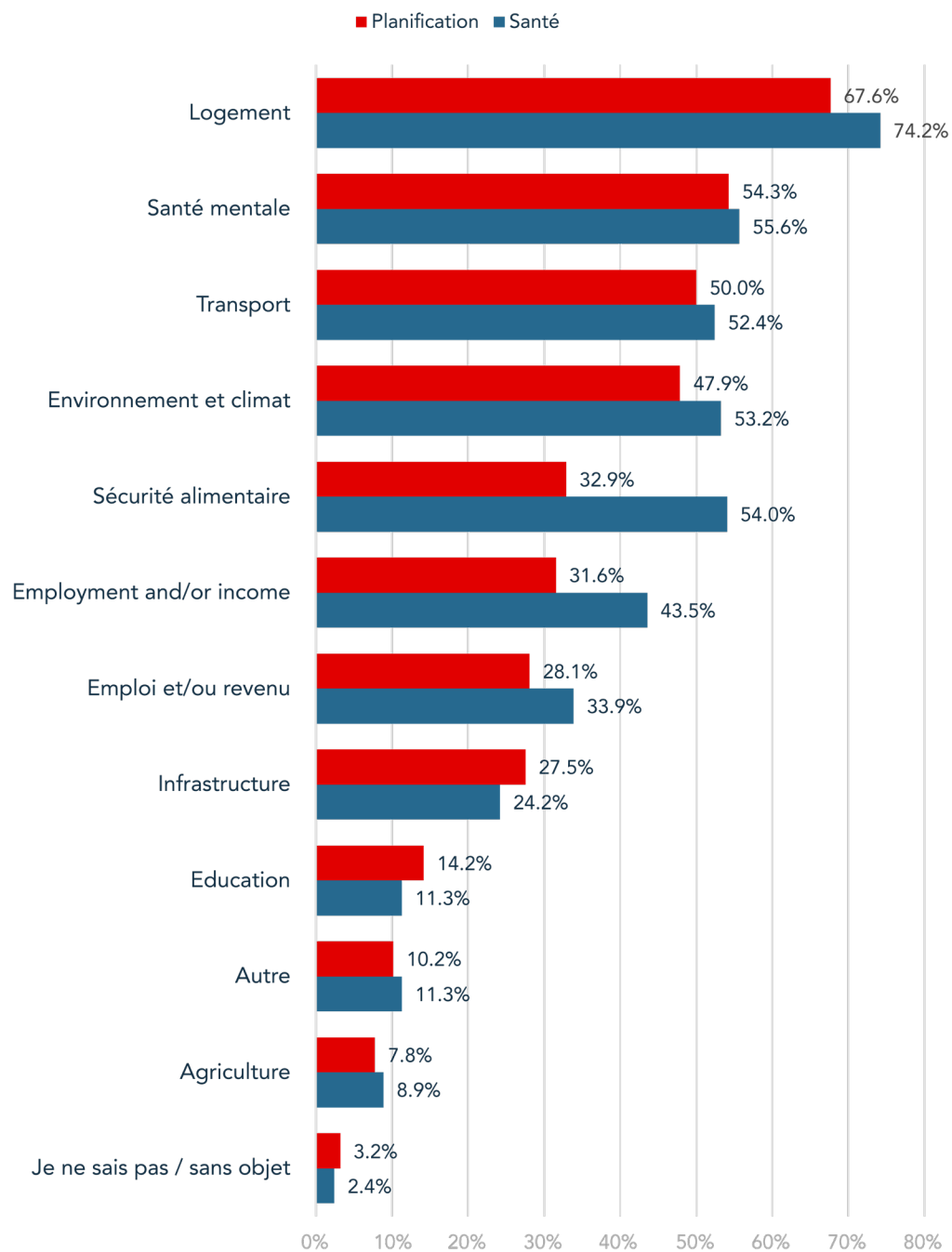
Les trois principaux besoins en santé communautaire mentionnés par les professionnels de la planification sont les problèmes liés au logement (253 ou 67,6 %), à la santé mentale (203 ou 54,3 %) et au transport (187 ou 50,0 %). Parmi les professionnels de la planification, 38 ou 10,2 % ont souligné d'autres besoins en santé communautaire qui ne faisaient pas partie du sondage.

Les réponses « Autre » des professionnels de la planification comprennent les suivantes :

- | | |
|---|---|
| ● Équité ou accès équitable aux services de soins de santé et aux fournisseurs de soins de santé (11) | ● Transport actif (2) |
| ● Activité physique, obésité, santé physique et bien-être (8) | ● Environnement bâti et accessibilité (1) |
| ● Toxicomanie (4) | ● Maladies chroniques (1) |
| ● COVID-19 et vaccin (3) | ● Pauvreté (1) |
| ● Infrastructure (sécurité routière) (3) | ● Réconciliation (1) |
| ● Planification de l'aménagement du territoire et urbanisme (3) | ● Loisirs (1) |
| ● Parcs et espaces verts (3) | ● Sécurité (1) |
| | ● Services de soutien à domicile (1) |

Figure 13 - Selon vous, quels sont les besoins les plus urgents en matière de santé communautaire là où vous travaillez principalement? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

(n_{Santé} = 124; n_{Planification} = 374)



Les répondants pouvaient préciser leurs réponses à la question précédente à un endroit prévu à cette fin. Les principaux thèmes qui sont ressortis parmi les professionnels de la santé sont les suivants :

- Questions d'équité (y compris les populations vulnérables) (16)
- La santé communautaire est tributaire du plan ou de la conception de collectivités (14)
- Il faut adopter une approche holistique pour s'attarder aux déterminants sociaux de la santé (12)
- De nombreux facteurs interreliés contribuent aux résultats en santé (12)
- Logements abordables (11)
- Améliorer l'accès aux besoins et services de base, y compris les soins de santé (7)
- Les changements climatiques représentent un grand risque pour la santé publique (7)
- Le transport actif et de meilleures options de transports en commun (5)
- Manque d'infrastructures (4)
- Améliorer la collaboration entre la santé et la planification (3)
- Évaluations des incidences sur l'environnement et la santé (2)
- Soutien de la population vieillissante (2)
- Emplacement éloigné (2)

Les principaux thèmes qui sont ressortis parmi les professionnels de la planification sont les suivants :

- Logements (abordables, plus d'options, meilleure qualité) et itinérance (64)
- Incidence des décisions de planification de l'environnement bâti et de l'aménagement du territoire et importance de la conception des collectivités pour promouvoir la santé (41)
- Améliorer les options de transport, y compris le transport actif (38)
- Plan d'action sur les changements climatiques (31)
- Problèmes de santé mentale et de toxicomanie (27)
- Investissements dans l'infrastructure là où la population vieillit ou il y a un manque de (p. ex. routes) pour améliorer la santé et la sécurité (23)
- Problèmes d'équité (y compris les populations vulnérables) (21)
- Accès aux besoins de base et aux soins de santé (19)
- Les facteurs sont tous interreliés (16)
- Sécurité alimentaire (12)

- Chômage et revenus (7)
- Répercussions économiques (6)
- Maladies chroniques (2)
- Emplacement éloigné (4)

COLLABORATION

Niveau actuel de collaboration

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer dans quelle mesure ils collaboraient ou ils interagissaient avec l'autre profession. La **figure 14** résume leurs réponses.

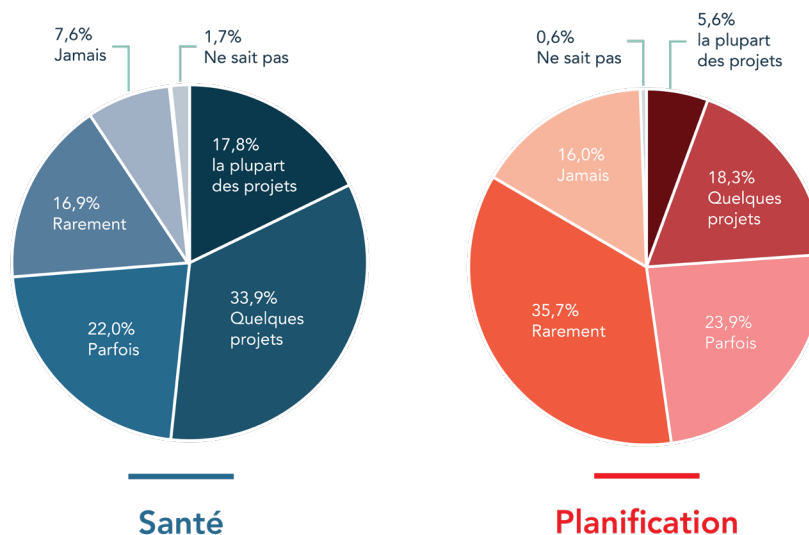
Dans l'ensemble, les professionnels de la santé ont dit collaborer ou interagir plus souvent avec des professionnels de la santé que dans la situation inverse.

Environ la moitié des professionnels de la santé sondés (61 ou 51,7 %) ont dit travailler avec des professionnels de la planification pour la plupart ou certains des projets. Par contre, seulement 23,9 % (85) des professionnels de la planification ont fait savoir qu'ils collaboraient avec des professionnels de la santé pour la plupart ou certains des projets.

Environ la moitié des professionnels de la planification sondés (184 ou 51,7 %) ont dit s'occuper rarement ou jamais de projets avec des professionnels de la santé, tandis que 29 ou 24,6 % des professionnels de la santé ont dit travailler rarement ou jamais avec des professionnels de la planification.

Figure 14 - Dans quelle mesure collaborez-vous ou interagissez-vous avec les professionnels de la planification ou de la santé?

($n_{\text{Santé}} = 118$; $n_{\text{Planification}} = 356$)



Niveau futur de collaboration

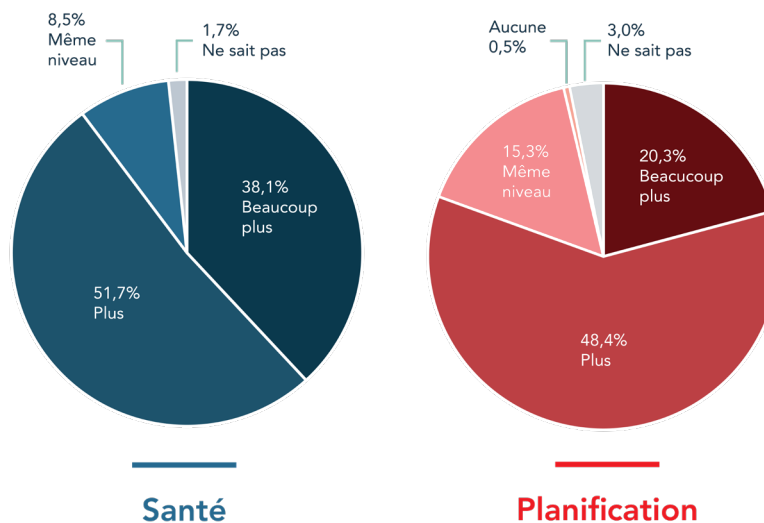
Nous avons demandé aux répondants d'indiquer quel niveau de collaboration avec l'autre profession ils aimeraient entretenir à l'avenir. Leurs réponses sont illustrées à la **figure 15**.

La plupart des répondants souhaitent accroître le niveau de collaboration. Parmi les professionnels de la santé sondés, 106 ou 89,8 % souhaitent collaborer plus ou beaucoup plus avec les professionnels de la planification à l'avenir. Aucun professionnel de la santé n'a dit souhaiter moins collaborer ou ne pas collaborer du tout.

Les réponses des professionnels de la planification sont semblables. Parmi les professionnels de la planification sondés, 287 ou 78,6 % souhaitent collaborer plus ou beaucoup plus avec les professionnels de la santé à l'avenir. Seulement deux professionnels de la planification (0,5 %) sondés ont dit ne pas vouloir collaborer avec des professionnels de la santé.

Figure 15 - Quel niveau de collaboration souhaiteriez-vous voir à l'avenir?

($n_{\text{Santé}} = 118$; $n_{\text{Planification}} = 356$)



Suggestions pour améliorer la collaboration

Les répondants ont fait des suggestions pour améliorer la collaboration à l'avenir. En raison d'une erreur administrative, nous avons posé cette question aux répondants seulement au cours de la dernière semaine du sondage (n = 35). Même si ce nombre n'est pas représentatif de l'ensemble de l'échantillon du sondage, les répondants ont fait de précieux commentaires.

Les professionnels de la santé (n = 13) ont proposé d'améliorer la collaboration comme suit :

- Appliquer l'optique de la santé et de l'équité dans les politiques publiques et de planification (4)
- Une meilleure intégration et une communication accrue entre les professions (3)
- Faire intervenir les professionnels de la santé tôt dans le processus de planification (2)
- Appliquer les données sur la santé dans les décisions de planification (1)
- Sensibiliser les planificateurs aux répercussions sur la santé des politiques de planification (1)
- Faire intervenir les planificateurs afin de créer un changement (1)

Les professionnels de la planification (n = 22) ont proposé ce qui suit :

- Une meilleure intégration et une communication accrue entre les professions (5)
- Faire participer les professionnels de la santé à des projets de planification (4)
- Financer la santé publique (2)
- Appliquer l'optique de la santé et de l'équité dans les politiques publiques et de planification (1)
- Cadres de collaboration plus faciles (1)
- Sensibiliser les planificateurs à la santé publique (1)
- Inclure les deux professions dans les équipes de projet (1)
- Aucune collaboration nécessaire (1)

Financement

La **figure 16** montre le ou les types de financement que les répondants ont dit recevoir pour leurs projets.

Les principales sources de financement qu'utilisent les professionnels de la santé sont les gouvernements provinciaux (47 ou 39,8 %) et les organisations et agences sanitaires (39 ou 33,1 %). Parmi les professionnels de la santé, 11 ou 9,3 % ont mentionné d'autres sources de financement qui n'étaient pas incluses dans le sondage.

Les réponses « Autre » des professionnels de la santé comprennent ce qui suit :

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (1)
- Financement du gouvernement fédéral (1)
- Financement d'associations professionnelles (1)
- Subventions (2)
- Petites fondations d'entreprise (1)
- Subventions du gouvernement provincial ou fédéral (1)
- Financement indirect grâce à des partenariats (1)
- Financement limité par l'entremise des budgets de santé publique (1)

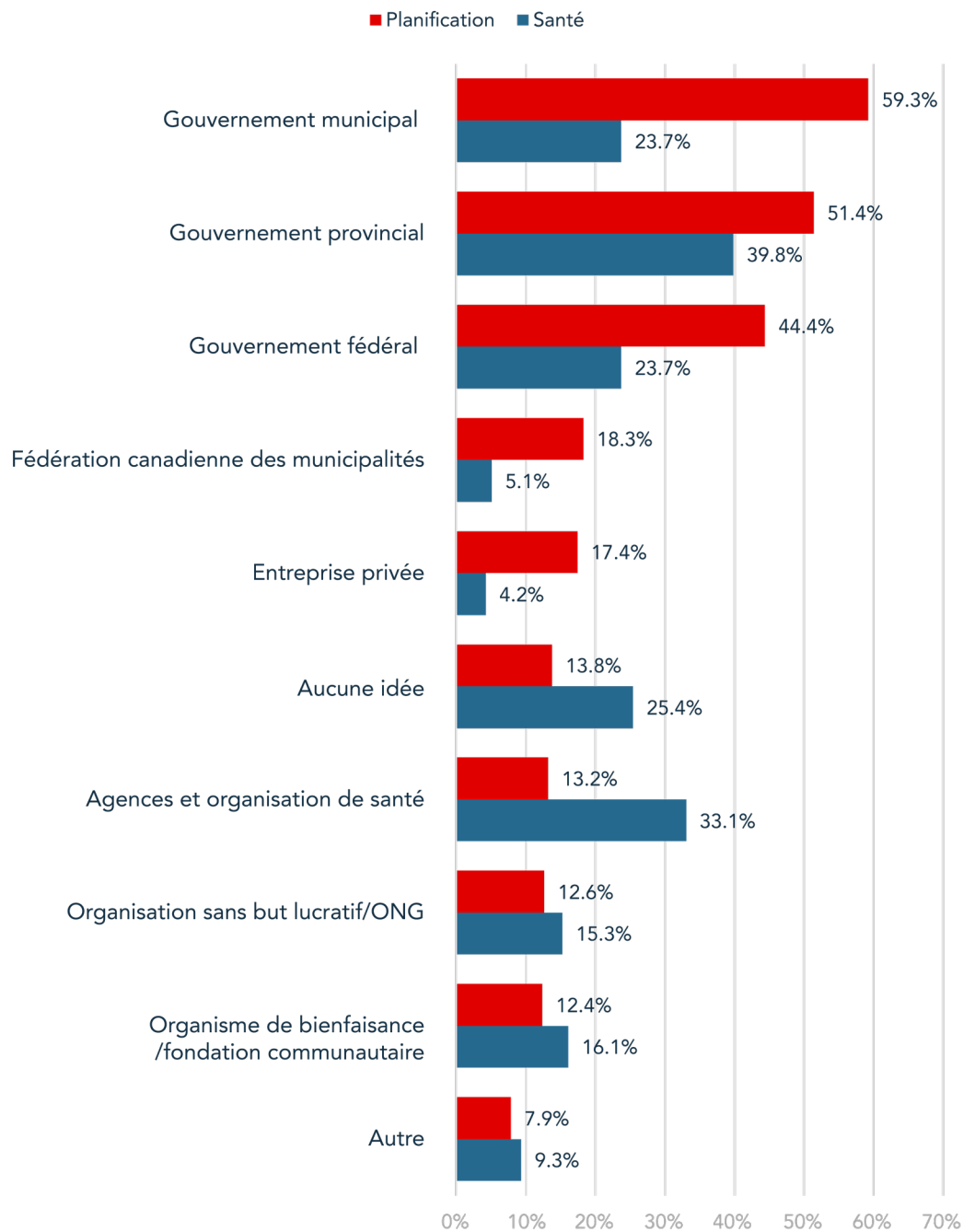
Les trois principales sources de financement qu'utilisent les professionnels de la planification sont les administrations gouvernementales des trois niveaux : administration municipale (211 ou 59,3 %), gouvernement provincial (183 ou 51,4 %) et gouvernement fédéral (158 ou 44,4 %). Parmi les professionnels de la planification, 28 ou 7,9 % ont recours à des sources de financement qui ne faisaient pas partie du sondage.

Les réponses « Autre » des professionnels de la santé comprennent les suivantes :

- Société régionale de transport (6)
- Administration régionale (2)
- Organisme régional (1)
- Financement d'un gouvernement des Premières Nations ou d'une bande (4)
- Partenaires universitaires ou subventions de recherche (3)
- Organismes de transport américains (FHWA, ND DOT, MN DOT) (2)
- RSPN (entente de financement signée par le Canada) (1)
- Subventions (1)
- Agence de logement (1)
- MITACS (1)
- Dons privés (1)
- Organisations professionnelles (Association des transports du Canada) (1)

Figure 16 - Quels types de financement avez-vous reçus pour vos projets? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

(n_{Santé} = 118; n_{Planification} = 356)



OUTILS ET MISE EN OEUVRE

Nous avons posé aux répondants une série de questions sur les outils de santé et de planification, les politiques, les cadres et les stratégies qu'ils avaient utilisés par le passé. Les répondants devaient également donner leur opinion sur l'efficacité générale de ces outils pour améliorer l'intégration entre la santé et la planification ainsi que pour créer des répercussions positives sur la santé. Cet ensemble de questions se termine par celle où nous avons demandé aux répondants d'indiquer les ressources qui leur seraient les plus utiles pour réagir aux répercussions sur la santé communautaire.

Politiques et cadres sur la santé

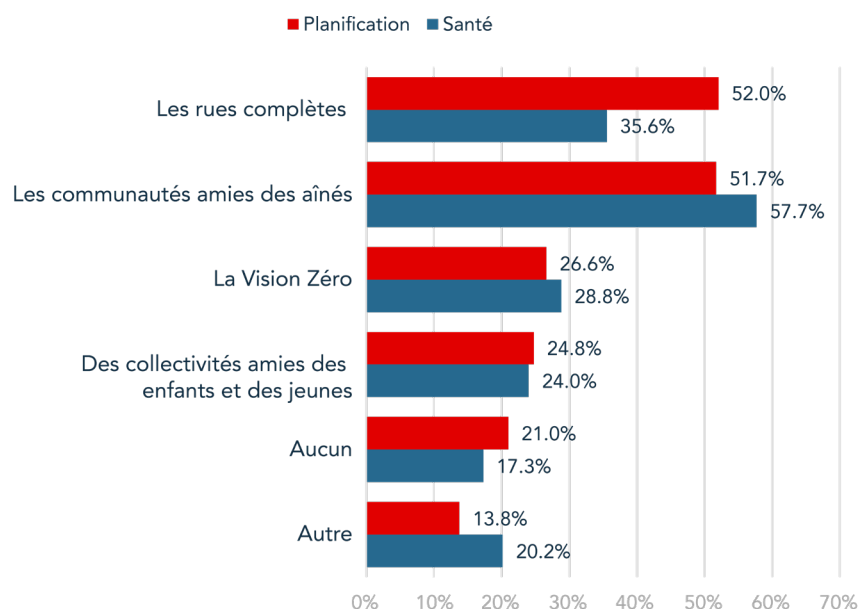
La **figure 17** illustre les politiques et cadres sur la santé que les répondants ont indiqués comme étant ceux que leur municipalité ou leur région avait adoptés officiellement.

Les politiques et cadres communautaires adaptés aux aînés étaient la principale réponse, tant des professionnels de la santé (60 ou 57,7 %) que des professionnels de la planification (165 ou 51,7 %). Les rues complètes étaient une autre réponse importante des professionnels de la planification (166 ou 52,0 %).

Au total, 17,3 % (18) des professionnels de la santé et 21,0 % (67) des professionnels de la planification ont mentionné qu'aucun cadre ou politique n'était adopté officiellement dans leur municipalité et/ou région.

Figure 17 - Quelles politiques et quels cadres de santé sont officiellement adoptés dans votre municipalité et/ou votre région? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

(n_{Santé} = 104; n_{Planification} = 319)



Vingt-et-un répondants ou 20,2 % des professionnels de la santé ont fait état d'autres politiques et cadres sur la santé qui n'étaient pas inclus dans ce sondage, notamment :

- Ne sait pas (5)
- Varie dans l'ensemble de la municipalité (3)
- Environnement bâti sain (2)
- Action climatique (2)
- Plan de transport actif (2)
- Évaluation/stratégie de logement (2)
- Collectivité sécuritaire (1)
- Collectivité sensible aux besoins des personnes atteintes de démence (1)
- Cadre d'équité (1)
- Saine alimentation (1)
- Bébé et enfants en santé (1)
- Évaluation des incidences sur la santé (1)
- Savoir-faire physique (1)
- Stratégie de réduction de la pauvreté (1)
- Adaptation de l'utilisation des rues (liée à la COVID) (1)
- Politique sur le tabagisme, le vapotage et le cannabis (1)

Parmi les professionnels de la planification, 44 ou 13,8 % ont mentionné d'autres politiques et cadres sur la santé qui n'étaient pas inclus dans ce sondage, notamment :

- Transport actif et sécurité routière (8)
- Action climatique, conservation, norme écologique (8)
- Ville ou collectivités en santé (6)
- Accessibilité (3)
- Collectivités adaptées aux enfants et stratégie de jeu (3)
- Sécurité alimentaire (2)
- Plan communautaire officiel (2)
- Stratégie adaptée aux aînés (y compris une stratégie sensible aux besoins des personnes atteintes de démence) (6)
- Stratégie de logements abordables et d'itinérance (5)
- Ne sait pas (4)
- Durabilité sociale (2)
- Stratégie de santé des Autochtones (1)
- Plan d'action contre les surdoses (1)
- Stratégie de réduction de la pauvreté (1)
- Stratégie de résilience (1)

Outils de planification

Expérience antérieure des outils de planification

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer quel type d'outils de planification ils avaient utilisés pour intégrer la santé communautaire et la planification au cours des deux dernières années. Leurs réponses sont illustrées à la **figure 18**.

Les outils les plus courants qu'utilisent tant les professionnels de la santé que les professionnels de la planification sont les plans officiels (santé : 57,5 %; planification : 66,1 %) et les plans directeurs et stratégies de transport (santé : 44,3 %; planification : 42,1 %).

Les professionnels de la santé ont répondu qu'ils utilisaient couramment des évaluations des incidences sur la santé pour intégrer la santé communautaire et la planification (44 ou 41,5 %). Toutefois, seulement 40 ou 12,1 % des professionnels de la planification ont dit se servir de cet outil.

Les outils les moins souvent utilisés par les professionnels de la santé sont les accords de développement ou les ordonnances de modification (4 ou 3,8 %) et les codes de construction (6 ou 5,7 %).

Parmi les professionnels de la santé, 12 ou 11,3 % ont dit utiliser d'autres outils pour intégrer la santé communautaire et la planification, notamment :

- Plans de transport actif (3);
- Plans sur les changements climatiques (2).

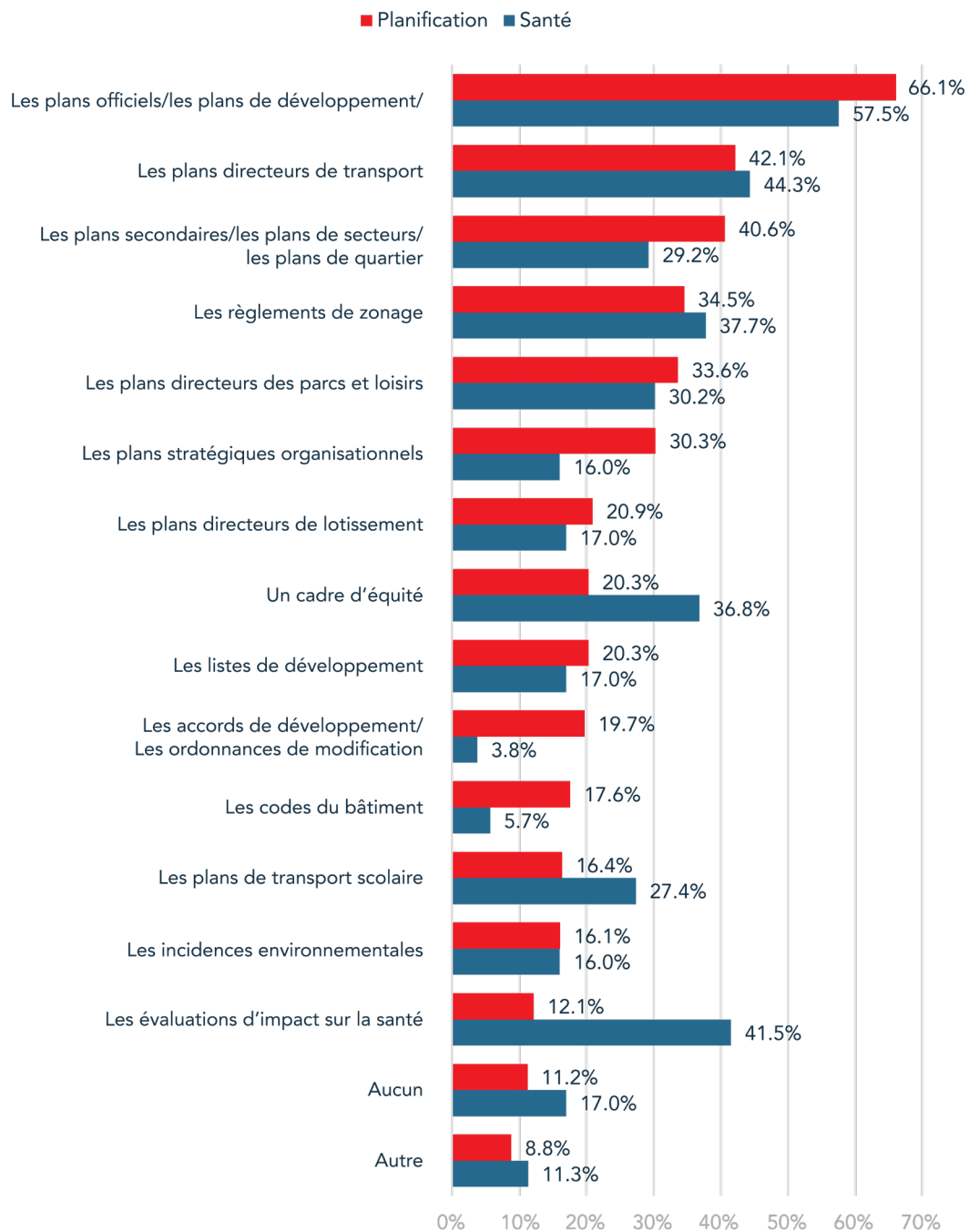
Parmi les professionnels de la planification, 29 ou 8,8 % ont dit employer d'autres outils, notamment :

- Plans de transport actif (2);
- Trousses d'outils de planification (2);
- Plans de santé (2).

Au total, 11,2 % (37) des professionnels de la planification et 17,0 % (18) des professionnels de la santé n'utilisent aucun outil pour intégrer la santé communautaire et la planification.

Figure 18 - Au cours des deux dernières années, quel type d'outils de planification avez-vous utilisés pour intégrer la santé communautaire et la planification? (Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)

(n_{Santé} = 106; n_{Planification} = 330)



En outre, nous avons demandé aux répondants de décrire comment ils utilisaient les outils susmentionnés pour s'occuper de la santé communautaire. Trente-huit professionnels de la santé et 126 professionnels de la planification ont répondu. Quatorze professionnels de la santé ont dit faire des commentaires sur les outils. D'autres professionnels de la santé ont dit employer des outils pour :

- Améliorer le transport actif ou les transports en commun (4);
- Effectuer une analyse de l'équité à l'aide des outils (3);
- Collaborer à des projets (2);
- Participer à la défense des intérêts politiques (2).

Les professionnels de la planification ont dit se servir des outils de planification susmentionnés pour régler des problèmes de santé communautaire en mettant à jour ou en instaurant ce qui suit :

- Plans de transport actif (23);
- Analyses de l'équité des plans et politiques (12);
- Plans des espaces publics (5);
- Plans des parcs et loisirs (4);
- Conception de quartiers (densité, combinaison d'aménagement du territoire) (3);
- Plans de logements (abordables, accessibles, etc.) (3);
- Plans sur les changements climatiques (3);
- Stratégies de gestion des eaux ruissellement (3).

Efficacité des outils de planification

Sur une échelle allant de pas du tout à extrêmement efficace, les répondants devaient classer l'efficacité de 14 outils de planification pour obtenir des résultats liés à la santé dans leur collectivité. Le **tableau 2** résume les outils de planification les plus et les moins efficaces qui ont été retenus par chaque type de professionnels. La **figure 19** illustre les cotes accordées à chaque outil de planification par chacune des professions.

Tableau 2: Efficacité des outils de planification

	Santé	Planification
Les plus efficaces ⁵	Évaluations des incidences sur la santé (59,5 %)	Évaluations des incidences sur la santé (46,5 %)
	Planification du transport scolaire (53,3 %)	Plans directeurs et stratégies de transport (44,4 %)
	Plans secondaires / de zones / de quartiers (52,6 %)	Plans officiels (y compris les équivalents provinciaux ou territoriaux) (42,7 %)
Les moins efficaces ⁶	Plans de subdivision (27,8 %)	Plans de subdivision (23,9 %)
	Accords de développement / ordonnances de modification (20,3 %)	Plans stratégiques d'entreprise (20,6 %)
	Plans stratégiques d'entreprise (18,4 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (18,1 %)

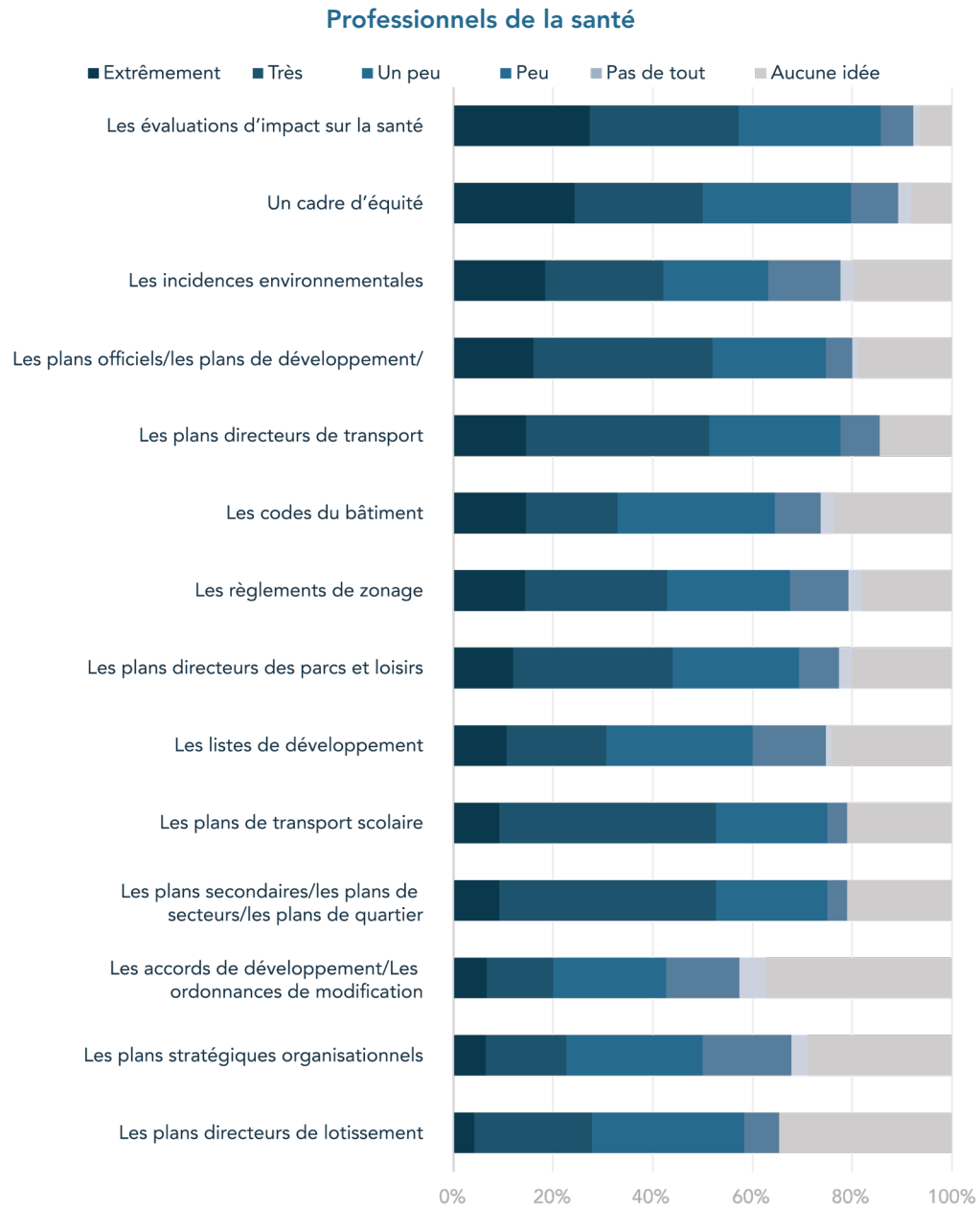
Neuf professionnels de la santé et 50 professionnels de la planification ont choisi « Autre ». Les réponses des professionnels de la planification comprennent ce qui suit :

- Lignes directrices sur la conception (4);
- Planification adaptée aux aînés (3);
- Planification de l'environnement (3).

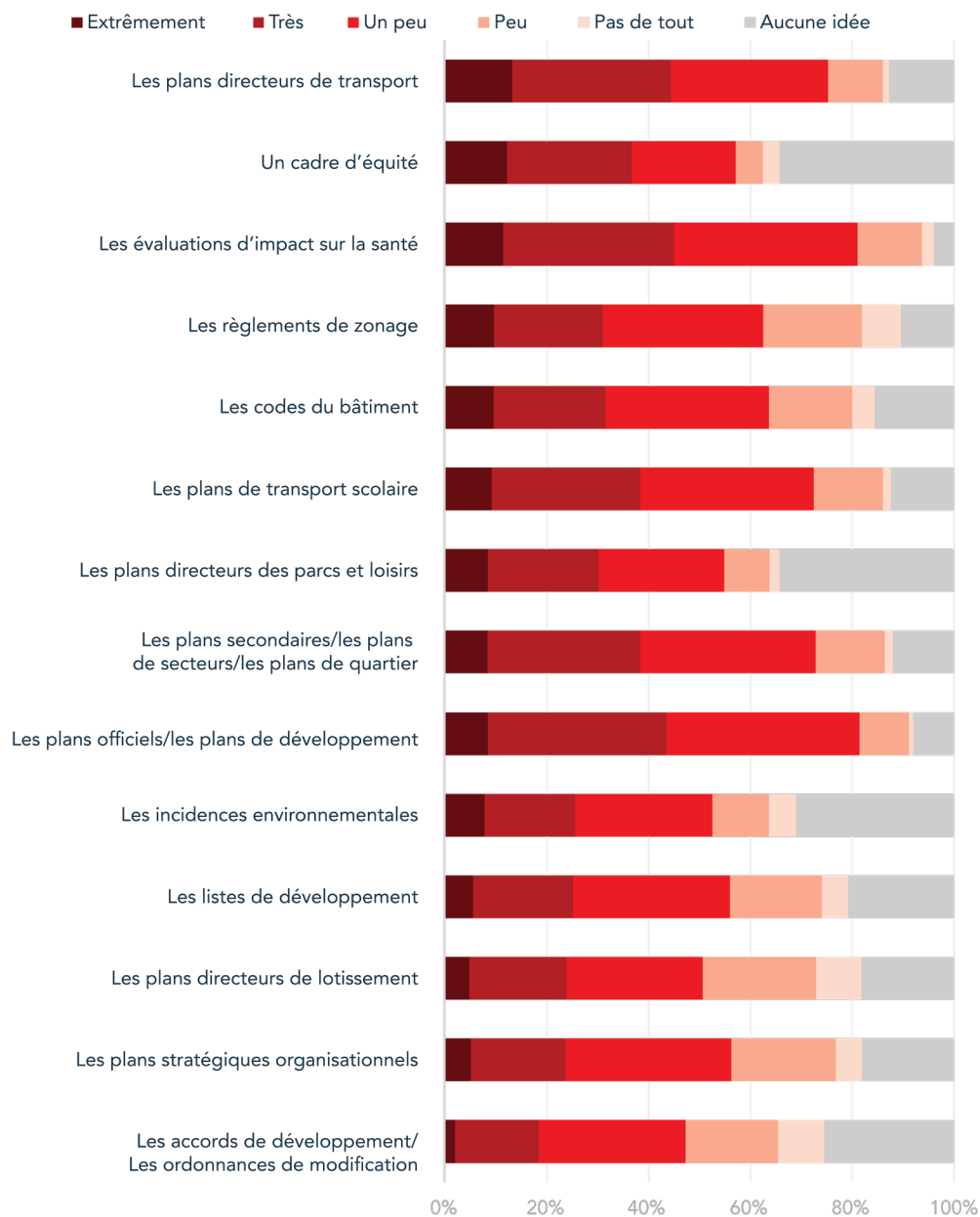
⁵ Selon le pourcentage *le plus élevé* des répondants qui ont choisi extrêmement efficace ou très efficace.

⁶ Selon le pourcentage *le moins élevé* des répondants qui ont choisi extrêmement efficace ou très efficace.

Figure 19 - Selon vous, dans quelle mesure les outils de planification suivants sont-ils efficaces pour traiter les résultats liés à la santé dans votre communauté?



Professionnels de la planification



Possibilités d'améliorations

Sur une échelle allant d'aucune possibilité à la plus grande possibilité, les répondants devaient également indiquer dans quel domaine ils voyaient les plus grandes possibilités d'améliorer l'intégration entre la planification et la santé. Le **tableau 3** résume les outils de planification que les professionnels de la santé et les professionnels de la planification ont cotés comme offrant le plus et le moins de possibilités d'améliorer l'intégration. La **figure 20** illustre les cotes accordées à chaque outil de planification par chacune des professions.

Tableau 3: Possibilités d'améliorer l'intégration

	Santé	Planification
La plus grande possibilité ⁷	Évaluations des incidences sur la santé (94,6 %)	Évaluation des incidences sur la santé (94,7 %)
	Plans directeurs et stratégies de transport (89,0 %)	Plans officiels (y compris les équivalents provinciaux ou territoriaux) (93,2 %)
	Cadre d'équité (88,9 %)	Cadre d'équité (89,5 %)
La moindre grande possibilité ⁸	Plans stratégiques d'entreprise (61,5 %)	Codes de construction (60,4 %)
	Accords de développement / ordonnances de modification (39,7 %)	Plans stratégiques d'entreprise (59,7 %)
	Codes de construction (55,4 %)	Accords de développement / ordonnances de modification (55,8 %)

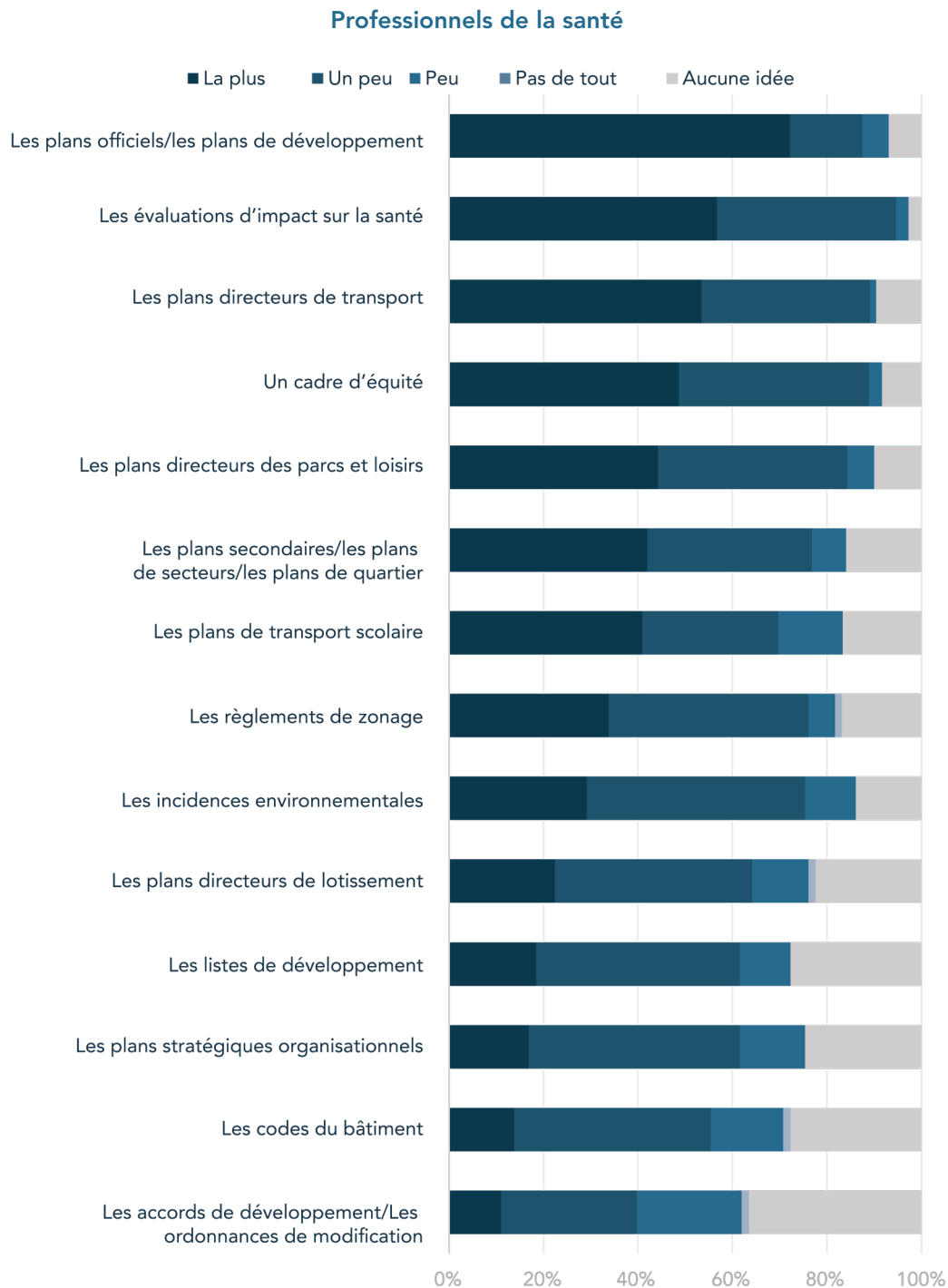
Six professionnels de la santé et 29 professionnels de la planification ont choisi « Autre ». Deux des professionnels de la santé ont dit qu'ils jugeaient que la plus grande possibilité était en planification de l'environnement. Les réponses des professionnels de la planification comprennent les suivantes :

- Collaboration avec des professionnels des soins de santé (3);
- Lignes directrices sur la conception ou l'aménagement (3);
- Planification de l'environnement (3);
- Planification adaptée aux aînés (2).

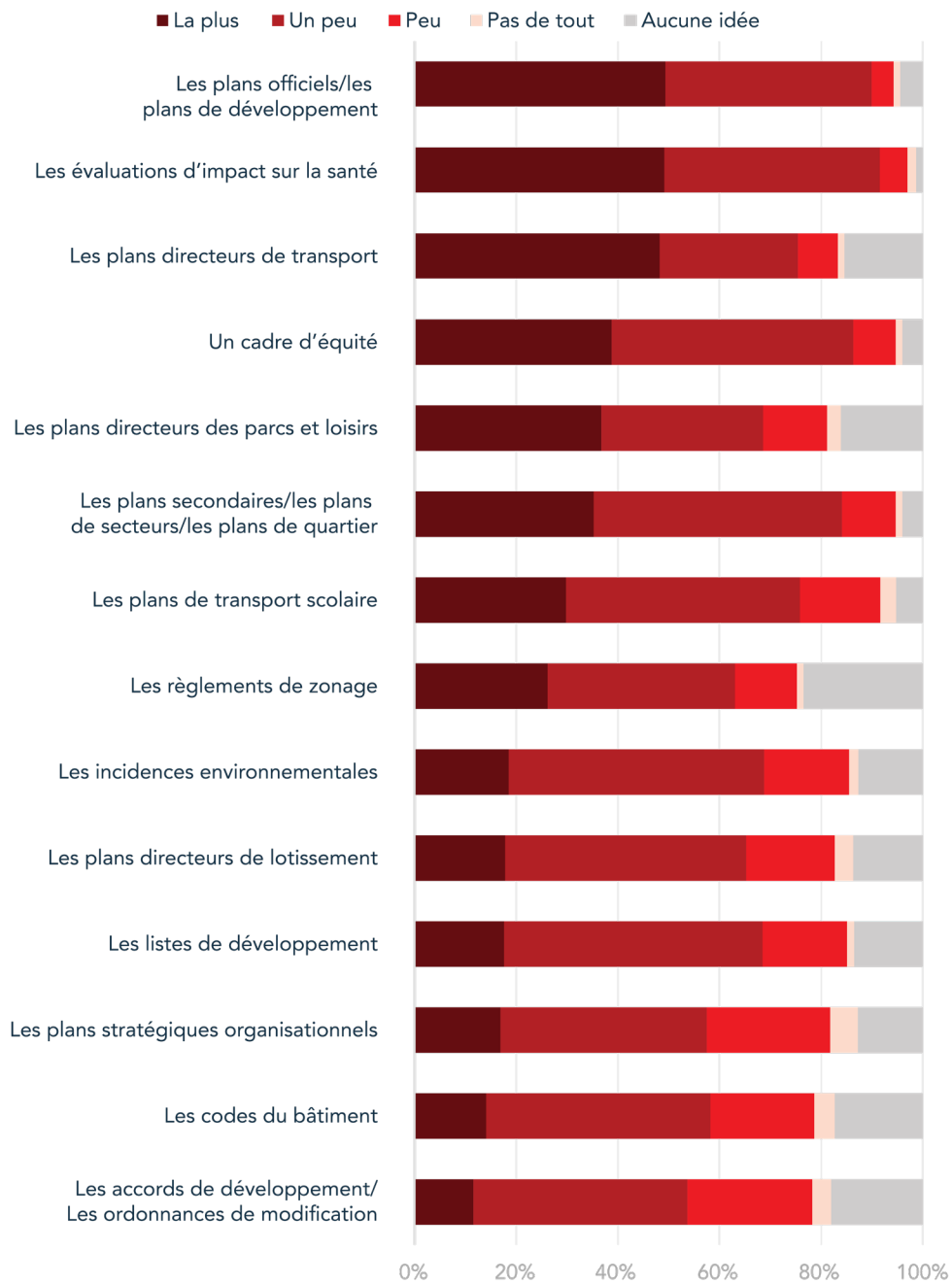
⁷ Selon le pourcentage *le plus* élevé de répondants qui ont choisi la plus grande ou une certaine possibilité.

⁸ Selon le pourcentage *le moins* élevé de répondants qui ont choisi la plus grande ou une certaine possibilité.

Figure 20 - Selon vous, quelles sont les meilleures possibilités d'améliorer l'intégration entre la santé et la planification?



Professionnels de la planification



Stratégies sur l'environnement bâti

Sur une échelle allant de pas du tout efficace à extrêmement efficace, les répondants devaient classer l'efficacité des stratégies sur l'environnement bâti pour créer des répercussions positives sur la santé. Le **tableau 4** résume les stratégies sur l'environnement bâti que les professionnels de la santé et les professionnels de la planification ont cotées comme étant les plus et les moins efficaces afin de créer des répercussions positives sur la santé. La **figure 21** illustre les cotes que les membres de chaque profession ont accordées à chaque stratégie sur l'environnement bâti.

Tableau 4: Efficacité des stratégies sur l'environnement bâti

	Santé	Planification
La plus efficace ⁹	Aménagements pour les piétons et création de communautés piétonnes (85,3 %)	Aménagements pour les piétons et création de communautés piétonnes (93,2 %)
	Parcs et sentiers (79,6 %)	Parcs et sentiers (86,5 %)
	Plans de réduction de la pauvreté (70,2 %)	Infrastructures cyclables (76,5 %)
La moins efficace ¹⁰	Plans et stratégies en matière de changements climatiques (48,3 %)	Plans et stratégies en matière de changements climatiques (41,4 %)
	Stratégies de croissance régionale (42,4 %)	Stratégies de croissance régionale (30,2 %)
	Réglementation fondée sur la forme (14,0 %)	Réglementation fondée sur la forme (25,6 %)

Dix professionnels de la santé et 32 professionnels de la planification ont choisi « Autre ». Deux des professionnels de la santé ont dit que les stratégies de logement abordable étaient importantes, tandis que deux autres ont mentionné qu'une approche exhaustive comprenant de nombreuses options était la manière la plus efficace d'améliorer la santé.

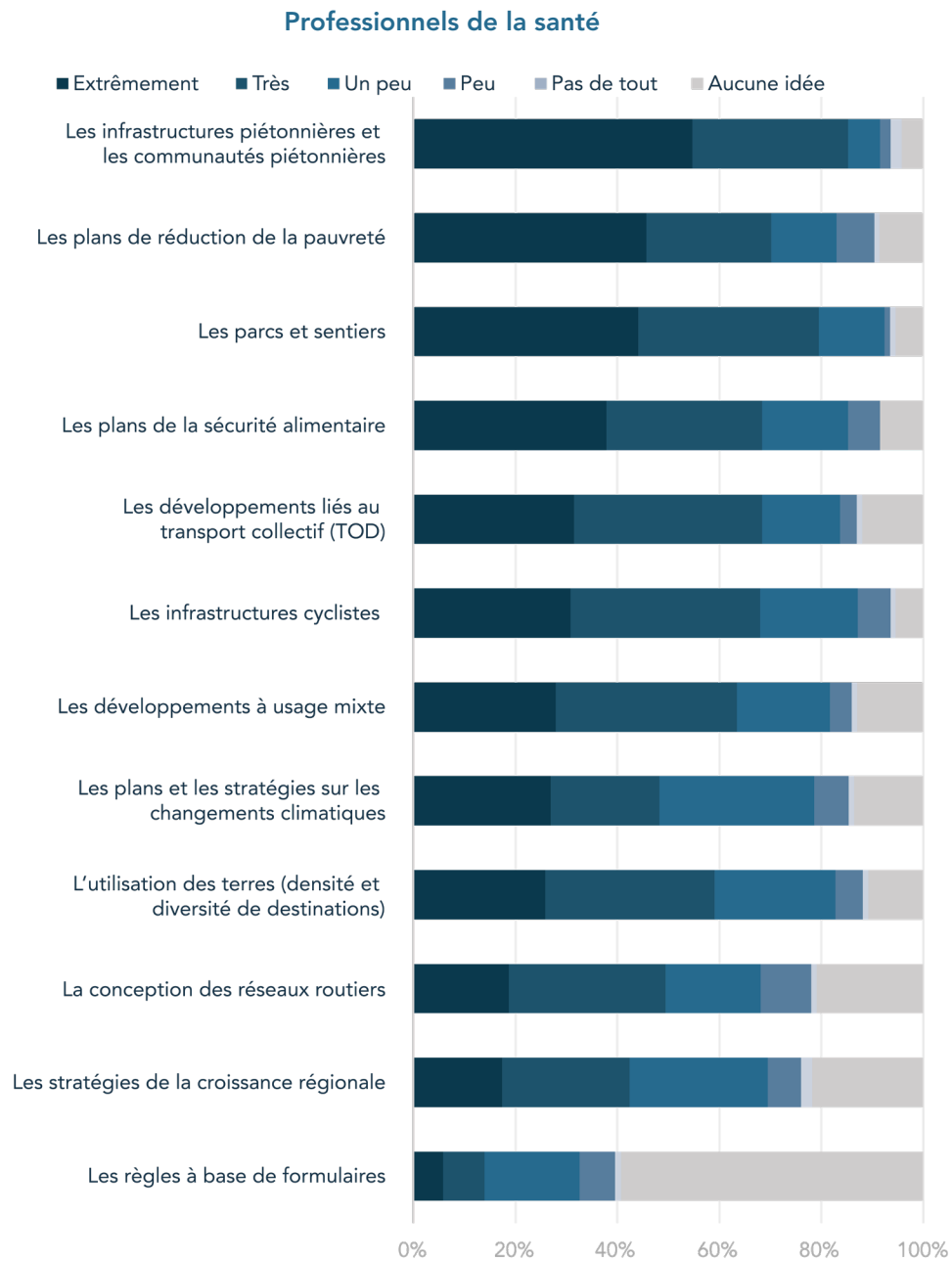
Les réponses « Autre » des professionnels de la planification comprennent ce qui suit :

- ◆ Infrastructure verte (7);
- ◆ Conception accessible (4);
- ◆ Planification de l'espace public (4);
- ◆ Modération de la circulation (2).

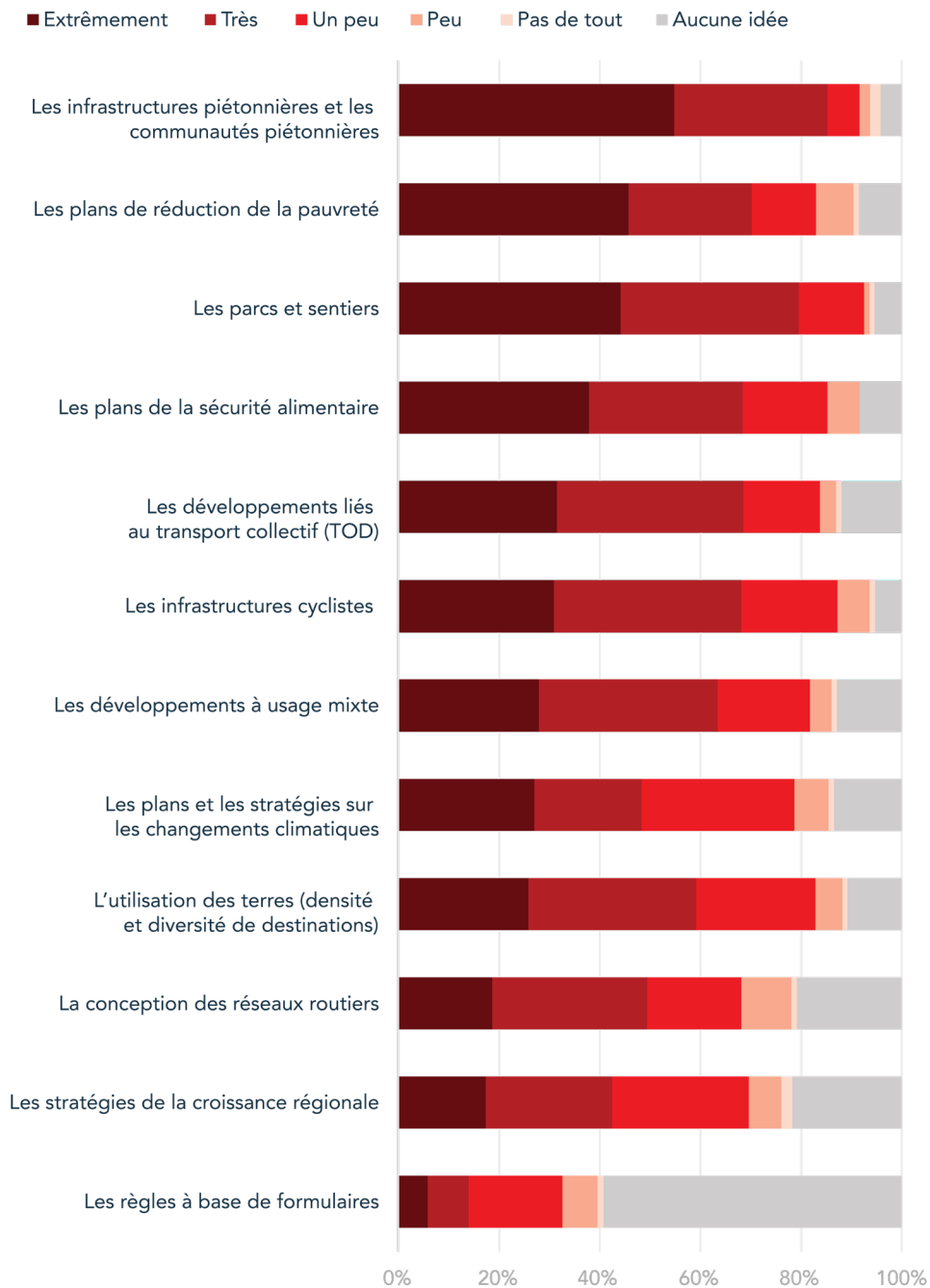
⁹ Selon le pourcentage *le plus élevé* de répondants qui ont choisi extrêmement ou très efficace.

¹⁰ Selon le pourcentage *le plus faible* de répondants qui ont choisi extrêmement ou très efficace.

Figure 21 - À votre avis, dans quelle mesure les stratégies suivantes en matière d'environnement bâti sont-elles efficaces pour créer des effets positifs sur la santé?



Professionnels de la planification



Ressources

Sur une échelle allant de pas du tout utile à extrêmement utile, les répondants devaient classer les huit ressources pour indiquer celle qui aiderait le plus leur organisation à s'attarder aux répercussions sur la santé. La **figure 21** illustre les cotes de chaque ressource selon la profession.

Les professionnels de la santé et les professionnels de la planification ont tous deux indiqué que les possibilités de partenariat interdisciplinaire ou intersectoriel (santé : 71,0 %; planification : 62,7 %) ainsi que les ateliers et la formation destinés aux professionnels (santé : 67,0 %; planification : 67,6 %) étaient les deux principales ressources¹¹. La troisième ressource la plus utile, selon les répondants, se composait des outils d'analyse coûts avantages destinés aux professionnels de la santé (59,3 %) et des boîtes à outils (p. ex. un guide avec des ressources et des modèles pertinents) à l'intention des professionnels de la planification (62,7 %).

Les guides d'autoévaluation et de préparation ont été classés comme étant la ressource la moins utile par les professionnels de la santé (36,7 %) et les professionnels de la planification (36,8 %).

Onze professionnels de la santé ont choisi « Autre ». Voici certaines de leurs réponses :

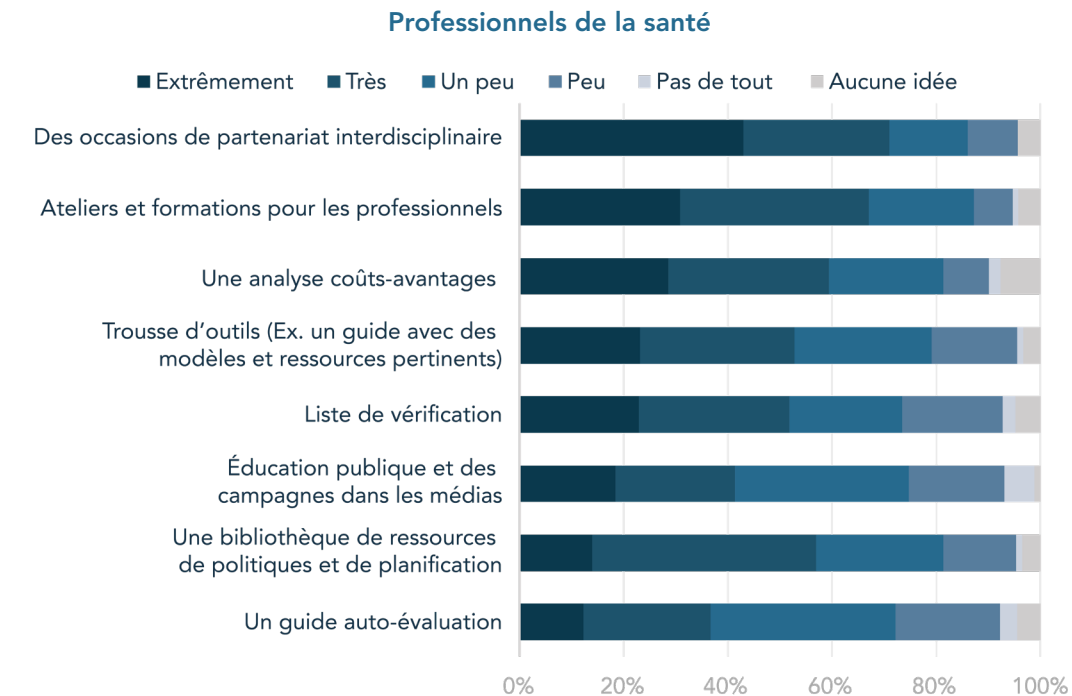
- Critères de santé pour évaluer les projets (3);
- Formation et éducation (2).

Trente-deux professionnels de la planification ont choisi « Autre ». Leurs réponses comprennent les suivantes :

- Loi ou autres exigences pour inclure la santé (7);
- Formation et éducation (destinée aux planificateurs, aux dirigeants élus ou aux promoteurs) (6);
- Soutien des projets par le personnel (3);
- Exemples d'approches et de projets efficaces (3);
- Critères de santé pour évaluer les projets (2).

¹¹ Selon le pourcentage le plus élevé des répondants qui ont choisi extrêmement ou très utile.

Figure 22 - Quelles ressources seraient les plus utiles à votre organisation pour faire face à aux impacts sur la santé des communautés?



COMPRENDRE LES OBSTACLES

Niveau de participation aux projets

La **figure 23** montre le niveau de participation des répondants à des projets selon la profession.

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer leur niveau de participation (aucune rétroaction jusqu'à la mise en œuvre des plans et des politiques) pendant quatre phases des projets (propositions de plans, politiques et projets; élaboration de politiques; développement de projets et examen de la conception; et résultats de projets). Les répondants pouvaient choisir toutes les options qui s'appliquaient à eux.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les professionnels de la santé ont tendance à participer davantage aux premières phases des projets (c.-à-d. proposition de projets et élaboration de politiques) qu'aux phases ultérieures. Ils ont surtout fait des commentaires sur la proposition de projets (72 %) et l'élaboration de politiques (59 %). Les professionnels de la santé n'étaient pas susceptibles de participer à l'approbation des plans et des politiques (de 4 à 6 %) pour toutes les phases ou durant la mise en œuvre d'un plan ou d'une politique (de 9 à 12 %).

PROFESSIONNELS DE LA PLANIFICATION

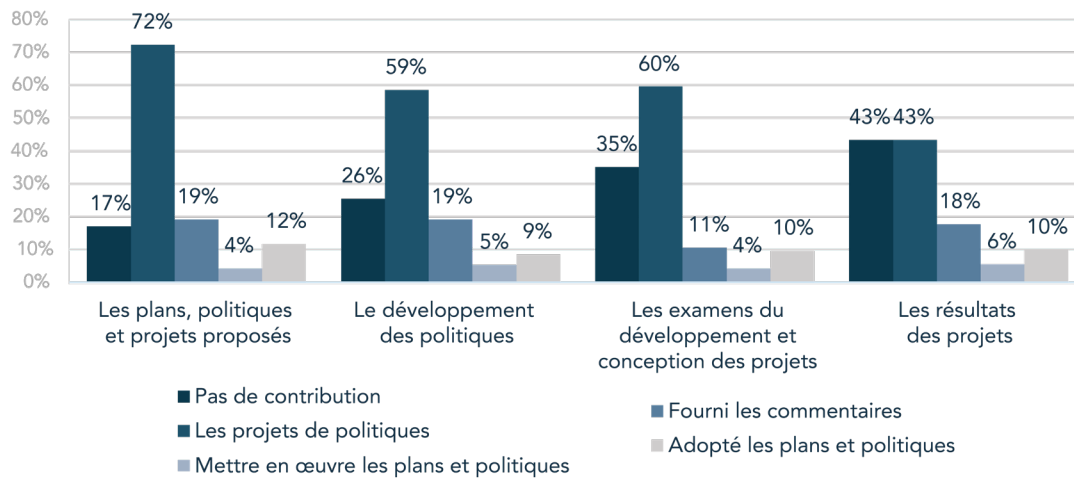
Le niveau de participation des professionnels de la planification avait tendance à être plus élevé que celui des professionnels de la santé à toutes les phases des projets.

Les professionnels de la planification ont dit participer bien plus que les professionnels de la santé à la mise en œuvre des plans et des politiques, les pourcentages allant de 28 à 41 % pour l'ensemble des phases des projets. Les professionnels de la planification jouaient également une part bien plus active lors de la conception et de la rédaction des politiques (de 43 à 67 %) que les professionnels de la santé (de 11 à 19 %).

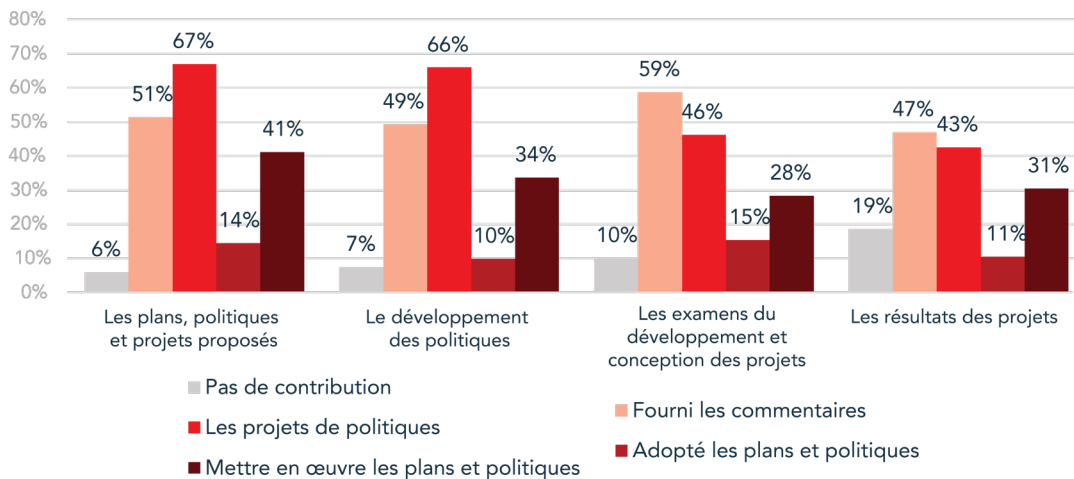
Figure 23 - Quel est votre niveau d'implication dans les processus suivants? (Pour chaque type de processus, veuillez sélectionner le niveau de participation qui s'applique)

(n_{Santé} = 88; n_{Planification} = 284)

Professionnels de la santé



Professionnels de la planification



Obstacles

Obstacles à l'intégration

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer les trois principaux obstacles qu'ils doivent surmonter quand ils essaient d'intégrer la santé communautaire et la planification dans leur travail et leurs projets. La **figure 24** résume les réponses des professionnels de la santé et de la planification.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les trois principaux obstacles mentionnés par les professionnels de la santé sont : les silos interministériels (50 ou 53,8 %), peu ou pas de volonté politique (42 ou 45,2 %) et ne fait pas partie du rôle principal ou du mandat de l'organisation (41 ou 44,1 %).

Neuf professionnels de la santé ou 9,7 % d'entre eux ont indiqué d'autres obstacles. Leurs réponses comprennent les suivantes :

- des priorités concurrentielles (c.-à-d. vision zéro par rapport aux politiques sur le mouvement des marchandises) (3);
- la pénurie de ressources (2).

PROFESSIONNELS DE LA PLANIFICATION

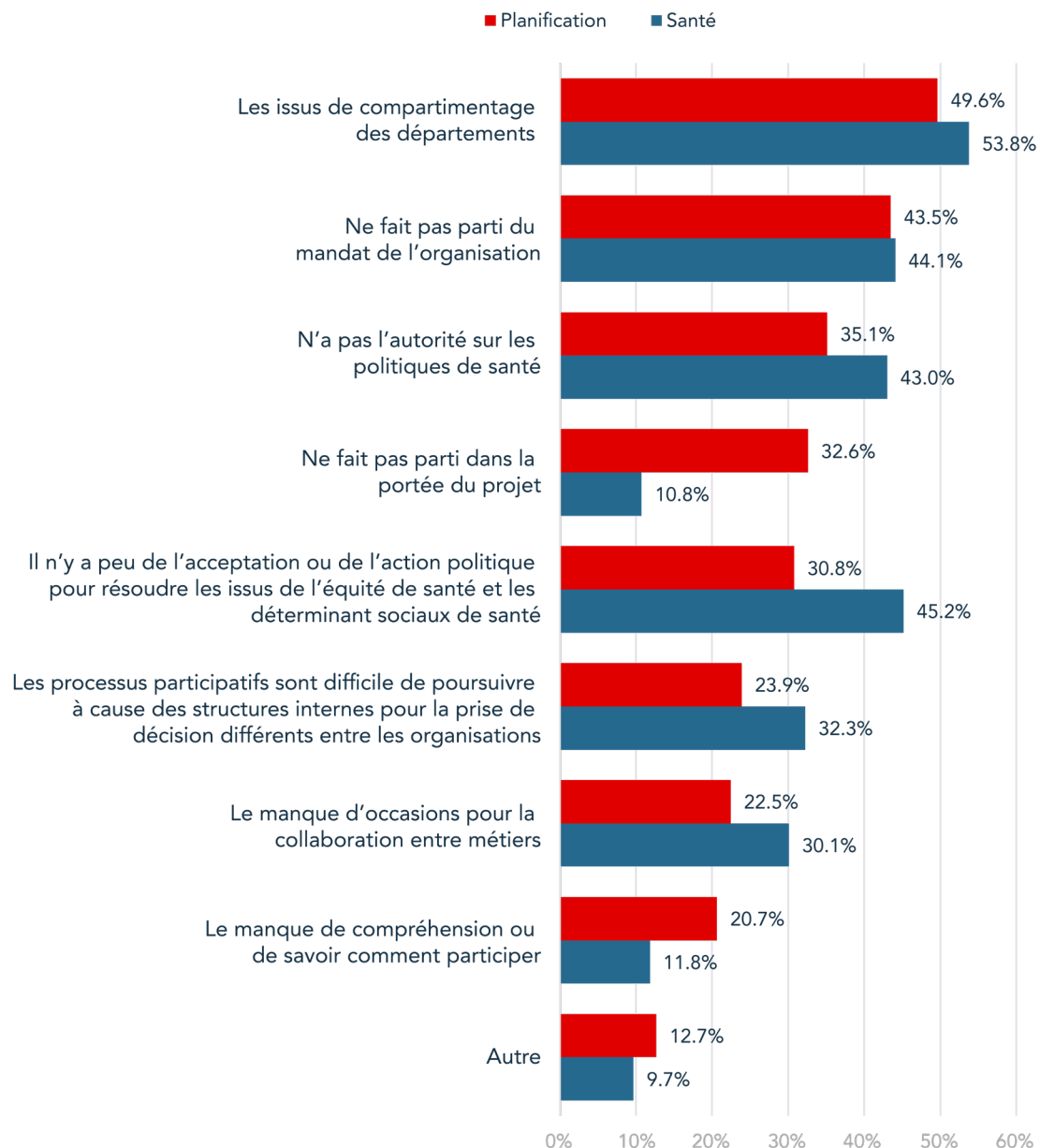
Les trois principaux obstacles relevés par les professionnels de la planification sont : les silos interministériels (137 ou 49,6 %), ne fait pas partie du rôle principal ou du mandat de l'organisation (120 ou 43,5 %) et n'a pas compétence sur les politiques qui ont un impact sur la santé (97 ou 35,1 %).

Parmi les professionnels de la planification, 35 ou 12,7 % ont indiqué d'autres obstacles. Leurs réponses comprennent les suivantes :

- différents niveaux de compétence (6);
- le manque de soutien de la direction (5);
- le manque de financement ou de ressources (5);
- l'absence d'objectifs de santé publique clairs (2).

Figure 24 - En tant que professionnel de la planification ou des soins de santé, quels sont les obstacles auxquels vous êtes confronté lorsque vous essayez d'intégrer la santé et la planification communautaires dans votre travail et vos projets? (Veuillez sélectionner vos trois principaux obstacles ci-dessous)

(n_{Santé} = 93; n_{Planification} = 276)



Obstacles à la poursuite du dialogue

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer les plus grands obstacles à la création d'un dialogue plus poussé sur l'intégration de la santé publique et de la planification. La **figure 25** résume les réponses des professionnels de la santé et des professionnels de la planification.

Les professionnels de la santé et les professionnels de la planification ont indiqué les mêmes principaux obstacles à la création d'un dialogue plus approfondi. Ces obstacles sont résumés au **tableau 5** ci-dessous :

Tableau 5: Les trois principaux obstacles à la création d'un dialogue plus poussé

	Santé		Planification	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
1. Il n'y a pas assez de soutien gouvernemental et/ou politique pour cette question	60	64,5%	132	47,8%
2. Il y a des questions concurrentes qui nécessitent mon attention	42	45,2%	116	42,0%
3. Les impacts sont difficiles à mesurer	42	45,2%	90	32,6%

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Vingt professionnels de la santé ou 21,5 % d'entre eux ont indiqué d'autres obstacles à la création d'un dialogue, notamment :

- Absence de relations professionnelles avec les professionnels de la planification (4)
- Manque de soutien financier (3)
- Manque de connaissances sur les problèmes de planification (3)
- « Non invité » à participer au dialogue sur la planification (3)
- Manque de soutien de la direction (2)
- Manque de données utiles (2)
- Inquiétudes au sujet de la charge de travail (2)

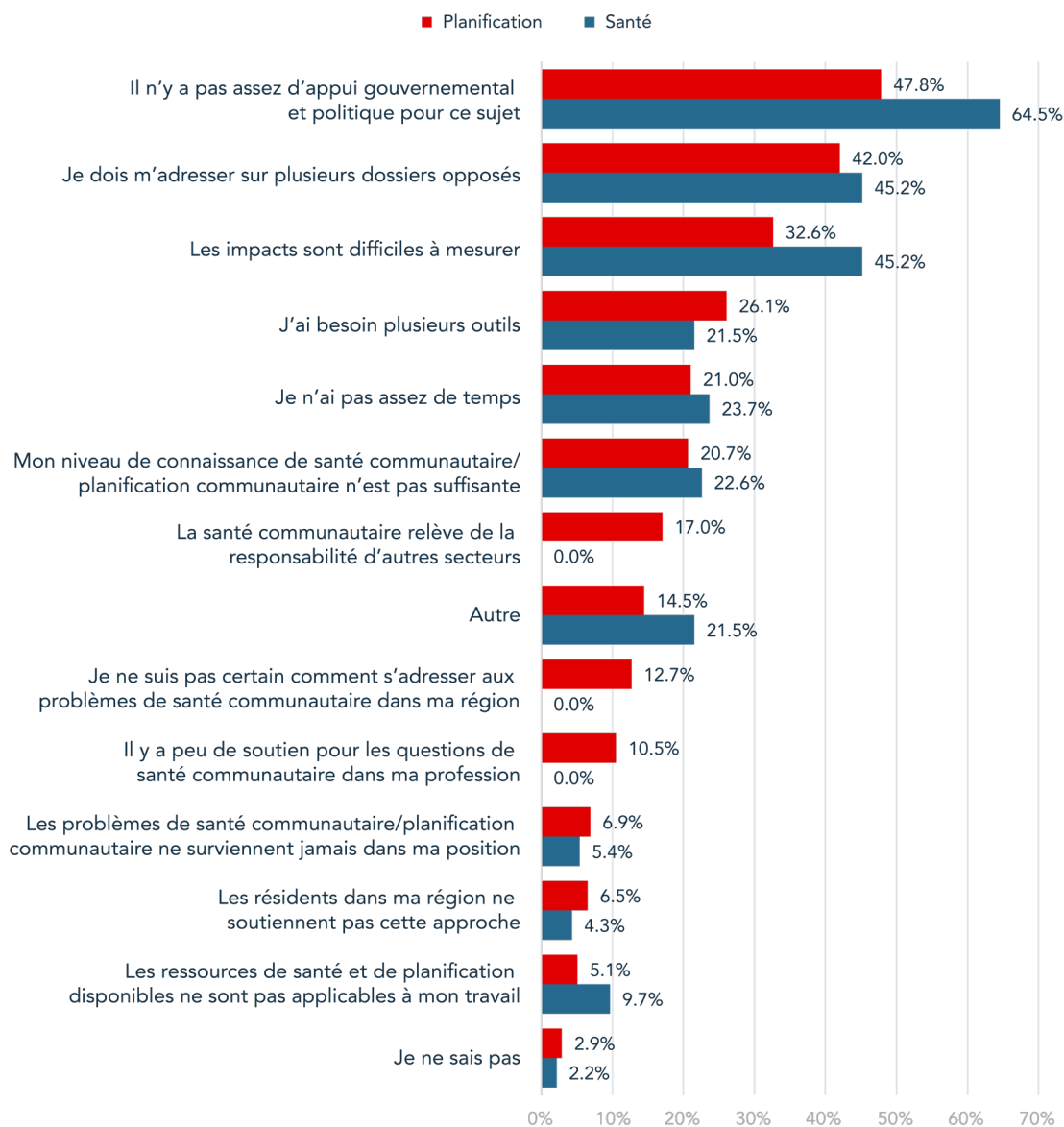
PROFESSIONNELS DE LA PLANIFICATION

Quarante professionnels de la planification ou 14,5 % d'entre eux ont mentionné d'autres obstacles à la création d'un dialogue, notamment :

- Manque de relation ou cloisonnement entre les services et organisations (7)
- Manque de financement ou de ressources (6)
- L'intégration de la santé publique et de la planification n'est pas une priorité pour les gouvernements ou les professionnels de la santé (4)
- Manque de données utiles (3)
- Manque d'exigences législatives (2)
- Manque de soutien de la direction (2)
- Manque de connaissances (au sujet de l'équité ou de la planification) (2)

Figure 25 - À votre avis, quels sont les plus grands obstacles à la création d'un dialogue plus approfondi sur l'intégration de la santé communautaire et de la planification dans votre pratique/rôle? (Veuillez sélectionner vos trois principaux obstacles ci-dessous)

(n_{Santé} = 93; n_{Planification} = 276)



Note: Lorsqu'aucune valeur (p. ex. zéro) n'est indiquée pour les professionnels de la santé, ces choix étaient uniquement offerts aux professionnels de la planification.

SURVEILLANCE

Dans la dernière section du sondage, nous avons posé des questions sur la manière dont ils surveillent l'efficacité de leurs projets du point de vue de la santé, les paramètres ou indicateurs qu'ils utilisent pour mesurer les progrès, et les sources de données qu'ils emploient pour avoir accès à ces renseignements. Nous avons également demandé aux répondants d'indiquer des études de cas ou des exemples qui démontrent, à leur avis, que la santé et la planification sont bien intégrées.

Les grands thèmes de chaque question sont résumés dans la présente section.

Contrôler l'efficacité des projets – Santé

Nous avons demandé aux répondants s'ils surveillaient l'efficacité de leurs projets du point de vue de la santé et, dans l'affirmative, quels indicateurs et données ils utilisaient. Soixante-quatre professionnels de la santé et 180 professionnels de la planification ont répondu à cette question.

Professionnels de la santé

Parmi les professionnels de la santé, 27 ou 42,2 % ont dit ne pas contrôler leurs projets du point de vue de la santé et quatre de ces professionnels ont expliqué qu'ils ne disposaient pas des données ou des ressources nécessaires. Neuf des répondants ont dit qu'ils surveillaient la santé, mais n'ont pas précisé quels indicateurs ils utilisaient. D'autres professionnels de la santé ont fait savoir qu'ils surveillaient des indicateurs de la santé, notamment les suivants :

- Santé communautaire en général (10);
- Activité physique (4);
- Partage des modes (3);
- Développement de l'infrastructure (2).

Professionnels de la planification

Parmi les professionnels de la planification qui ont répondu, 123 ou 68,3 % ont dit qu'ils ne surveillaient pas l'efficacité de leurs projets du point de vue de la santé et quatre d'entre eux ont précisé qu'ils ne disposaient pas des ressources nécessaires. Onze professionnels de la planification ont dit qu'ils la surveillaient du point de vue de la santé, mais n'ont pas donné de détails sur les indicateurs qu'ils utilisaient. D'autres professionnels de la planification ont fait savoir qu'ils surveillaient les indicateurs suivants :

- Partage des modes (13);
- Collisions (7);
- Potentiel piétonnier (3);
- Infrastructure verte (2);
- Disponibilité ou abordabilité du logement (2).

Paramètres ou indicateurs pour mesurer les progrès

Nous avons demandé aux répondants de nous faire savoir s'ils surveillaient des paramètres ou des indicateurs pour mesurer les progrès. Au total, 57 professionnels de la santé et 172 professionnels de la planification ont répondu à cette question.

Professionnels de la santé

Parmi les professionnels de la santé, 18 ou 31,6 % ont répondu qu'ils ne surveillaient aucun paramètre. D'autres ont mentionné au moins un paramètre ou indicateur qu'ils utilisaient. Les principaux paramètres et indicateurs comprennent les suivants :

- Déterminants sociaux de la santé (8);
- Part modale (7);
- Non précisé (6);
- Maladies chroniques (5);
- Santé communautaire en général (4);
- Activité physique (3).

Les autres paramètres que moins de trois professionnels de la santé ont mentionnés comprennent l'activité physique, le potentiel piétonnier et leur participation aux processus de planification. Deux professionnels de la santé ont également ajouté qu'ils aimeraient surveiller des paramètres pour mesurer les progrès, mais qu'ils n'avaient pas les ressources nécessaires ni accès aux données appropriées.

Professionnels de la planification

Parmi les professionnels de la planification, 87 ou 45,3 % ont répondu qu'ils n'utilisaient pas de paramètres ou d'indicateurs pour mesurer les progrès. Toutefois, d'autres professionnels de la planification ont fait état de certains indicateurs. Les principaux indicateurs et paramètres qu'ils ont mentionnés comprenaient les suivants :

- Part modale (44);
- Non précisé (14);
- Collisions ou sécurité routière (10);
- Déterminants sociaux de la santé (p. ex. revenus, offre de logements, emplois, sécurité alimentaire) (9);
- Potentiel piétonnier (5);
- Proximité d'espaces verts ou accès à des espaces verts (3).

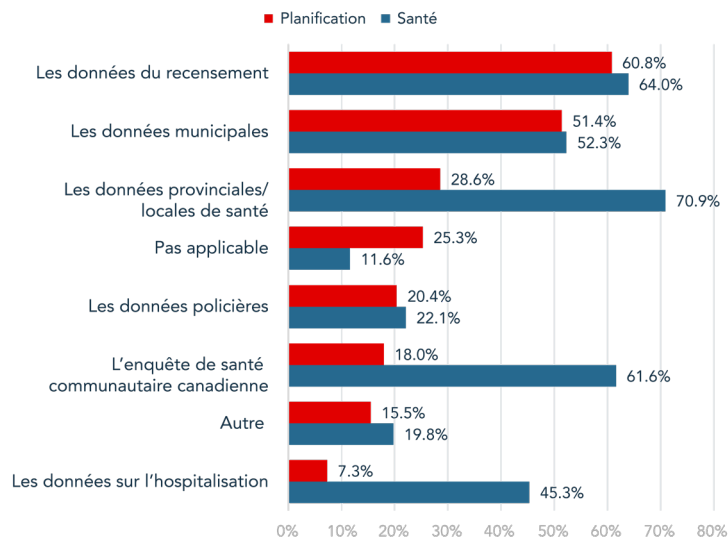
D'autres paramètres ont été mentionnés par des professionnels de la planification à moins de trois reprises. Ceux-ci comprennent les données sur les besoins de base en logement et le développement de l'infrastructure. Par ailleurs, cinq professionnels de la planification ont précisé qu'ils aimeraient surveiller des paramètres ou des indicateurs, mais qu'ils ne disposaient pas des outils, du temps ou des ressources nécessaires.

Sources des données

Nous avons demandé aux répondants d'où provenaient les données servant à mesurer les progrès des projets du point de vue de la santé.

Figure 26 - D'où obtenez-vous les données pour mesurer les progrès?

(n_{Santé} = 86; n_{Planification} = 245)



De nombreux professionnels de la santé (64,0 %) et professionnels de la planification (60,8 %) se servent des données du recensement. Les données municipales constituent une autre source de données qu'utilisent couramment les professionnels de la santé (52,3 %) et les professionnels de la planification (51,4 %).

Habituellement, les professionnels de la planification ne se servent pas de sources de données liées à la santé pour surveiller les progrès de leurs projets. Même si les données sur la santé à l'échelle locale et provinciale sont utilisées par 70,8 % des professionnels de la santé, seulement 28,6 % des professionnels de la planification utilisent cette source de données. De même, bien que 61,6 % des professionnels de la santé emploient des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, seulement 18,0 % des professionnels de la planification en font autant.

Dix-sept professionnels de la santé (19,8 %) ont choisi « Autre ». Leurs réponses comprennent les suivantes :

- Collecte de données internes (grâce à des sondages, des dénombrements, etc.) (6);
- Données sur la santé de diverses sources (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé, Enquête nationale sur les mesures de la santé) (4);
- Données sur la qualité de l'air (2).

Parmi les professionnels de la planification, 38 ou 15,5 % ont choisi « Autre ». Leurs réponses comprennent les suivantes :

- Données sur les transports (c.-à-d. sondages sur les déplacements, données sur les collisions) (11);
- Collecte de données internes (grâce à des sondages, des entrevues, des groupes de discussion) (6);
- Données sur le logement de la Société canadienne d'hypothèques et de logement et d'autres sources (4);
- Données sur la santé de diverses sources (3);
- Fournisseurs d'assurance (p. ex. Société d'assurance publique du Manitoba) (2);
- Organismes sans but lucratif (2).

Études de cas

Les répondants étaient invités à partager les études de cas ou les exemples dont ils disposaient et qui, à leur avis, intégraient bien la santé communautaire et la planification. Quatre professionnels de la santé ont mentionné la trousse Healthy Built Environment Linkages Toolkit du BC Centre for Disease Control. Les autres études de cas dont des professionnels de la santé ont fait état comprennent les suivantes :

- plan Notre Winnipeg de la ville de Winnipeg;
- *Active Transportation Strategy* de la Colombie-Britannique;
- *Healthy Complete Communities* de la région de Peel;
- *Our Kelowna 2040 Official Community Plan* de la ville de Kelowna;
- *Healthy City Strategy* de l'Interior Health Authority et de la ville de Kelowna;
- plan *Designing Density: Planning For Social Connectedness In Multi-Family Housing* du canton d'Esquimalt;
- *Healthy Community Design Baseline Project: Neighbourhood Design Survey and Physical-Form Indicator* de Santé publique Wellington-Dufferin-Guelph;
- *Squamish2040 Official Community Plan* du district de Squamish;
- *Growing Healthier: A Health Equity Impact Assessment for Saskatoon's Growth Plan Report* de la ville de Saskatoon;
- *Healthy Communities Hub* d'Alberta Health Services;
- nouveau projet *Edmonton Hospital and Health Campus* d'Alberta Health Services;
- *Integrated Mobility Plan* de la municipalité régionale de Halifax (2);
- *Our City 2041 Official Community Plan* de la ville de Westminster;
- *Establishing a Baseline: Active Transportation and Health Indicators* dans le *Halifax Region Report* de l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse;
- *Health in Official Plans: A Toolkit – 2018 Submission to the City of Peterborough Official Plan Review Report* de Santé publique Peterborough;
- *Communities in Action Committee* (www.communitiesinaction.ca) du comté de Haliburton.

Les études de cas que des professionnels de la planification ont partagées comprenaient les suivantes :

- *Accessibility Framework* de la ville de Victoria;
- *Social Master Plan* de la ville de Beaumont;
- *Where Matters: Health and Economic Benefits of Where We Live* de Metro Vancouver (2);
- *Hey Neighbour! Program* de la ville de Vancouver (2);
- plan *Designing Density: Planification for Social Connectedness In Multi-Family Housing* du canton d'Esquimalt;
- projet Prince Rupert 2030 Vision de la ville de Prince Rupert;
- *Healthy City Strategy* de l'Interior Health Authority et de la ville de Kelowna;
- *Landscape Performance Series Resources* (www.landscapeperformance.org);

- *nouveau Plan officiel* de la ville d'Ottawa (3);
- Winnipeg Food Council de la ville de Winnipeg;
- *Winnipeg Food Atlas* du Manitoba Collaborative Data Portal;
- *Bethune Street Land Use and Urban Design Study* de la ville de Peterborough;
- *Healthy Development Assessment User Guide* de la région de Peel;
- *Notre Winnipeg 2045* de la ville de Winnipeg;
- Rapport Intégration de la santé et des transports au Canada de l'Association des transports du Canada;
- *Paradise Municipal Plan* de la ville de Paradise (Terre-Neuve);
- *Health in Official Plans: A Toolkit – 2018 Submission to the City of Peterborough Official Plan Review Report* de Santé publique Peterborough;
- *Integrated Mobility Plan* de la Municipalité régionale de Halifax;
- *Rapid Health Impact Assessment of the Regional Centre Plan* de l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse;
- *Healthy Community Design Baseline Project: Neighbourhood Design Survey and Physical-Form Indicator* de Santé publique Wellington-Dufferin-Guelph;
- *Degrees of Change: Climate Change Adaptation Plan* de la ville de Windsor;
- *Environmental Master Plan* de la ville de Windsor;
- *La COVID-19 : Un impact majeur sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec* de l'ASPO;
- Urbanisme participatif (<https://urbanismeparticipatif.ca/>).

Par ailleurs, les professionnels de la planification ont indiqué que des zones géographiques particulières ont servi à réaliser des études de cas, notamment :

- le quartier Northeast False Creek de Vancouver;
- le quartier de Brighton à Saskatoon;
- la région de Peel;
- le village de Newport et le village de Suter Brook dans la ville de Port Moody.

Cette page est laissée vide délibérément



Annexe B: Critères d'évaluation des plans communautaires

SEPTEMBRE 2021

Critères fondés sur les processus et constatations

Critères	Justification	Questions	Principales constatations	Bons exemples
Buts et objectifs	Les buts de la santé publique comprennent la réduction de la pollution de l'air, l'accroissement de l'activité physique, l'amélioration de la santé mentale et la diminution du risque de maladies chroniques.	L'amélioration de la santé publique est-elle un grand but du plan? Le plan comprend-il des objectifs particuliers liés à la santé publique?	Dans la plupart des plans, l'amélioration de la santé publique n'est pas un grand but, mais certaines exceptions sont dignes de mention. Toutefois, de nombreux plans comportent des objectifs qui sont explicitement ou implicitement liés à la santé communautaire.	Le <i>City Plan</i> de la ville d'Edmonton inclut la création d'une « ville en santé » parmi les quatre buts stratégiques globaux. L'un des six thèmes transversaux du <i>nouveau Plan officiel</i> de la Ville d'Ottawa s'intitule « Des collectivités saines et inclusives ». Le plan <i>A Healthy City for All</i> de la ville de Vancouver cherche à s'assurer du niveau le plus élevé qui soit de santé et de bien-être pour tous les résidents.
Terminologie	La santé est un concept large qui englobe le bien-être physique, social et mental. De nombreux déterminants sociaux influent sur les résultats en santé publique.	Le plan comprend-il une définition exhaustive de la santé? Le plan fait-il ressortir les liens entre les politiques sur la santé publique et sur la planification urbaine?	La majorité des plans ne définissent pas clairement la « santé », mais certains traitent des concepts connexes, comme le bien-être. Certains plans établissent également des liens entre les questions de santé publique et de planification, comme les politiques de transport.	Le <i>nouveau Plan officiel</i> de la ville d'Ottawa utilise la définition de la santé de l'OMS qui est : « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». L'<i>Active City Plan</i> de la ville de Toronto définit une ville active et saine comme une ville qui crée et améliore constamment les possibilités dans les environnements bâtis et sociaux et qui élargit les ressources communautaires pour permettre à tous ses citoyens d'être physiquement actifs au quotidien.

Processus de mobilisation	Des processus exhaustifs de mobilisation du public peuvent garantir que les connaissances des professionnels de la santé publique et les priorités des personnes à faible revenu, des femmes, des aînés, des enfants, des personnes handicapées, des Autochtones, des immigrants et d'autres membres de minorités sont inclus dans le plan.	Des membres des collectivités défavorisées ont-ils participé au processus de planification? Avez-vous consulté le secteur de la santé pendant le processus de planification? Le plan indique-t-il qui a participé au processus de mobilisation et comment les inquiétudes de ces personnes ont été prises en compte?	Plus de la moitié des plans ne donnent aucun détail ou que des renseignements très limités sur leur processus de mobilisation. Toutefois, certaines municipalités ont indiqué le processus de mobilisation dans le plan ou dans un rapport complémentaire. Certains plans précisent aussi comment les membres des collectivités autochtones sont mobilisés.	La ville d'Edmonton a produit une série de rapports détaillés qui documentent le processus de mobilisation pour le nouveau <i>City Plan</i> , qui est disponible sur son site Web. L'un de ces rapports porte tout spécialement sur la mobilisation des Autochtones. La ville de Whitehorse a élaboré un annexe « Ideas for Action » dans son <i>Sustainability Plan</i> , qui comprend les cibles cernées grâce au processus de mobilisation et les éventuelles mesures à prendre pour les atteindre. La Première Nation de Westbank a recours à son processus de discussion et à la prise de décisions de manière traditionnelle (<i>enowkinwixw</i>) pour déterminer les buts importants de son <i>Community Plan</i> .
Données et recherches	Les principales données sur les actuels problèmes de santé et les recherches secondaires sur les précédents de la planification peuvent aider les villes à déterminer les inégalités existantes et à créer de nouvelles politiques pour améliorer la santé publique.	Le plan comprend-il des données ou des recherches sur les actuels problèmes de santé? Le plan fait-il ressortir les précédents de la planification d'autres administrations qui concernent la santé publique?	Un petit nombre de plans comprennent des profils communautaires, mais seulement deux incluent des données sur les actuels problèmes de santé dans la collectivité. Certains plans font aussi état de recherches secondaires sur les problèmes de santé et de planification, comme les changements climatiques.	L' <i>Active City Plan</i> de la ville de Toronto comporte des statistiques sur les résultats en santé publique à Toronto, des cartes de la prévalence du diabète et un indicateur des quartiers favorables à l'activité par quartier. Le plan relie également chaque principe à une recherche secondaire sur la santé publique. Le plan <i>A Healthy City For All</i> de la ville de Vancouver comprend des données sur la santé pour l'ensemble de la ville, comme la proportion d'adultes qui font régulièrement de l'exercice ou qui ont un médecin de famille, et la proportion d'enfants qui sont prêts à fréquenter une école.

Mécanismes de mise en œuvre	Une stratégie de mise en œuvre détaillée peut aider à garantir le succès des plans exhaustifs. Elle devrait décrire en détail les thèmes, les échéanciers, les rôles, les responsabilités, les paramètres de surveillance et les sources de financement.	Des tâches, des échéanciers, des rôles, des responsabilités, des paramètres de surveillance et des sources de financement détaillés sont-ils inclus? La stratégie de mise en œuvre est-elle le reflet des buts de la santé publique?	Environ la moitié des plans comprennent certaines parties d'une stratégie de mise en œuvre, même si seulement cinq comportent une stratégie détaillée et exhaustive. Les stratégies sont généralement liées aux mesures décrites dans le plan.	Le <i>Land Use Plan</i> de la Première Nation de Rainy River comprend une stratégie de mise en œuvre détaillée qui fait état des parties responsables, des ressources nécessaires, des échéanciers et du niveau de priorité de chaque mesure. Les Six Nations de Grand River ont préparé une fiche de travail pour évaluer les projets proposés en fonction de leur incidence sur divers domaines, y compris le bien être. Cette fiche fait partie du <i>Community Plan</i> et figure sur le site Web.
Collaboration	La collaboration interservices et les processus d'approbation rationalisés peuvent aider à garantir que les plans sont mis en œuvre de manière efficace et efficiente.	Le plan souligne-t-il les possibilités de collaboration interservices? Y a-t-il des processus d'approbation rationalisés pour s'attarder aux buts de la santé publique qui sont traités?	La majorité des plans ne traitent pas des possibilités de collaboration avec des partenaires externes, comme les praticiens de la santé publique. Cependant, quelques exceptions sont dignes de mention.	Le <i>Community Plan</i> des Six Nations de Grand River indique les partenaires proposés pour chaque but. Les partenaires proposés comprennent les services de santé et les services sociaux. L'<i>Integrated Mobility Plan</i> de la ville de Halifax souligne l'importance de créer des partenariats avec d'autres niveaux de gouvernement, des institutions et des organismes communautaires, mais ne mentionne pas les praticiens de la santé.

**Sensibilisation
du public et
communication**

La sensibilisation et la communication peuvent aider à tenir le grand public au courant des plans et des politiques. Cela peut comprendre des résumés en langage clair, des sites Web et des tableaux de bord qui suivent les progrès d'une municipalité.

Le plan est-il rédigé ou résumé dans un format clair et accessible?

La municipalité fait-elle des mises à jour et fournit-elle des rapports d'avancement sur la mise en œuvre du plan?

Aucun résumé ou mise à jour accessible n'est disponible pour environ la moitié des plans.

Toutefois, certaines municipalités ont de simples résumés des plans ou des rapports d'avancement qui sont régulièrement diffusés en ligne à l'intention du public.

La ville de Halifax produit des mises à jour trimestrielles sur les progrès de l'*Integrated Mobility Plan*, qui font le point sur les projets en général et des mesures précises dans un format visuel et accessible.

Dans son *Sustainability Plan*, la ville de Whitehorse produit un document infographique qui résume les buts et les rapports de surveillance qui font ressortir les progrès de la ville.

Critères fondés sur les politiques

Critères	Politiques	Principales constatations	Bons exemples
Conception de quartiers	Favoriser l'aménagement à vocation mixte Préconiser la croissance compacte Améliorer la connectivité du réseau de rues Préconiser l'édification sur terrain intercalaire et la restauration des friches industrielles Assurer l'accès aux ressources communautaires et de santé	Plusieurs plans s'en tirent bien dans cette catégorie. Environ la moitié des plans renferment des politiques pour promouvoir la croissance compacte, l'aménagement à vocation mixte ou l'édification sur terrain intercalaire. Les politiques pour améliorer la connectivité des rues ou l'accès à la santé sont moins courantes.	Le <i>City Plan</i> de la ville d'Edmonton comporte des politiques pour promouvoir des districts de 15 minutes, qui comprennent la plupart des commodités que les gens utilisent au quotidien. La <i>Municipal Planning Strategy</i> de la ville de Wolfville comprend des politiques pour restreindre la taille des pâtés de maisons et interdit les nouveaux culs-de-sac afin d'améliorer le potentiel piétonnier.
Réseaux de transport	Créer des rues multimodales ou « complètes » Aménager des réseaux de transport actif sûrs et accessibles Offrir des services de transports en commun fréquents et fiables Intégrer les modes de transport actif et de transports en commun Réduire l'exposition à la pollution atmosphérique et sonore des véhicules	De nombreux plans s'en tirent également bien dans cette catégorie. Pratiquement tous les plans comprennent une politique pour promouvoir le transport actif et environ la moitié comporte des politiques pour préconiser l'utilisation des transports en commun ou des rues multimodales. Toutefois, seulement le quart des plans comprennent des politiques pour intégrer les modes de transport ou réduire la pollution.	Le <i>Partridge Lake Land Use Plan</i> d'Anishinaabek souligne l'importance d'établir un réseau de sentiers polyvalents pour réduire la circulation des véhicules. Le <i>Sustainability Plan</i> de la ville de Whitehorse a pour but d'améliorer les normes sur la qualité de l'air en faisant la promotion des modes de transport actif.

Environnement naturel	Protéger et relier les espaces verts Faire en sorte que les espaces verts soient répartis de manière équitable Intégrer des aliments naturels dans l'environnement bâti Encourager les pratiques de construction écologique Évaluer les répercussions des projets d'aménagement sur les changements climatiques	La plupart des plans comprenaient au moins une politique liée à l'environnement naturel. Près des trois quarts renfermaient des politiques pour protéger et/ou relier les espaces verts. La moitié des plans comprenaient également des politiques pour intégrer la nature dans l'environnement bâti ou préconiser des pratiques de construction écologique.	Le <i>nouveau Plan officiel</i> de la ville d'Ottawa cherche à offrir à tous les résidents l'accès à des espaces verts de grande qualité à moins de cinq minutes de marche. Le <i>Plan municipal</i> de la ville de Fredericton souligne l'importance de relier les parcs et les espaces verts grâce à des sentiers, d'anciennes voies ferrées, des couloirs de services publics et des installations de gestion des eaux de ruissellement.
Systèmes alimentaires	Améliorer l'accès à des options d'aliments sains Protéger les terres agricoles Préconiser l'agriculture urbaine et les jardins communautaires Appuyer les programmes d'aliments locaux ou les marchés	Même si les systèmes alimentaires ne s'appliquent pas au quart des plans examinés, les plans pertinents s'en tirent bien dans cette catégorie. Pratiquement la totalité renferme des politiques qui préconisent l'agriculture urbaine ou les jardins communautaires et les deux tiers cherchent à améliorer l'accès à des options d'aliments sains.	L'<i>Integrated Community Sustainability Plan</i> de la ville de Charlottetown cherche à éliminer les obstacles à la production d'aliments locaux et favorise les programmes d'échange d'aliments. Le <i>Land Use Plan</i> de la Première Nation de Rainy River cherche à s'assurer que les membres de la collectivité ont accès à leurs aliments traditionnels, de même qu'à leurs terrains de chasse et de pêche.
Logement	Appuyer l'aménagement de logements abordables Préconiser une variété de types de logements, de tailles et de modes d'occupation Offrir des options de logement aux groupes défavorisés Restreindre l'exposition résidentielle aux sites industriels Assurer des conditions de logement adéquates (p. ex. ventilation appropriée)	Seulement le quart des plans examinés s'en tiraient bien pour la question du logement. Environ la moitié des plans renferment des politiques pour promouvoir les logements abordables ou diverses formes de logement, mais un moins grand nombre de plans comprennent des politiques explicites pour limiter l'exposition résidentielle aux sites dangereux ou assurer des conditions de logement adéquates.	Le Plan municipal de la ville de Fredericton exige que les nouveaux quartiers comprennent divers types de logements. Le Partridge Lake Land Use Plan d'Animbiigoo Zaagi igan Anishinaabek souligne l'importance des logements sains, munis de bons ventilateurs pour récupérer la chaleur.

