Pour que les autorités sanitaires influencent davantage l'aménagement du territoire et la planification des transports : leçons du projet Bâtir un Canada en santé de l'initiative COALITION en Colombie-Britannique

Alice Miro, B.Sc.¹, Kim Perrotta, M.Sc.S.², Heather Evans, M.A. Plan., M.C.I.P., R.P.P.³, Natalie A. Kishchuk, Ph.D., É.A.⁴, Claire Gram, M.A. Plan.⁵, Richard S. Stanwick, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C., F.A.A.P.⁶, Helena M. Swinkels, M.D., F.R.C.P.C.⁷

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Le principal objectif de la coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique (C.-B.) était d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer un projet de renforcement des capacités des autorités de santé. Les effets escomptés du projet étaient les suivants : 1) la capacité accrue des autorités de santé participantes de s'impliquer de façon productive dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports; 2) des relations ou des collaborations nouvelles et soutenues entre les autorités de santé participantes et avec les administrations locales et les autres acteurs du milieu bâti; et 3) des indications de l'influence des autorités de santé ou de l'application des données probantes et des outils liés à la santé dans les plans et les politiques d'aménagement du territoire et de transport.

PARTICIPANTS : Le projet visait à rehausser les capacités de trois autorités de santé régionales (Fraser Health, Island Health et Vancouver Coastal Health) et de leur personnel – les participants du projet.

LIEUX : Les régions de la C.-B. servies par les trois autorités de santé couvrent des milieux urbains, suburbains et ruraux dans des zones géographiques relativement vastes et diverses. Le statut socioéconomique, le profil démographique et le contexte culturel et politique de leurs populations varient beaucoup.

INTERVENTION : L'initiative a offert aux trois autorités de santé les services d'une consultante ayant plusieurs années d'expérience professionnelle en aménagement du territoire et en planification des transports. La consultante a mené des évaluations situationnelles pour appréhender les connaissances de base, les lacunes à combler, les atouts et les objectifs de chaque autorité de santé participante pour le travail sur le milieu bâti. En fonction de cette information, la consultante a mis au point des plans de travail personnalisés pour renforcer les capacités de chaque autorité de santé et l'aider dans la tâche de mise en œuvre. Les activités de renforcement des capacités étaient les suivantes : recherche sur les stratégies, les politiques et les données probantes sur la santé et le milieu bâti; application des données probantes sur la santé, des politiques et des pratiques prometteuses d'autres provinces aux contextes de planification locaux; formation et soutien du personnel des autorités de santé liés à la santé et au milieu bâti; rencontres entre le personnel de santé publique et les planificateurs locaux à des fins de réseautage; et participation aux processus d'aménagement du territoire.

RÉSULTATS : Le projet a contribué à renforcer les capacités des autorités de santé participantes d'influencer les décisions d'aménagement du territoire et de planification des transports en rehaussant les connaissances du personnel de santé publique en matière de contenu et de processus. Le projet a balisé des changements structurels au sein des autorités de santé, comme la réaffectation des ressources humaines pour faire progresser le travail sur le milieu bâti après le projet. Les autorités de santé ont aussi tissé de nouveaux liens intra- et intersectoriels, ce qui a facilité l'échange des connaissances et l'accès du secteur de la santé publique aux occasions d'influencer les décisions sur le milieu bâti. À la fin du projet, on a eu de nouvelles indications que la santé était intégrée dans des documents de politique sur l'aménagement du territoire.

CONCLUSIONS : Le projet a contribué à prioriser, à accélérer et à officialiser l'implication des autorités de santé participantes dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports. À long terme, ceci devrait mener à des politiques et à des programmes de santé qui tiennent compte du milieu bâti, et à des politiques et des pratiques sur le milieu bâti qui intègrent des objectifs de santé des populations, réduisant ainsi le risque de maladies chroniques.

MOTS CLÉS : environnement et santé publique; relation interinstitutionnelle; conception de l'environnement; maladie chronique

Rev can santé publique 2015;106(1)(Suppl. 1):eS43-eS53.

Un vaste corpus de recherche fait état d'associations significatives entre le milieu ou l'environnement bâti (c.-à-d. l'aménagement physique et les infrastructures d'une communauté) et des variables sanitaires comme l'activité physique¹⁻⁴, les choix alimentaires, les blessures de la route et la santé mentale⁵. En conséquence, plusieurs organismes de santé considèrent le milieu bâti comme étant un important déterminant de la santé⁶⁻¹⁰.

Le milieu bâti d'une communauté est le résultat d'une foule de décisions dans les plans et les politiques de transport et d'aménagement du territoire, concrétisées sur de nombreuses années par divers ordres de gouvernement. Les politiques et les décisions de planification communautaire peuvent être influencées par une gamme complexe et assez considérable d'acteurs de l'extérieur de la santé publique, dont les promoteurs immobiliers, les résidents et les entreprises locales, les organisations non gouvernementales (ONG) et les organismes

Affiliations des auteurs

1. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Vancouver (Colombie-Britannique)
2. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Hamilton (Ontario)
3. Heather Evans Consulting (Colombie-Britannique)
4. Program Evaluation and Beyond Inc., Montréal (Québec)
5. Vancouver Coastal Health (Colombie-Britannique)
6. Island Health (Colombie-Britannique)
7. Fraser Health Authority, Surrey (Colombie-Britannique)

Correspondance : Alice Miro, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 200-1212 West Broadway, Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3V2, tél. : 778-372-8007, courriel : amiro@hsf.bc.ca

Remerciements : L'intervention en santé publique dont il est question dans cet article a été rendue possible grâce à l'apport financier de Santé Canada octroyé à Bâtir un Canada en santé dans le cadre du projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) du Partenariat canadien contre le cancer, de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (C.-B. et Yukon), de la Real Estate Foundation of British Columbia et de la Fondation Bullitt. Les organismes suivants ont aussi offert une contribution en nature au projet décrit : la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Fraser Health, Island Health, Vancouver Coastal Health, ainsi que la BC Healthy Built Environment Alliance par l'entremise de la BC Provincial Health Services Authority. Nous remercions de tout cœur les personnes suivantes, qui nous ont aidés à réviser le manuscrit ou nous ont fourni des données : Marla Steinberg et Andi Cuddington (anciennement du projet CAPTURE) et Julia McFarlane (Island Health).

Conflit d'intérêts : aucun à déclarer. Les points de vue exprimés dans cet article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux des bailleurs de fonds ni des partisans du projet.

communautaires¹¹⁻¹⁴. Comme pour beaucoup d'autres déterminants sociaux de la santé, harmoniser les politiques, les pratiques et les décisions sur le milieu bâti et les objectifs de promotion de la santé exige donc une collaboration intersectorielle¹⁵.

La collaboration intersectorielle entre la santé publique et les planificateurs communautaires sur la question du milieu bâti est un phénomène relativement jeune. Au Canada, un travail intersectoriel considérable s'est amorcé en Ontario au cours des 10 dernières années en réaction à deux politiques provinciales : la *Déclaration de principes provinciale* (2005), qui propose des orientations sur des questions d'intérêt provincial liées à l'aménagement et à l'urbanisme, dont plusieurs politiques de création de communautés saines, vivables ou actives; et les *Normes de santé publique de l'Ontario* (2008), des lignes directrices pour les programmes et les services attribués à la santé publique par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de la province; le travail sur le milieu bâti est abordé dans les « Normes relatives aux programmes de maladies chroniques et blessures » et dans les « Normes relatives aux programmes de santé environnementale »¹⁶.

Une étude de cas descriptive de 2011 réunit des informations sur les stratégies employées par 10 des 36 autorités de santé publique de l'Ontario pour intégrer les considérations sanitaires liées à l'activité physique, à la prévention des blessures, à la saine alimentation, à la qualité de l'air et de l'eau et aux changements climatiques dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports de leurs communautés. Cette étude ne tente pas d'évaluer l'efficacité de ces stratégies, mais les politiques et les pratiques recensées indiquent que la santé publique tisse réellement des liens avec les autorités de planification, qu'elle s'implique dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports et qu'elle apporte des considérations sanitaires aux politiques et aux plans des communautés en question¹⁶.

En Nouvelle-Galles du Sud (Australie), où le secteur de la santé collabore aux processus d'aménagement du territoire dans le but de créer des environnements urbains plus durables et équitables, des chercheurs ont réalisé une étude post-mise en œuvre pour évaluer l'efficacité d'une telle démarche. On a mené un audit complet de la correspondance entre le Service de santé de la région du Sud-Ouest de Sydney, l'administration locale et d'autres organismes entre 2005 et 2010 sur les questions liées aux documents d'aménagement du territoire. Les chercheurs ont constaté que 75 % des recommandations formulées par l'autorité de santé au cours de la période avaient été intégrées dans 77 % des documents d'aménagement du territoire révisés, ce qui indique que le secteur de la santé peut, de fait, influencer ces processus¹⁷.

En Colombie-Britannique (C.-B.), la direction et l'intendance de la santé publique sont principalement assurées par le ministère de la Santé, par une autorité de santé provinciale et par cinq autorités de santé régionales. En 2013, on en a créé une de plus, la First Nations Health Authority, qui assure la prestation des programmes et des services de santé destinés aux Premières Nations. Les cinq autorités de santé régionales relèvent du ministère de la Santé et sont indépendantes des administrations locales. Leur mandat couvre à la fois la santé publique, les soins à domicile et les soins actifs (leur champ d'action principal).

Parallèlement, les municipalités et les districts régionaux de la C.-B. ont une autonomie considérable lorsqu'il s'agit de prendre des décisions d'utilisation des sols et de planification des transports ou de négocier et d'approuver les demandes d'aménagement des terres qui sont de leur ressort. La loi la plus importante pour les administrations locales est la *Local Government Act* (« Loi sur les gouvernements locaux ») et, pour la Ville de Vancouver, la *Vancouver Charter* (« Charte de Vancouver »).

En C.-B. comme ailleurs, au-delà des questions d'égouts, d'air et d'eau, le secteur de la santé n'intervenait que de façon intermittente dans l'aménagement du territoire et la planification des transports. Les choses ont commencé à changer en 2005 avec la résurgence de la démarche des « communautés en santé¹⁸ » et la publication d'un cadre du ministère de la Santé décrivant les fonctions de santé publique de base de la province. Ce document reconnaissait que « les structures physiques et sociales de nos communautés et quartiers influencent notre santé de nombreuses façons, et (que) la santé publique doit s'impliquer dans la création de quartiers sains » (traduction libre). Il exhortait aussi les agents de santé publique à se prononcer sur l'aménagement du territoire et la planification de l'environnement¹⁹.

La dynamique en faveur du milieu bâti sain a pris de l'ampleur. La BC Provincial Health Services Authority [l'autorité de santé provinciale] a publié une page Web et des ressources sur le thème de « la santé et la planification²⁰ » et, en 2008, elle a contribué à établir la BC Healthy Built Environment Alliance pour favoriser le réseautage intersectoriel et la coordination de l'échange de connaissances et d'activités clés sur la santé et le milieu bâti²¹. En 2009, des représentants des cinq autorités de santé régionales ont reçu une formation de l'autorité de santé provinciale sur les bases de la planification communautaire^{11,22}.

Quelques autorités de santé ont commencé à se pencher sur les façons de mobiliser leur personnel pour influencer les décisions d'aménagement du territoire et de planification des transports. Les grandes questions suivantes se sont posées : « Quel est le moyen le plus efficace pour les autorités de santé de la C.-B. de mobiliser leur personnel pour influencer les décisions d'aménagement du territoire et de planification des transports? Comment peuvent-elles contribuer à la création d'environnements qui encouragent les modes de vie sains par leur implication dans les processus de planification communautaire? Comment peuvent-elles collaborer pour adopter une démarche cohérente dans leur travail et leurs recommandations sur le milieu bâti sain? »

À l'été 2009, Fraser Health, Island Health (anciennement Vancouver Island Health Authority) et Vancouver Coastal Health se sont unies au Réseau canadien pour la santé urbaine, à trois autorités de santé urbaines du Québec et de l'Ontario et à plusieurs ONG nationales pour demander une subvention au Partenariat canadien contre le cancer dans le cadre du projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) afin de lancer la coalition « Bâtir un Canada en santé »²³. On y voyait une occasion d'accélérer les progrès des autorités de santé dans la définition et l'officialisation de leur rôle pour façonner le milieu bâti tout en créant des réseaux pour faciliter l'échange des connaissances et la coordination entre les autorités de santé.

L'acceptation de la demande de financement dans le cadre de COALITION a marqué le début de la coalition Bâtir un Canada en santé décrite dans un autre article du présent supplément. En plus de financer un projet de renforcement des capacités à l'échelle locale en Colombie-Britannique, la participation à COALITION a offert aux autorités de santé :

- 1) Une toile de fond nationale pour le travail sur le milieu bâti;
- 2) Des occasions d'apprentissage et d'échange des connaissances avec des organismes de santé de même opinion dans d'autres provinces;
- 3) Des perspectives de réseautage avec des chercheurs, des responsables des politiques et des praticiens de tout le Canada pour faire progresser le domaine localement en Colombie-Britannique.

Le présent article décrit le projet de renforcement des capacités élaboré et exécuté en C.-B. dans le cadre de la coalition Bâtir un Canada en santé. Son but à long terme était de créer : a) un environnement politique du milieu bâti qui intègre pleinement les objectifs de santé des populations; et b) un environnement politique de la santé qui intègre pleinement les considérations liées au milieu bâti, afin de réduire les facteurs de risque des maladies chroniques et d'améliorer la santé des populations.

La coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique avait trois effets escomptés :

- 1) La capacité accrue des trois autorités de santé de participer de façon productive aux processus d'aménagement du territoire et de planification des transports;
- 2) Des relations ou collaborations nouvelles et soutenues entre les trois autorités de santé et avec les administrations locales et les autres acteurs du milieu bâti;
- 3) Des indications de l'influence des autorités de santé ou de l'application des données probantes et des outils liés à la santé dans les plans et les politiques d'aménagement du territoire et de transport.

PARTICIPANTS

Population cible

Le projet visait à renforcer les capacités de trois autorités de santé régionales, à savoir Fraser Health, Island Health et Vancouver Coastal Health, et de leur personnel. Les membres du personnel ont été considérés comme étant les participants du projet (les 11 personnes directement impliquées ont été invitées à répondre aux sondages d'évaluation du projet).

Quatre membres du personnel de Fraser Health et quatre autres de Vancouver Coastal Health ont participé au projet du début à la fin. Il s'agissait de quatre médecins hygiénistes, d'un agent d'hygiène du milieu et de trois agents de santé des populations jouant des rôles de coordination et de gestion.

Un seul membre du personnel de la Vancouver Island Health Authority (un médecin hygiéniste) a participé au projet du début à la fin. En outre, deux agents de santé des populations jouant un rôle de coordination y ont participé pendant la moitié du projet chacun, en raison du roulement du personnel.

Les trois autorités de santé ont collaboré avec le personnel de l'administration locale des communautés où le projet s'est déroulé ($n=14$ planificateurs en tout, répartis entre les trois autorités de santé) ou avec le planificateur d'une autorité de

transport locale ($n=1$), des universitaires ($n=2$), un fonctionnaire provincial ($n=1$) et un agent de l'autorité de santé provinciale ($n=1$). Ces personnes, les collaborateurs du projet, étaient au nombre de 19 et provenaient de 14 organismes.

Les collaborateurs du projet ont participé de diverses façons. Les planificateurs, par exemple, ont identifié les processus d'aménagement du territoire ou de planification des transports particulièrement susceptibles de bénéficier de l'apport des autorités de santé; suggéré aux professionnels de la santé les moyens les plus productifs de s'impliquer; aidé à établir des mécanismes officiels pour assurer la participation continue des autorités de santé aux processus de planification; aidé à organiser des activités d'échange de connaissances et des rencontres de réseautage intersectorielles; organisé des réunions stratégiques entre les acteurs des administrations locales et les autorités de santé; et proposé aux autorités de santé des occasions de donner des présentations aux comités et aux décideurs clés. Tous les collaborateurs se sont prononcés sur les rapports préliminaires, les mémoires sur « la santé et le milieu bâti » et d'autres documents de rayonnement produits par les autorités de santé.

LIEU

Les trois autorités de santé servent ensemble une population de 3,4 millions de personnes (sur les 4,6 millions d'habitants de la Colombie-Britannique) dans des milieux urbains, suburbains et ruraux du Sud-Ouest de la province. Le statut socioéconomique, le profil démographique et le contexte culturel et politique de cette population sont très variés. Pour les besoins du projet, les participants ont travaillé avec des collaborateurs de divers milieux :

- Des milieux suburbains et urbains (les villes de Richmond, de Surrey et de North Vancouver, le district de North Vancouver, le Grand Victoria et la région métropolitaine de Vancouver dans son ensemble);
- Des communautés rurales en périphérie de grandes régions métropolitaines (les villes de Powell River et de Chilliwack, le secteur D – Roberts Creek – du district régional de Sunshine Coast, la municipalité de villégiature de Whistler et les districts régionaux de Sunshine Coast et de Fraser Valley dans leur ensemble).

INTERVENTION

Intervention en santé publique

Le travail dans le cadre du projet s'est déroulé en deux phases correspondant aux phases du financement. Lors de la première phase, d'octobre 2009 à décembre 2010, le financement a été fourni par le programme COALITION du Partenariat canadien contre le cancer. La seconde phase, de janvier 2011 à septembre 2012, a été financée par le programme COALITION du Partenariat canadien contre le cancer et par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (C.-B. et Yukon), la Real Estate Foundation of British Columbia et la Fondation Bullitt.

Le leadership et la responsabilité du projet ont été assurés par différents programmes au sein des trois autorités de santé : le programme de Santé des populations (Vancouver Coastal Health), le programme des Partenariats pour des communautés en meilleure santé (Fraser Health) et les médecins hygiénistes (Island

Health et Fraser Health). Les médecins hygiénistes, les agents d'hygiène du milieu et d'autres membres du personnel des autorités de santé ont assuré le leadership et participé ou contribué au projet sur une base continue ou de façon ponctuelle, selon le rôle et la tâche.

La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, à titre d'organisme responsable et d'administrateur de la coalition Bâtir un Canada en santé, a retenu les services d'une consultante en planification (ci-après, « la consultante ») ayant plusieurs années d'expérience en planification municipale dans la région. La personne choisie, spécialiste autorisée de la planification communautaire et régionale, possédait 10 ans d'expérience de travail en planification des politiques et de l'aménagement auprès d'administrations locales en Colombie-Britannique. Elle possédait aussi une compréhension manifeste des politiques et des programmes d'aménagement du territoire que les administrations locales de la province peuvent adopter pour promouvoir les modes de vie sains²⁴.

La consultante, qui relevait de la gestionnaire de projet de la coalition Bâtir un Canada en santé, a travaillé avec les autorités de santé de janvier 2010 à janvier 2012. Elle a travaillé 1 500 heures en tout et consacré de 85 % à 90 % de ce temps à aider les trois autorités de santé à faire des démarches auprès de collaborateurs éventuels du projet; à élaborer des plans de travail pour guider leur participation au projet; et à faciliter la mise en œuvre des plans de travail. Chaque autorité de santé a reçu un appui correspondant à un peu moins du tiers d'un équivalent temps plein. Les 10 % à 15 % restants du temps de la consultante ont été consacrés à l'administration générale du projet, à faciliter l'échange de connaissances entre les trois autorités de santé et à produire des rapports pour les acteurs externes, comme les bailleurs de fonds du projet.

Le travail de la consultante a été effectué à la faveur de communications téléphoniques et électroniques, de séances de travail en personne et de réunions avec chacune des autorités de santé et avec les acteurs locaux de la planification et du milieu communautaire. La consultante a divisé son temps à parts égales entre les trois autorités de santé et travaillé avec elles en même temps afin d'accroître le potentiel de diffusion des idées et des pratiques prometteuses entre les trois.

Chaque autorité de santé a eu droit à plusieurs mesures particulières :

1) Conduite d'une évaluation situationnelle (deux mois)

- La consultante a :
 - i. Rencontré le personnel responsable dans chaque autorité de santé pour évaluer le niveau de base des capacités, des connaissances et des outils de travail sur le milieu bâti;
 - ii. Rassemblé les idées préliminaires des autorités de santé sur les projets liés au milieu bâti à mener avec les administrations locales et les relations à établir avec les acteurs de la planification communautaire par le biais de cette initiative;
 - iii. Contacté officiellement les planificateurs des administrations locales pour cerner les possibilités d'impliquer de façon productive le secteur de la santé dans les processus de planification à venir.

2) Élaboration d'un plan de travail de « renforcement des capacités » pour chaque autorité de santé (un mois)

- À l'aide de l'information recueillie lors de l'évaluation situationnelle et en collaboration étroite avec la gestionnaire de projet, les équipes de projet et la consultante ont rédigé un plan de travail échelonné sur neuf mois pour chaque autorité de santé.
- Les plans de travail visaient à :
 - i. Accroître les capacités des autorités de santé de participer de façon productive aux processus d'aménagement du territoire et de planification des transports, surtout en rehaussant leurs connaissances du contenu et des processus;
 - ii. Créer des liens ou des mécanismes de collaboration nouveaux et soutenus avec les autres autorités de santé, les administrations locales et les autres acteurs du milieu bâti;
 - iii. Produire des données probantes sur l'influence exercée par les autorités de santé sur les plans et politiques d'aménagement du territoire et de transport.
- Pour chaque projet de renforcement des capacités sélectionné par les autorités de santé, les plans de travail contenaient les sections suivantes : 1) brève description du projet et de ses objectifs; 2) tâches/activités; 3) extraits; 4) description de la façon dont le projet en question rehausserait les capacités de l'autorité de santé de travailler sur des enjeux liés au milieu bâti; 5) ressources humaines, et rôles de la consultante en planification et du personnel des autorités de santé; et 6) échéanciers et jalons.
- Les trois autorités de santé ont eu une rencontre d'une journée pour partager leurs plans de travail préliminaires et les peaufiner en fonction de leur rétroaction mutuelle.
- Une fois les premiers plans de travail achevés, on a obtenu des fonds de projet supplémentaires, et la consultante en planification et les participants des projets ont élaboré d'autres plans de travail pour la deuxième année de l'initiative.

3) Mise en œuvre des plans de travail

Selon les besoins, les possibilités et le contexte propres à chaque autorité de santé, la consultante en planification a travaillé à divers extraits et tâches avec les participants des projets :

- **Élaboration de ressources**, comme des mémoires et des modèles de présentations PowerPoint sur « l'environnement bâti favorable à la santé », pour aider le personnel des autorités de santé à participer aux processus d'aménagement du territoire et de planification des transports.
- **Production de rapports**, comme une étude de cas sur une association de quartier ayant collaboré avec une autorité de santé pour aborder une préoccupation liée à l'aménagement du territoire.
- **Facilitation de l'échange intersectoriel des connaissances**, notamment en réunissant des planificateurs, des chercheurs et des professionnels de la santé pour entendre parler des preuves les plus récentes des liens entre la santé et le milieu bâti et trouver des occasions de collaborer à l'échelle locale.
- **Examen et commentaire de projets de documents de politique sur l'aménagement du territoire**, comme

des plans communautaires officiels et des stratégies de croissance régionales.

Évaluation

L'évaluation du projet a été intégrée dans l'évaluation globale de la coalition Bâtir un Canada en santé. Une société d'experts-conseils en recherche-évaluation de niveau doctoral a aidé les autorités de santé à élaborer un cadre d'évaluation définissant les extrants et les effets escomptés de leurs projets; à préparer un plan et des outils d'évaluation; et à évaluer les projets à certains intervalles et en fin de parcours.

Dans le présent article, nous présentons les données d'évaluation résultant des deux sondages en ligne administrés aux participants du projet en décembre 2010 et en novembre 2011 (pour la C.-B., $n=6$ et taux de réponse=60 %, avec des répondants issus des trois autorités de santé, les deux années du sondage). Ces sondages comportaient à la fois des échelles de Likert et des questions ouvertes. Nous avons aussi inclus les données recueillies lors des entrevues de fin de projet menées par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) en 2012 ($n=5$ participants de projets, issus de trois autorités de santé)⁷.

Les données d'évaluation recueillies auprès des collaborateurs du projet 19 mois et 27 mois après le lancement du projet sont également présentées. Ces données ont été produites au moyen : a) d'un sondage en ligne anonyme administré aux collaborateurs du projet en mai 2011 ($n=6$ collaborateurs de Fraser Health et de Vancouver Coastal Health, taux de réponse=60 %); b) d'un sondage en ligne anonyme administré aux collaborateurs du projet en janvier 2012 ($n=5$ collaborateurs de Fraser Health Authority et de Vancouver Island Health Authority, taux de réponse=31 %); et c) d'un groupe de discussion non anonyme organisé pour le personnel des autorités de santé (participants) et le personnel de planification (collaborateurs) le 17 octobre 2011 pour réfléchir aux résultats de leur partenariat jusqu'à maintenant ($n=2$ membres du personnel de planification ayant été les collaborateurs de Vancouver Coastal Health, taux de participation=50 % des quatre personnes invitées au groupe de discussion).

EFFETS

En tout, 11 membres du personnel des trois autorités de santé ont travaillé avec la consultante à élaborer et à exécuter trois plans de travail de renforcement des capacités. Neuf des 11 participants des trois autorités de santé ont été impliqués du début à la fin du projet. Dans un sondage en ligne anonyme administré aux participants du projet en novembre 2011 ($n=6$ et taux de réponse=60 %), deux répondants ont dit consacrer entre 41 % et 79 % de leur temps au projet au cours d'un mois type, et quatre répondants ont dit consacrer moins de 40 % de leur temps au projet au cours d'un mois type. Les tableaux 1 à 4 présentent les principaux extrants générés par le projet.

Premier effet escompté : Accroître les capacités des autorités de santé de participer de façon productive aux processus d'aménagement du territoire et de planification des transports

Les sondages annuels auxquels ont répondu les participants du projet en 2010 et 2011 indiquent que le projet a accru les

capacités de certains participants à collaborer aux processus de planification communautaires, en partie en rehaussant leurs connaissances du contenu et des processus. Les résultats des sondages peuvent être résumés comme ceci :

- En 2010, tous les répondants au sondage sauf un ont dit avoir accru leurs connaissances des milieux bâtis sains grâce au projet. En 2011, tous les répondants au sondage ont dit avoir accru leurs connaissances. Dans la section ouverte du sondage, une personne a indiqué : *J'ai amélioré ma connaissance de la recherche sur la santé et l'environnement bâti.*
- En 2010, quatre répondants sur six ont indiqué avoir amélioré leurs compétences ou en avoir acquis de nouvelles grâce au projet. En 2011, tous les répondants au sondage étaient de cet avis. Une personne en a donné un exemple : *Nous sommes plus aptes à travailler auprès des administrations locales et à comprendre leurs besoins.*
- En 2011, tous les répondants étaient plutôt d'accord, d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils connaissaient mieux les autres organismes du domaine. Les réponses au sondage de 2010 sur cette question étaient sensiblement plus faibles.

Les commentaires recueillis lors des entrevues du CCNPPS sur l'impact du projet reflètent ces résultats :

*Le projet COALITION a aidé [notre autorité de santé] à élaborer des outils et des approches très utiles dans notre travail. Par exemple, nous avons élaboré et adapté un protocole d'entente pour définir et renforcer les partenariats. Nous avons également élaboré des outils et des ressources qui nous aident à établir des liens et à travailler de façon proactive avec les divers publics participant à des processus de planification de l'utilisation du sol : les représentants élus, les communautés, les parties prenantes et les résidents des communautés.*²⁵

*Nous [l'autorité de santé] avons constitué une modeste base de données sur le sujet (bibliothèque, fiches d'information, pratiques et précédents en matière de participation communautaire, etc.) sur laquelle s'appuieront les responsables de l'EBFS [environnement bâti favorable à la santé] au sein de notre organisation pour mettre à contribution d'autres intervenants dans nos activités futures. Nous avons développé des idées plus concrètes sur la signification de l'EBFS dans notre contexte et nous avons aujourd'hui une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise de la question que lorsque nous avons joint l'initiative COALITION il y a quelques années*²⁵.

Le projet pourrait aussi avoir contribué à renforcer les capacités des autorités de santé participantes à collaborer aux processus d'aménagement du territoire et de planification des transports en facilitant les modifications aux stratégies, aux programmes, aux affectations des ressources humaines ou aux pratiques des autorités de santé. En 2010, la moitié des répondants au sondage ont déclaré avec conviction que **leur organisme était en train d'élaborer un nouveau programme ou de modifier un programme existant en raison du projet**, par exemple :

- *[Nous avons une nouvelle] stratégie de mobilisation communautaire;*
- *La province a fait de l'EBFS une priorité; chaque autorité de santé élabore maintenant des programmes en conséquence;*
- *Il y a bon espoir que le rapport sur les installations saines servira à éclairer la planification et l'aménagement futurs des établissements de santé de [l'autorité de santé];*

Tableau 1. Activités et produits livrés par Fraser Health dans le cadre de sa participation à la coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique (2009-2012)

Description des activités et des produits

Mémoires explicatifs sur l'environnement bâti favorable à la santé

- Effectué des recherches, rédigé et réalisé une série de mémoires pour éclairer les politiques de planification municipales et faire ressortir les enjeux importants à la fois pour la santé et la municipalité.
- Thèmes : logement sain; communautés complètes, compactes et connectées; accès et possibilités équitables; alimentation saine et sécurité alimentaire; transport; et dangers environnementaux. Chaque mémoire explique la pertinence pour la santé, les données probantes à l'appui et présente des recommandations pour les politiques et les pratiques sur le milieu bâti.
- Impliqué des partenaires municipaux et divers membres du personnel des autorités de santé dans la conception, l'examen et la réalisation des mémoires.

Atelier pour le personnel de l'autorité de santé

- Conçu et offert un atelier d'une journée sur l'environnement bâti à l'intention des agents d'hygiène du milieu et du personnel de promotion de la santé communautaire (n=31).
- Deux planificateurs locaux ont donné des présentations sur leur travail actuel et leurs orientations stratégiques.
- Le médecin hygiéniste associé au projet a présenté les grands principes et les données probantes sur « la santé et l'environnement bâti ».
- Les participants de l'atelier ont analysé un plan municipal type et déterminé : a) s'il contribuait ou non à rendre l'environnement bâti plus favorable à la santé, b) certains des obstacles et des intérêts divergents pouvant se manifester lors de l'élaboration d'un plan d'aménagement du territoire et c) les stratégies que les autorités de santé peuvent utiliser pour commenter un plan proposé et offrir leur appui aux planificateurs.
- Les participants du projet au sein de cette autorité de santé ont aussi présenté des projets parallèles et complémentaires par le biais desquels l'autorité de santé collabore avec les municipalités locales.

Participation aux processus de planification et à l'édification de liens avec les planificateurs

- Examiné et commenté les projets de plans communautaires officiels de la Ville de Surrey et du District de Mission et un projet de plan de quartier pour la Ville de Surrey.
- Le but de l'exercice était de tisser des liens avec le personnel de planification municipal, de se renseigner sur les moyens de s'impliquer efficacement, et de contribuer à renforcer le potentiel de promotion de la santé des plans en cours de mise au point.
- Organisé un « déjeuner-causerie » pour le personnel de l'autorité de santé et les planificateurs de la Ville de Surrey afin de favoriser le réseautage, l'échange des connaissances et le partage d'expériences, de points de vue et de priorités en ce qui a trait au milieu bâti.

Guide de travail des Plans communautaires officiels (PCO)

- Adaptés des fiches d'information (voir plus haut), les éléments proposés étaient des modèles de présentations PowerPoint et d'autres ressources et un algorithme pour aider le personnel de l'autorité de santé et le service de planification de l'administration locale à trouver les contacts appropriés dans l'organigramme de l'autre.
- Obtenu les commentaires des administrations locales, régionale et provinciale pour l'élaboration du guide de travail.

- *L'environnement bâti fait maintenant partie de notre planification stratégique globale;*
- *Probablement une plus grande implication du personnel dans la planification communautaire officielle à l'échelle des administrations locales ou régionales.*

Durant le projet, la consultante a directement formé et soutenu trois ou quatre membres du personnel de chaque autorité de santé. Ces personnes, en retour, se sont servies de l'expérience et des connaissances acquises grâce au projet pour se prononcer sur les structures et les pratiques organisationnelles du travail sur le milieu bâti au sein de chaque autorité de santé. On en trouve des indications dans les entrevues du CCNPPS :

À l'interne [au sein de l'autorité de santé], dans le cadre de l'initiative COALITION, nous avons été en mesure d'élaborer graduellement un modèle pour la réalisation de nos travaux sur l'EBFS qui convient à [l'autorité de santé]. Un grand nombre d'employés et de services au sein de [l'autorité de santé] participent aux travaux sur l'EBFS (protection de la santé, santé des

Tableau 2. Activités et produits livrés par Island Health dans le cadre de sa participation à la coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique (2009-2012)

Description des activités et des produits

Participation à un processus de planification régional

- Examiné et commenté le projet de stratégie régionale de développement durable du District régional de la Capitale.

Intégration de la santé dans la planification des établissements de santé

- Consulté des organismes communautaires sans but lucratif, le personnel de divers services des autorités de santé, les planificateurs municipaux et des architectes de sociétés d'experts-conseils privées afin de produire un rapport explorant des questions comme : Comment les établissements de santé s'insèrent-ils dans un cadre « d'environnement bâti favorable à la santé »? Comment les établissements de santé peuvent-ils contribuer à la santé des divers « groupes d'utilisateurs » – les patients, le personnel, les visiteurs, les résidents du quartier? et Comment peut-on planifier ces établissements pour qu'ils contribuent au choix de modes de transport actifs et à d'autres éléments clés d'un environnement bâti plus favorable à la santé?
- Effectué des recherches sur des exemples de plans directeurs d'établissements de soins de santé conformes aux principes et aux pratiques de l'environnement bâti favorable à la santé.
- Examiné un exemple local (à Victoria), à savoir, un nouveau centre de soins aux patients, ainsi que le plan directeur à long terme d'un complexe d'établissements de soins de santé.

Qualité de l'air – groupe de travail et forum

- Dirigé la reconstitution du groupe de travail sur la qualité de l'air du District régional de la Capitale et élargi son mandat pour inclure des liens avec la planification du développement durable et de la santé.
- Exploré les possibilités pour le groupe de travail sur la qualité de l'air de collaborer plus étroitement avec ses partenaires des administrations locales et avec les professionnels de la santé au sein d'un cadre d'aménagement du territoire.
- Organisé conjointement un forum d'apprentissage sur les enjeux régionaux de la qualité de l'air et l'action locale. Le forum a attiré des fonctionnaires fédéraux, provinciaux, régionaux et locaux, des universitaires et des représentants d'organismes sans but lucratif.

Enseignements de la James Bay Neighbourhood Association

- En partenariat avec la James Bay Neighbourhood Association (à Victoria), décrit et partagé les processus, les réussites et les défis de cette association de quartier, qui tentait de cerner les problèmes de santé locaux associés à l'aménagement du territoire et de mobiliser des ressources pour en aborder les impacts.
- Le but principal du rapport était de renseigner l'autorité de santé sur les meilleurs moyens de travailler avec les associations de quartier pour aborder les problèmes de santé communautaire.

populations, médecin hygiéniste, planification autochtone, logement, etc.). Nous avons pu travailler avec ces groupes pour renforcer progressivement la sensibilisation, l'appui, l'engagement et l'expérience de ce travail en collaboration. Nous avons appris — par l'expérience et la réflexion — comment former nos équipes de [l'autorité de santé] à une échelle locale et assigner les postes aux employés de [l'autorité de santé] afin de soutenir les communautés le plus efficacement possible. Cette approche consistant à inclure des employés de [l'autorité de santé] provenant de divers groupes nous a offert un éventail de perspectives et d'optiques quant aux composantes du travail sur l'EBFS²⁵.

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

Tableau 3. Activités et produits livrés par Vancouver Coastal Health dans le cadre de sa participation à la coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique (2009-2012)

Description des activités et des produits

Participation aux processus de planification municipaux (communautés urbaines)

- Participé intensivement à l'examen des plans communautaires officiels du District de North Vancouver, de la Ville de North Vancouver et de la Ville de Richmond.
- Il a fallu pour cela examiner et commenter les plans préliminaires, donner des présentations aux acteurs du milieu (maire, conseillers, résidents et organismes communautaires locaux) et préparer des documents imprimés (documents de réflexion, affiches) pour les consultations publiques.
- Pour le District et la Ville de North Vancouver, il a aussi fallu rédiger et conclure un protocole d'entente entre les administrations locales (services de planification) et l'autorité de santé afin d'établir les paramètres de leur collaboration et de définir les rôles de chaque entité.
- Participé à l'examen des directives d'aménagement municipales et d'un plan de transport municipal.

Participation aux processus de planification municipaux (communautés rurales)

- Complié des profils de santé communautaire liés à la planification communautaire de la région de Sunshine Coast et de ses municipalités, puis organisé un groupe de discussion avec les planificateurs et les représentants d'organismes communautaires pour obtenir leur rétroaction.
- Examiné et commenté le projet de stratégie de développement durable de la région de Sunshine Coast, ainsi que les projets de plans communautaires officiels de Roberts Creek, de la circonscription de Powell River et de la municipalité de villégiature de Whistler.
- Élaboré un classeur numérique de ressources pour aider le personnel de l'autorité de santé à s'impliquer dans les processus de planification des communautés rurales et de petite taille.

Tableau 4. Activités et produits livrés en partenariat par Fraser Health et par Vancouver Coastal Health dans le cadre de leur participation à la coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique (2009-2012)

Description des activités et des produits

Création d'un organisme de concertation pour la conception de communautés en santé dans la région métropolitaine de Vancouver

- En partenariat avec l'administration régionale, l'autorité de transport locale et des chercheurs universitaires, on a convié des planificateurs, des professionnels de la santé et des chercheurs à des séances pour échanger des connaissances et étudier les possibilités de collaboration. Ces partenariats ont fait fond sur les discussions et les commentaires du processus de la « stratégie de croissance régionale » auquel les deux autorités de santé ont participé.
- Planifié et mis en œuvre deux ateliers régionaux de plus de 100 participants chacun (des planificateurs et des professionnels de la santé de toute la région).

Région métropolitaine de Vancouver – planification régionale

- Les deux autorités de santé ont rencontré les planificateurs régionaux à plusieurs reprises et donné une présentation devant le Comité consultatif de planification régionale (anciennement le Comité consultatif technique), composé des directeurs de la planification et des directeurs généraux de l'administration des 21 municipalités et des deux entités locales de la région métropolitaine de Vancouver.

définir, au sein de [l'autorité de santé], un modèle durable afin de faciliter nos travaux sur l'EBFS dans la vaste région que nous desservons²⁵.

Deuxième effet escompté : Créer des liens ou des mécanismes de collaboration nouveaux et soutenus avec les autres autorités de santé, les administrations locales et les autres acteurs du milieu bâti

En 2011, tous les participants du projet qui avaient répondu aux questionnaires d'évaluation déclaraient que le projet les avait aidés à tisser de nouvelles relations ou collaborations avec des collègues d'autres autorités de santé, des administrations locales ou d'autres secteurs intervenant dans les décisions sur le milieu bâti. Par contre, les améliorations ou les changements à la façon

Figure 1. Fraser Health, Island Health et Vancouver Coastal Health : Nombre total d'interactions avec les autres organismes ayant participé à la coalition Bâtir un Canada en santé

dont les autorités de santé disaient travailler avec d'autres organismes du même domaine n'étaient pas aussi solides. Un répondant a fait ce commentaire : *Beaucoup de défis intéressants quand on collabore avec de nouveaux partenaires et avec les communautés – le processus d'apprentissage est sans fin!*

Quand on leur a demandé de commenter les avantages et les impacts du projet, le personnel des autorités de santé ayant répondu aux sondages annuels a donné de nombreux exemples de liens nouveaux ou améliorés avec d'autres organismes ou d'autres secteurs. C'est ce type d'impacts qui a suscité les commentaires les plus fournis de la part des répondants. Les grands thèmes qui sont ressortis des réponses aux questions ouvertes des sondages indiquent que le projet a amélioré plusieurs aspects de la collaboration :

- Les occasions d'échange de connaissances ou de collaboration entre les autorités de santé de la C.-B.;
- Les nouveaux maillages intersectoriels à l'échelle locale;
- Le réseautage, la coordination ou la collaboration entre les autorités de santé et les administrations locales (surtout les services de planification);
- L'accès à des partenaires potentiels et au savoir d'autres provinces, du reste du Canada et même de l'étranger;
- De nouveaux éclairages sur le travail en partenariat.

Ces améliorations sont aussi, dans une certaine mesure, appuyées par les résultats des sondages en ligne administrés aux collaborateurs du projet en mai 2011 et janvier 2012 ($n=6$, taux de participation=60 %, et $n=5$, taux de participation=31 %, respectivement). On a demandé à ces collaborateurs : *Dans quelle mesure êtes vous d'accord ou non que dans ce projet, les connaissances, les conseils techniques, le savoir-faire ou les recommandations de l'autorité de santé/de la coalition Bâtir un Canada en santé ont aidé les secteurs de la santé et de la planification de votre région à travailler étroitement ensemble?* Ici, 67 % des répondants en 2011 et 60 % des répondants en 2012 se sont dits d'accord ou tout à fait d'accord. À l'opposé, 0 % en 2011 et 20 % en 2012 se sont dits en

désaccord, et 33 % en 2011 et 20 % en 2012 n'ont pas répondu. De même, à l'énoncé *Mon organisme applique les connaissances, les conseils techniques, le savoir-faire ou les recommandations de l'autorité de santé/de la coalition Bâtir un Canada en santé*, 60 % des répondants au sondage de janvier 2012 ont répondu « oui », 20 % ont répondu « non » et 20 % n'ont pas répondu. Quand on leur a demandé de *décrire comment (leur) organisme applique les connaissances, les conseils techniques, le savoir-faire ou les recommandations de l'autorité de santé/de la coalition Bâtir un Canada en santé*, les répondants ont écrit :

- *Durant l'élaboration du nouveau Plan communautaire officiel et des plans secondaires (plans de quartier, de couloirs de verdure, de sentiers pédestres etc.), notre partenariat a rehaussé la prise en compte des conséquences sanitaires de différentes politiques.*
- *[L'autorité de santé] a fourni une rétroaction sur notre plan régional. Elle a présenté « l'optique de la santé » et fourni des conseils stratégiques sur les moyens de renforcer le plan du point de vue de la santé.*

Voici d'autres exemples d'impacts mentionnés par les répondants aux sondages en ligne ($n=5$; taux de réponse=31 %) et les planificateurs ayant participé au groupe de discussion pour aider à évaluer le projet ($n=2$, taux de réponse=50 %) :

- *La question de la santé et de la planification a été mise en avant-plan pour les planificateurs, en partie grâce à [l'autorité de santé] et à l'initiative COALITION.*
- *Utilisé les ressources autour de la table pour travailler sur un enjeu commun. Ce ne serait jamais arrivé si nous avions travaillé en vases clos.*
- *[L'autorité de santé] a fourni un apport qui a mené à des changements dans le contenu et les orientations; p. ex., la sécurité alimentaire : [l'autorité de santé] a aidé à renforcer les politiques touchant à la sécurité alimentaire/l'agriculture urbaine.*
- *[L'autorité de santé], en tant que partenaire importante du PCO [Plan communautaire officiel], a exercé un poids politique sur l'appui moral du Conseil au PCO.*

La coalition Bâtir un Canada en santé a probablement aussi stimulé des niveaux accrus de réseautage, de coordination et de coopération entre les autorités de santé de la C.-B. et les organismes ayant participé à la coalition Bâtir un Canada en santé dans les provinces canadiennes. On le sait grâce aux sondages annuels, où les participants britanno-colombiens du projet ont catégorisé leurs interactions avec des organismes ontariens, québécois et nationaux, avant et après leur implication dans le projet (figure 1).

Des anecdotes sur l'impact du projet sur la collaboration sont aussi ressorties des entrevues du CCNPPS. Par exemple :

L'initiative COALITION a également aidé [l'autorité de santé] à jouer un rôle proactif dans les partenariats avec d'autres organisations. [...] L'initiative COALITION nous a aussi permis d'améliorer continuellement la communication avec d'autres partenaires (urbanistes municipaux, etc.) et d'établir quelques nouvelles relations qui nous aideront dans nos travaux futurs. Par exemple, nous avons consulté des urbanistes au début de nos projets de COALITION et nous pourrions reprendre contact avec eux²⁵.

Troisième effet escompté : Influencer les plans et les politiques d'aménagement du territoire et de transport

À la fin du projet, on a eu des preuves modestes de l'influence de la santé publique sur un plan d'aménagement du territoire en

particulier. Le Plan communautaire officiel du District de North Vancouver, adopté en 2011, mentionne explicitement Vancouver Coastal Health parmi les acteurs impliqués dans son élaboration²⁶.

Aspects à améliorer

Lorsqu'on leur a posé des questions ouvertes pour comprendre ce qu'il faudrait faire pour améliorer ou faciliter le projet Bâtir un Canada en santé ou pour accélérer les changements au milieu bâti, les employés des autorités de santé ayant répondu aux sondages en ligne ont donné plusieurs exemples et idées :

- 1) Davantage de temps et de ressources;
- 2) Des rôles et des partenariats plus définis, et une idée plus claire du rôle particulier de la santé et de son apport potentiel au processus de planification;
- 3) Une plus grande collaboration d'un projet ou d'une autorité de santé à l'autre;
- 4) L'appui de la haute direction, l'implication d'un effectif plus diversifié de personnel/de services et une plus grande intégration de ce travail dans les plans et stratégies existants de l'organisme.

Les collaborateurs du projet qui ont répondu au sondage en ligne ont aussi cerné des éléments à améliorer. En réponse à la question *Comment pourrait-on améliorer les connaissances, les conseils techniques, le savoir-faire ou les recommandations reçus de l'autorité de santé/de la coalition Bâtir un Canada en santé?* un répondant a indiqué :

- *Les études de plus en plus nombreuses qui découvrent des liens entre l'aménagement des collectivités et les résultats sanitaires sont une bonne chose, mais ces études doivent être plus spécifiques et nuancées pour être plus utiles en tant qu'élément probant dans la prise des décisions de planification.*
- *Si cela convient (p. ex., si l'échelle d'un projet est assez grande, si les impacts sur la santé sont considérables), il serait bon d'avoir l'avis de [l'autorité de santé] sur les impacts sur la santé des grands projets ou aménagements proposés dans [la région]. Ce serait utile pour mieux comprendre le genre d'indicateurs à utiliser pour évaluer les communautés en santé.*
- *Il faudrait travailler davantage avec la communauté, le grand public et les élus/la classe politique. Les planificateurs et les professionnels de la santé publique sont déjà très étroitement alignés et « chantent la même partition ». Quand il y a des problèmes, ils se posent plutôt avec le public et les décideurs. Les conseils d'administration des hôpitaux devraient aussi être ciblés par des mesures de formation.*
- *Il devrait être possible pour [l'autorité de santé] et le District de mieux diffuser l'information (sur les enjeux, les solutions et les réussites) « à l'externe » (aux membres de la communauté).*
- *La mise en œuvre du PCO [Plan communautaire officiel] est d'une importance clé, et le District a besoin que [l'autorité de santé] soit impliquée.*

De plus, en réponse à la question *Comment pourrait-on améliorer les réunions ou les activités organisées par l'autorité de santé [XX]/la coalition Bâtir un Canada en santé?* les collaborateurs du projet ayant répondu au sondage ont fait les commentaires suivants :

- *Ces réunions pourraient être davantage axées sur les promoteurs immobiliers et les experts-conseils en aménagement, qui hésitent souvent à admettre les conséquences d'une conception plus saine des communautés et des quartiers, car elles sont perçues comme limitant leurs options d'aménagement ou ajoutant aux coûts des projets.*

- Inclure les décideurs, les personnes du public, les administrateurs d'hôpitaux. Peut-être aussi des gens d'autres disciplines comme les ingénieurs municipaux... Mais encore une fois, je crois que nos ambitions et nos approches sont les mêmes. Le défi est plutôt l'état d'esprit général sur l'usage de l'automobile, les choix de modes de vie, l'environnement bâti.
- Leur travail devrait se poursuivre. Les réunions, les activités, le réseautage, les prises de contact devraient se poursuivre à l'échelle régionale et municipale. L'action sociale exercée par [l'autorité de santé] demeure importante. [L'autorité de santé] pourrait être plus claire quant aux types d'actions que les municipalités et les régions peuvent mener pour créer des communautés en santé.

CONCLUSIONS

Le projet décrit dans cet article est novateur. Il a fourni aux autorités de santé les services d'une planificatrice professionnelle pour les aider à influencer les décisions d'aménagement du territoire et de planification des transports. Par le passé, l'implication des autorités de santé dans les processus de planification en Colombie-Britannique se limitaient en général aux questions d'eau, d'égouts et de qualité de l'air. Le projet a réuni des professionnels de la santé et des planificateurs communautaires pour stimuler les capacités des autorités de santé de contribuer aux plans de transport et d'aménagement du territoire en les harmonisant avec les objectifs de promotion de la santé.

Les données d'évaluation présentées dans cet article indiquent que le projet a accru la connaissance du milieu bâti chez les autorités de santé participantes. Les tableaux 1 à 4 énumèrent les nombreux extrants et ressources générés par la consultante avec les autorités de santé. Après COALITION, la BC Provincial Health Services Authority s'est servie de certaines de ces ressources dans l'élaboration de la trousse d'information « Built Environment Linkages Toolkit²⁷ », qui présente aux autorités de santé de la province les principes communs d'un milieu bâti sain. Sur cette base, et d'après les données d'enquête (résumées à la rubrique des Effets), nous conjecturons que le projet pourrait avoir contribué à accélérer la concertation entre les autorités de santé régionales de la C.-B. pour élaborer des messages et des démarches plus uniformes dans leur travail sur le milieu bâti.

Selon les entrevues d'évaluation menées par le CCNPPS, certains participants du projet ont acquis de nouvelles connaissances sur la réaffectation possible des ressources humaines au sein des autorités de santé pour appuyer la collaboration à l'aménagement du territoire et à la planification des transports. Deux ans après la fin du projet, au-delà de la période d'évaluation décrite dans cet article, on voit des signes de changement dans les structures des autorités de santé pour faciliter la collaboration aux processus de planification. Par exemple, certaines ont ajouté le milieu bâti aux sujets abordés dans les descriptions de poste du personnel de santé communautaire et des agents d'hygiène du milieu; deux autorités de santé ont été jusqu'à créer une nouvelle équipe d'agents d'hygiène du milieu (3,5 et 2,5 équivalents temps plein chacune) qui se consacrent à travailler avec les administrations locales et d'autres acteurs sur le milieu bâti et les politiques connexes. Ces changements structurels ne peuvent être imputés uniquement à la coalition Bâtir un Canada en santé, mais les représentants des

autorités de santé qui ont collaboré à la rédaction du présent article conviennent que le projet a joué un rôle dans ces changements.

Le projet a aussi jeté les bases de partenariats intersectoriels et interorganisationnels. Une revue de la littérature spécialisée dans le monde a permis de constater que ce type d'alliances, à l'échelle locale et nationale, facilite beaucoup l'intégration de considérations sanitaires dans les décisions d'aménagement du territoire²⁸. Des observations semblables ont été mises de l'avant à titre anecdotique au Colorado (États-Unis). Là-bas, d'après leur expérience de travail sur des dossiers d'aménagement du territoire, les professionnels de la santé ont recommandé que la première étape pour que les agents d'hygiène du milieu puissent influencer le milieu bâti soit de tisser des liens avec les planificateurs et les décideurs municipaux²⁹. Au pays, la coalition Bâtir un Canada en santé a favorisé le réseautage, l'échange des connaissances et la collaboration entre les autorités de santé de la Colombie-Britannique et des organismes semblables dans d'autres provinces. À l'échelle locale, en Colombie-Britannique, l'initiative a été pour les professionnels de la santé publique une occasion d'apprendre à travailler avec des collègues des secteurs de l'aménagement du territoire et de la planification des transports sur des enjeux qui dépassent les égouts et la qualité de l'air et de l'eau.

À la fin du projet en 2012, on commençait à voir les signes de l'influence du secteur de la santé dans les politiques et les documents d'aménagement du territoire et de planification des transports. D'octobre 2012 au printemps 2014, plusieurs autres documents stratégiques de planification ont fait une place importante à la santé. Le Plan communautaire officiel de la Ville de Richmond, adopté en novembre 2012³⁰, la dernière version du Plan communautaire officiel de la Ville de Surrey (en cours de révision)³¹, le projet de Plan communautaire officiel de la Ville de Chilliwack (en cours de révision)³² et le projet de Stratégie de développement durable du District régional de la Capitale (en cours de mise au point)³³ en sont des exemples. Le prochain défi à relever par le secteur de la santé en C.-B. sera de veiller à ce que ces documents de planification de haut niveau soient bel et bien appliqués, ce qui pourrait prendre plusieurs dizaines d'années.

Leçons apprises

Voici les principaux enseignements du projet :

- 1) Il faut du temps pour obtenir des résultats.** Le processus de changement nécessaire pour intégrer pleinement et de façon productive un domaine de travail nouveau et complexe, comme le milieu bâti, dans les modes de fonctionnement des autorités de santé a exigé du temps et une vision élargie de la santé. De plus, la plupart des processus de planification communautaire s'étendent sur plusieurs mois, sinon plusieurs années, et peuvent être retardés par des facteurs politiques ou autres indépendants de la volonté du secteur de la santé. Il a donc été très difficile de produire des résultats stratégiques dans les délais du projet. Dans les futures interventions de ce type, il faudrait songer à prolonger le calendrier de mise en œuvre.
- 2) Il faut des rôles bien définis et une idée claire du rôle spécifique de la santé et de son apport éventuel au processus de planification.** La nature intersectorielle et pionnière de l'intégration des acteurs et des données

probantes de la santé dans l'aménagement du territoire et la planification des transports a ajouté à la difficulté du projet. Les deux années de mise en œuvre du projet étaient presque écoulées quand les participants ont commencé à se faire une idée de « qui doit faire quoi et quand ». Néanmoins, les réponses à cet exercice de définition des rôles n'ont pu être établies qu'avec l'expérience, en envoyant une petite équipe d'« adoptants précoces » sur le terrain. Cette approche d'« apprentissage par la pratique » a été difficile, mais elle a beaucoup aidé les autorités de santé à déterminer les moyens les plus efficaces d'influencer les décisions sur le milieu bâti. On a notamment clarifié les rôles que les différents membres du personnel des autorités de santé peuvent jouer pour influencer les décisions sur le milieu bâti, les besoins en ressources humaines, les lacunes à combler dans les données probantes et la difficulté d'appliquer les preuves disponibles sur la santé et le milieu bâti dans des recommandations de politiques et de pratiques pour divers contextes (urbains, suburbains et ruraux).

3) L'appui de la haute direction à ce domaine de travail est erratique. Une autorité de santé a eu du mal à s'impliquer pleinement dans le projet en raison du manque d'appui aux projets de santé des populations (comme celui-ci), car la haute direction accordait la priorité aux initiatives de soins actifs.

4) Il faut du temps pour favoriser une vaste adhésion à ce nouveau domaine de travail au sein des autorités de santé. Dans toutes les autorités de santé, il a fallu plusieurs années pour rallier les gens et cultiver les capacités internes de faire ce type de travail au sein des autres services et du personnel. Étant donné la jeunesse du portefeuille du milieu bâti au sein des autorités de santé et le nombre relativement faible d'employés possédant des compétences de pointe dans ce domaine pour l'instant, la capacité de ces organismes de collaborer efficacement à l'aménagement du territoire et à la planification des transports est particulièrement vulnérable aux changements de personnel.

Contraintes de l'évaluation de projet abordées dans le présent article

Les taux de participation aux sondages d'auto-évaluation annuels ont été plutôt faibles (60 %). C'est probablement parce que près de 50 % des participants du projet étaient des médecins hygiénistes, qui ont une très lourde charge de travail. Néanmoins, les répondants ont fourni des réponses complètes et détaillées aux questions ouvertes des sondages, ce qui a donné un précieux aperçu de l'impact de la coalition Bâtir un Canada en santé en Colombie-Britannique.

Des représentants des trois autorités de santé régionales ont rempli les questionnaires d'évaluation en ligne et participé aux entrevues d'évaluation menées par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Cependant, les résultats présentés dans cet article pourraient ne pas être généralisables en raison du petit nombre de participants du projet.

Une autre contrainte a été l'absence de registres détaillés des heures consacrées par les participants au projet (le travail « en

personne »). Dans le questionnaire d'évaluation en ligne de novembre 2011, on a demandé aux participants du projet *En moyenne, quel pourcentage de votre temps de travail avez-vous consacré aux activités du projet COALITION au cours d'un mois type?* Ici, les répondants avaient les choix de réponses suivants : a) moins de 40 % de mon temps; b) entre 41 % et 79 % de mon temps; et c) plus de 80 % de mon temps. Cette démarche ne nous permet pas d'explorer les associations éventuelles entre le temps consacré au projet par les employés participants des autorités de santé et la réussite de l'initiative.

Nous avons aussi été limités par le faible taux de réponse des collaborateurs du projet aux questionnaires d'évaluation en ligne. En général, les collaborateurs étaient des membres du personnel de planification des administrations locales servies par les autorités de santé ayant participé au projet. Nous n'avons eu aucun problème à collaborer avec les planificateurs des administrations locales lors des réunions ou des dialogues portant sur l'élaboration de politiques de planification directement pertinentes pour leurs communautés et leurs descriptions de tâches au quotidien, mais nous avons trouvé très difficile de les convaincre de répondre au questionnaire d'évaluation. De plus, une des autorités de santé a tenu un groupe de discussion de deux heures avec ses collaborateurs clés, en octobre 2011, pour évaluer le projet, ce qui pourrait avoir épuisé la volonté de ces planificateurs de collaborer à d'autres activités d'évaluation, comme le sondage en ligne. Les futurs efforts d'évaluation de projets similaires devraient avant tout chercher à comprendre comment améliorer le projet et le rôle des autorités de santé dans les processus de planification du point de vue des planificateurs des administrations locales ou d'autres collaborateurs clés, comme les ONG de la santé.

Dans l'ensemble, le projet a beaucoup gagné à faire partie d'une initiative pancanadienne. Comme l'a dit une participante :

Le projet COALITION a été efficace pour [notre autorité de santé] parce qu'il nous a permis de nous associer à un mouvement pancanadien. [...] À l'interne, dans le cadre de l'initiative COALITION, nous avons été en mesure d'élaborer graduellement un modèle pour la réalisation de nos travaux sur l'EBFS [environnement bâti favorable à la santé] qui convient à [l'autorité de santé]. [...] L'initiative COALITION a fait mieux connaître le travail sur l'EBFS en démontrant que nos travaux sur l'EBFS s'inscrivent dans le cadre d'un mouvement de pratique progressive qui se produit partout au pays.

Les études futures devraient miser encore davantage sur la perspective nationale en examinant en quoi les structures de la santé publique dans diverses provinces canadiennes (sources de financement, liens avec les administrations locales, affiliations avec les soins actifs, enveloppes budgétaires de santé provinciales) facilitent ou entravent la participation efficace des autorités de santé à l'aménagement du territoire et à la planification des transports. L'information ainsi obtenue aiderait à comprendre comment améliorer les structures de la santé publique en Colombie-Britannique pour qu'elles appuient mieux l'intégration des données probantes sur la santé dans les décisions sur le milieu bâti et, en bout de ligne, pour qu'elles favorisent les modes de vie sains et réduisent le risque de maladies chroniques.

RÉFÉRENCES

1. Renalds A, Smith TH, Hale PJ, 2010, « A systematic review of built environment and health », *Fam Community Health*, 33, 1, p. 68-78.
2. Durand C, Andalib M, Dunton GF, Wolch J, Pentz MA, 2011, « A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: Implications for smart growth urban planning », *Obes Rev*, 12 (suppl. de mai), p. 173-182.
3. Ewing R, Cervero R, 2010, « Travel and the built environment », *J Am Planning Assoc*, 76, 3, p. 265-294.
4. Pucher J, Dill J, Handy S. Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: An international review. *Prev Med* 2010;50:S106-25.
5. Dempster B, 2008, « Planning for health through the built environment: An introduction », *Environments J*, 35, 3, p. 1-7.
6. Berland A, 2009, *Foundations for a Healthier Built Environment*, rapport sommaire, Vancouver (Colombie-Britannique), British Columbia Provincial Health Services Authority, Population and Public Health Program. Sur Internet : <http://www.phsa.ca/nr/rdonlyres/33666238-961c-4f37-ad2c-84283fcf581e/0/foundationsforahealthierbuiltenvironmnetsummaryreport.pdf> (consulté le 4 juillet 2014).
7. Bergeron P, Reyburn S, 2010, *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Québec, l'Institut national de santé publique du Québec. Sur Internet : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_ImpactEnvironBati.pdf (consulté le 4 juillet 2014).
8. Toronto Public Health, 2012, *Road to Health: Improving Walking and Cycling in Toronto*, Toronto, Toronto Public Health. Sur Internet : <http://www.toronto.ca/health/hpbe/pdf/roadtohealth.pdf> (consulté le 4 juillet 2014).
9. Bird C, 2012, « The built environment and health », *Perspect Public Health*, 132, 3, p. 105.
10. Wells NM, 2010, « Environments and public health: Planning decisions as public health decisions », *J Architectural Planning Res*, 27, 2, p. 124-143.
11. Lees E, Philippe D, Redman H avec Berland A, 2008, British Columbia Provincial Health Services Authority, *Introduction to Land Use Planning for Health Professionals. A Workshop Reader*, Vancouver, British Columbia Provincial Health Services Authority. Sur Internet : <http://www.phsa.ca/Documents/introductiontolanduseplanningforhealthprofessional.pdf> (consulté le 4 juillet 2014).
12. De la Cruz R, Edgar E, 2009, « Local political institutions and smart growth: An empirical study of the politics of compact development », *Urban Affairs Rev*, 45, p. 218-246.
13. Lopez RP, 2012, *The Built Environment and Public Health*, San Francisco (Californie), Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
14. Clark MI, Berry TR, Spence JC, Nykiforuk C, Carlson M, Blanchard C, 2010, « Key stakeholder perspectives on the development of walkable neighbourhoods », *Health Place*, 16, p. 43-50.
15. Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la santé, 2008, *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*. Sur Internet : http://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_fr.pdf?ua=1 (consulté en version anglaise le 4 juillet 2014).
16. Perrotta K, 2011, *Public Health and Land Use Planning: How Ten Public Health Units Are Working to Create Healthy and Sustainable Communities*, Clean Air Partnership en collaboration avec l'Association pour la santé publique de l'Ontario. Sur Internet : <http://www.cleanairpartnership.org/files/CAP%20PHLUP%20Background%20Report%20April%202011.pdf> (consulté le 4 juillet 2014).
17. Ng Chok H, Thornell M, Maxwell M, Wise M, Sainsbury P, 2014, « Population health services can influence land use planning », *Aust NZ J Public Health*, 38, 3, p. 290-291.
18. BC Healthy Communities, *About BC Healthy Communities*. Sur Internet : <http://bchealthycommunities.ca/about> (consulté le 28 avril 2014).
19. Colombie-Britannique, Ministry of Health – Population and Wellness, 2005, *A Framework for Core Functions in Public Health*, Victoria (Colombie-Britannique), le Ministère, p. 28. Sur Internet : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf (consulté le 28 avril 2014).
20. Provincial Health Services Authority, *Healthy Built Environment*. Sur Internet : <http://www.phsa.ca/HealthProfessionals/Population-Public-Health/Healthy-Built-Environment/default.htm> (consulté le 29 avril 2014).
21. Healthy Built Environment Alliance of British Columbia, 2013, *Membership Agreement*, Vancouver, Provincial Health Services Authority.
22. Frank L, Raine K, 2009, *Creating a Healthier Built Environment in British Columbia*, Vancouver, British Columbia Provincial Health Services Authority. Sur Internet : <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/E952D4B0-D83B-494C-9DEF-6EFB37D9AA63/69494/CreatingaHealthierBuiltEnvironmentinBC.pdf> (consulté le 7 juillet 2014).
23. Healthy Canada by Design Coalitions Linking Action and Science for Prevention, *About Us*. Sur Internet : <http://hcbd-clasp.com/about-us/> (consulté le 28 avril 2014).
24. Smart Growth BC, 2009, *Creating Healthy Communities: Tools and Environments to Foster Environments for Healthy Living*, Vancouver, Smart Growth BC. Sur Internet : <http://www.smartgrowth.bc.ca/Portals/0/Downloads/CreatingHealthyCommunitiesGuide.pdf> (consulté le 28 avril 2014).
25. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2013, *Autorités de santé et environnement bâti : actions pour influencer les politiques – Rapport d'entrevues*, novembre 2012, Montréal, Institut national de santé publique du Québec. Sur Internet : http://www.ccnpps.ca/docs/CLASP_Entrevues_Fr.pdf (consulté le 28 avril 2014).
26. District of North Vancouver, 2011, *Our Official Community Plan for a Sustainable Future (Official Community Plan Bylaw 7900, 2011)*, North Vancouver (Colombie-Britannique), le District, p. 2. Sur Internet : http://identity.dnv.org/upload/pdocsdocuments/z_0301!.pdf (consulté le 28 avril 2014).
27. Colombie-Britannique, Provincial Health Services Authority, 2014, *Healthy Built Environment Linkages – A Toolkit for Design, Planning, Health* – Version 1, mars 2014, Vancouver, Provincial Health Services Authority. Sur Internet : http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/E952D4B0-D83B-494C-9DEF-6EFB37D9AA63/72910/LinkagesToolkitREVISEDOct16_2014_FULL.pdf (consulté le 28 avril 2014).
28. Carmichael L, Barton H, Gray S, Lease H, Pilkington P, 2012, « Integration of health into urban spatial planning through impact assessment: Identifying governance and policy barriers and facilitators », *Environ Impact Assess Rev*, 32, p. 187-194.
29. Heishman H, Dannenberg A, 2008, « Influencing the built environment in your community », *J Environ Health*, 71, 4, p. 66-67.
30. City of Richmond, 2012, *2041 OCP – Moving Towards Sustainability (Official Community Plan Bylaw 9000, 2012)*, Richmond (Colombie-Britannique). Sur Internet : http://www.richmond.ca/_shared/assets/OCP_9000_consolidation34181.pdf (consulté le 28 avril 2014).
31. City of Surrey, 2013, *PlanSurrey Official Community Plan – Draft 2013 (règlement 18021, en date du 5 décembre 2013)*, Surrey (Colombie-Britannique). Sur Internet : http://www.surrey.ca/files/FINAL_DRAFT_OCP_PlanSurrey_2013.pdf (consulté le 28 avril 2014).
32. City of Chilliwack, 2014, *2040 Official Community Plan – version préliminaire en date d'avril 2014*, Chilliwack (Colombie-Britannique). Sur Internet : <http://www.chilliwack.ca/main/attachments/Files/2387/2040%20Official%20Community%20Plan.pdf> (consulté le 28 avril 2014).
33. Stanwick R, 2013, « Sustainability strategy presentation to the Intergovernmental Advisory Committee for the Regional Sustainability Strategy of the Capital Regional District, February 6, 2013 », Victoria (Colombie-Britannique), Capital Regional District. Sur Internet : http://sustainability.crd.bc.ca/media/22952/iac20130206_drstanwickcrd_sustainability_strategy.pdf (consulté le 28 avril 2014).