La coalition Bâtir un Canada en santé : Leçons de la première phase d'une initiative intersectorielle et interprovinciale sur le milieu bâti

Alice Miro, B.Sc.¹, Natalie A. Kishchuk, Ph.D., É.A.², Kim Perrotta, M.Sc.S.¹, Helena M. Swinkels, M.D., F.R.C.P.C.³

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : L'initiative Bâtir un Canada en santé (BUCS) du projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) promeut l'édification de communautés favorables à la santé : 1) en facilitant l'intégration de données probantes sur la santé dans la prise de décisions sur le milieu bâti; 2) en élaborant de nouveaux modèles et outils de collaboration intersectorielle; et 3) en favorisant une communauté de pratique nationale.

PARTICIPANTS : L'initiative a été élaborée et mise en œuvre par une coalition de professionnels de la santé publique, de chercheurs, de planificateurs professionnels et de membres du personnel d'organisations non gouvernementales (ONG) de tout le Canada, qui en ont aussi été les participants.

LIEUX : Au cours de la première phase, les interventions de BUCS se sont déroulées pour la plupart dans de grands centres urbains et suburbains du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Des activités nationales d'application et d'échange des connaissances (AEC) ont été offertes à l'échelle locale et nationale.

INTERVENTION : Les participants du projet ont élaboré des outils ou des processus de collaboration entre les secteurs de la santé et de la planification communautaire afin de renforcer les capacités du secteur de la santé d'influencer les décisions d'aménagement du territoire et de planification des transports. L'élaboration d'outils et de processus s'est accompagnée d'essais pilotes, d'une évaluation, et de la diffusion des résultats et des leçons apprises. En parallèle, les ONG impliquées dans la coalition BUCS ont mené des interventions d'AEC à l'échelle nationale.

RÉSULTATS : La première phase de BUCS a démontré la possibilité pour les organismes de santé publique d'influencer les déterminants du cancer et des maladies chroniques liés au milieu bâti. Les autorités de santé publique ont tissé des liens avec plusieurs organismes qui interviennent dans les décisions sur le milieu bâti : services de planification municipaux et régionaux, gouvernements provinciaux, organismes gouvernementaux fédéraux, chercheurs, groupes communautaires et ONG. L'initiative a : 1) créé de nouveaux liens intersectoriels et entre les autorités de santé; 2) amélioré les connaissances et les compétences nécessaires chez les professionnels de la santé publique pour influencer les processus d'aménagement du territoire; 3) amélioré la connaissance des données probantes sur la santé et l'intention de changer les pratiques chez les personnes prenant les décisions sur le milieu bâti; et 4) facilité l'inclusion de considérations sanitaires dans les plans, les politiques et les décisions au palier local.

CONCLUSIONS : La première phase de BUCS a mobilisé les acteurs du milieu bâti (professionnels de la santé publique, planificateurs, chercheurs, groupes communautaires et ONG) par des moyens susceptibles d'influencer à long terme les facteurs de risque pour la santé et les résultats de santé de la population.

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

Rev can santé publique 2015;106(1)(Suppl. 1):eS54-eS63.

Un important corpus de données laisse croire que le « milieu bâti » ou l'« environnement bâti » (l'aménagement et la conception physiques des communautés) est fortement associé à certains facteurs de risque pour la santé, comme les niveaux d'activité physique à des fins récréatives et utilitaires¹⁻⁴. En fait, le milieu bâti est bien connu comme étant l'un des grands déterminants de la santé⁵⁻⁸. Il peut favoriser la santé des populations non seulement en prévenant l'exposition aux dangers environnementaux⁹, mais aussi en facilitant les pratiques qui préviennent ou qui limitent les maladies chroniques (p. ex., accroître l'activité physique, appuyer une alimentation saine, accroître la connexité sociale et réduire le stress)^{10,11}. Il existe aussi des indications que le milieu bâti peut atténuer les inégalités de santé^{10,11}.

L'initiative Bâtir un Canada en santé (BUCS) du projet COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) promeut l'édification de communautés canadiennes qui encouragent les modes de vie sains. Avant le lancement de BUCS, le travail des professionnels de la santé publique, des chercheurs, des responsables des politiques et des groupes communautaires du Canada pour promulguer des milieux bâtis

favorables à la santé était très peu coordonné entre les secteurs et les autorités compétentes. La coordination était compliquée par la multiplicité des ordres de gouvernement et des secteurs détenant

Affiliations des auteurs

1. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Vancouver (Colombie-Britannique)
2. Program Evaluation and Beyond Inc., Montréal (Québec)
3. Fraser Health (Colombie-Britannique)

Correspondance : Alice Miro, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 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 l'Institut canadien d'information sur la santé et du Réseau canadien pour la santé urbaine. Les organismes suivants ont aussi offert une contribution en nature au projet : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, Fraser Health, Island Health, Vancouver Coastal Health, Bureau de santé de la région de Peel, Santé publique Toronto, Direction de santé publique de Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Centre de collaboration nationale pour la santé environnementale, Institut canadien des urbanistes et Agence de la santé publique du Canada. Nous remercions les personnes suivantes, qui nous ont aidées à réviser le manuscrit ou nous ont fourni des données : Marla Steinberg et Andi Cuddington (anciennement du projet CAPTURE), Gene Chin (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC) et Heather Evans (Heather Evans Consulting).

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.

Figure 1. Modèle logique de Bâtir un Canada en santé

AEC : application et échange des connaissances; COALITION : Connaissances et action liées pour une meilleure prévention; FMC : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; ASR : autorités de santé régionales.

N.B. : cette version du modèle logique a été simplifiée pour les besoins de cet article.

les leviers nécessaires pour aborder les milieux bâtis malsains^{8,12}. En outre, on faisait peu de chose pour évaluer ou diffuser les méthodes, les constatations et les leçons apprises par les divers organismes intervenant dans ce domaine. Les organismes de santé publique avaient besoin d'informations fondées sur les preuves pour exercer une influence au-delà de la santé environnementale classique et faciliter l'intégration de considérations sanitaires dans la hiérarchie des politiques, des plans et des pratiques d'aménagement du territoire et des transports qui façonnent le milieu bâti. Notre article décrit les activités et les effets préliminaires de la première phase de l'initiative BUCS dans son ensemble. Les résultats des activités constitutives de BUCS sont abordés dans d'autres articles du présent supplément.

OBJECTIFS

L'initiative BUCS a rassemblé des partenaires de divers secteurs et de plusieurs provinces en un réseau coordonné et intégré axé sur le milieu bâti et la santé. Financée par Santé Canada dans le cadre du projet COALITION du Partenariat canadien contre le cancer, la première phase de BUCS a réuni des spécialistes de la recherche, de la pratique et des politiques de divers horizons pour faire fond sur les efforts en cours dans ce domaine¹³. La première phase de l'initiative avait trois objectifs :

- 1) faciliter l'intégration de données probantes sur la santé dans la prise de décisions sur le milieu bâti;
- 2) élaborer de nouveaux modèles et outils de collaboration intersectorielle;
- 3) favoriser une communauté de pratique nationale unissant des planificateurs communautaires, des professionnels de la santé publique et des organisations non gouvernementales (ONG).

En bout de ligne, l'initiative visait à contribuer à la prévention des maladies chroniques en faisant en sorte que les politiques et les programmes de santé tiennent compte du milieu bâti, et que les politiques et les pratiques sur le milieu bâti intègrent des objectifs de santé des populations.

PARTICIPANTS, LIEU, INTERVENTION ET ÉVALUATION

Population cible

De 2009 à 2012, les partenaires de BUCS ont mobilisé les secteurs pouvant influencer les milieux bâtis⁸ : la santé publique, l'urbanisme et la planification des transports, les ONG et les organismes communautaires. Ces secteurs se sont impliqués par le biais d'organismes (les « partenaires de BUCS »). Entre 2 et

Tableau 1. Activités de la coalition Bâtir un Canada en santé (BUCS) de l'initiative COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention)

Type d'activité (voir modèle logique)	Organismes meneurs de BUCS	Exemples d'activités menées dans le cadre de BUCS
Élaboration de processus, de liens et de mécanismes de collaboration durables et efficaces entre le secteur de la santé, le secteur communautaire et le secteur de la planification	Bureau de santé de la région de Peel	Intégré le savoir-faire en planification dans la santé publique en créant le poste de « facilitateur de la planification en matière de santé » pour assurer la liaison entre le Service de planification et le Service de santé publique. Créé et saisi des occasions de collaborer avec les planificateurs des municipalités, dans la région de Peel et à l'échelle provinciale, pour réussir à intégrer des concepts et des outils de santé dans les initiatives et les politiques de planification en cours, p. ex., dans les lignes directrices sur la conception durable de la Ville de Brampton.
	Fraser Health, Vancouver Coastal Health, Vancouver Island Health	Intégré le savoir-faire en planification dans la santé publique en retenant les services d'une consultante en planification ayant une expérience professionnelle au sein d'administrations locales. Cette personne a aidé les autorités de santé à renforcer leur capacité de s'impliquer dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports. Entre autres activités de renforcement des capacités, on a élaboré des ateliers et des outils de formation pour aider le personnel des autorités de santé à travailler avec des planificateurs; et saisi les occasions pour les autorités de santé de collaborer avec des planificateurs pour intégrer les concepts et les outils de santé dans les initiatives et les politiques de planification en cours. Par exemple, le personnel des autorités de santé a commenté la stratégie régionale de développement durable du District régional de la Capitale, le plan communautaire officiel de la Ville de Surrey et le plan communautaire officiel de la Ville de North Vancouver.
	Direction de santé publique de Montréal	Dressé l'inventaire et cartographié des interventions communautaires visant à promouvoir des quartiers plus verts et plus propices à la marche dans le Grand Montréal et évalué un sous-ensemble de ces interventions. Au moyen de consultations et de forums, engagé un dialogue avec les partenaires communautaires, la Ville de Montréal et ses arrondissements pour réfléchir aux résultats et aux solutions susceptibles d'améliorer le potentiel piétonnier.
Production d'outils et de ressources pour appuyer l'intégration de données probantes sur la santé dans la prise de décisions sur le milieu bâti	Réseau canadien pour la santé urbaine (RCSU) et Institut canadien des urbanistes (ICU)	Créé un répertoire national de ressources sur la santé et le milieu bâti. Il recense plus de 150 études de cas, lignes directrices, outils et articles scientifiques clés liés à la santé et au milieu bâti. On peut l'interroger par sujet, par type de ressource, par population cible et par mot clé.
	ICU	Élaboré le manuel <i>Healthy Communities Practice Guide</i> , qui oriente les planificateurs canadiens vers des pratiques davantage fondées sur des données probantes et vers une collaboration accrue entre les secteurs de la santé et de la planification.
	Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et ICU	Préparé des mémoires de recherche sur le milieu bâti et la santé, <i>Built Environment & Health: A Summary of Canadian Health and Built Environment Research</i> (2007 à 2011), organisés selon des thèmes pertinents pour la pratique de l'urbanisme au quotidien.
	Bureau de santé de la région de Peel	Géré le peaufinage, la validation et l'essai pilote d'un « indice de développement sain ». Il s'agit d'un ensemble de cibles et d'intervalles éclairés par des données probantes pour divers éléments du milieu bâti; il peut servir à formuler des recommandations sanitaires uniformes et quantifiables pour les décisions de planification. Géré l'élaboration d'un « cadre d'étude de base sur la santé ». Cet outil à l'intention des promoteurs et des autorités de planification présente une justification et des recommandations précises pour intégrer les considérations sanitaires dans les processus d'aménagement du territoire aux stades de la demande de plan d'aménagement et des politiques préalables.
	Direction de santé publique de Montréal	Élaboré et validé un « audit de potentiel piétonnier » à l'intention des organismes communautaires, un outil éclairé par les données probantes pour évaluer le potentiel de tronçons de rues de favoriser les déplacements à pied ou en fauteuil roulant.
	Santé publique Toronto	Géré l'élaboration, la mise en œuvre et l'analyse d'un sondage sur les préférences résidentielles mené dans la région du Grand Toronto et la région métropolitaine de Vancouver. Le sondage portait sur les préférences des résidents pour les quartiers propices à la marche ou pour les quartiers orientés vers l'automobile. Produit le rapport stratégique <i>The Walkable City</i> (2012), fondé sur les résultats du sondage, pour accompagner les commentaires formulés sur le Plan officiel de Toronto.
Activités et produits d'application et d'échange des connaissances (AEC) à l'échelle nationale	Santé publique Toronto	Géré le développement et l'essai pilote d'un prototype logiciel qui estime l'impact de divers scénarios d'aménagement du territoire et de planification des transports sur les niveaux d'activité physique, les modes de transport et les émissions de gaz à effet de serre. Cet outil a été développé à Toronto, mis à l'essai pour la proposition d'aménagement du quartier Donlands West à Toronto et mis à l'essai à Surrey, en Colombie-Britannique. Santé publique Toronto a utilisé les résultats du logiciel pour formuler des commentaires sur le Plan officiel de Toronto et le plan torontois des parcs et loisirs. Ces résultats ont aussi étayé deux rapports stratégiques publiés en 2012 : • The Walkable City Policy; et • Towards Healthier Apartment Neighbourhoods.
	Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, RCSU, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et ICU	Mené diverses activités d'AEC, par exemple : Créé trois grands sites Web sur la santé et le milieu bâti; donné des présentations lors de conférences et de webinaires à l'intention des professionnels de la planification et de la santé publique; et diffusé les effets, les réflexions et les leçons apprises du projet dans des revues professionnelles, des bulletins, des revues évaluées par des pairs et des rapports.

10 permanents ou bénévoles de chaque organisme partenaire (les « participants de BUCS ») ont été directement impliqués dans les initiatives de BUCS. Les partenaires et les participants étaient :

- 1) Six autorités de santé** – la Direction de santé publique de Montréal, Santé publique Toronto, le Bureau de santé de la région de Peel, Fraser Health, Vancouver Coastal Health et Island Health (qui s'appelaient alors Vancouver Island Health Authority). Ces organismes sont membres du Réseau canadien pour la santé urbaine, lequel aborde les problèmes de santé publique que les populations urbaines ont en commun. Le personnel participant de ces autorités de santé comptait des directeurs de santé publique ou des médecins hygiénistes (DSP-MH), ainsi que des directeurs, des gestionnaires et des coordonnateurs travaillant dans les domaines de la santé environnementale, de la mobilisation communautaire, de l'analyse décisionnelle, de la promotion de la santé et du développement communautaire.
- 2) Quatre organismes nationaux** – la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, le Réseau canadien pour la santé urbaine (RCSU), le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et l'Institut canadien des urbanistes (ICU). Ces organismes ont accès à quelques-uns des principaux secteurs à cibler pour obtenir un milieu bâti plus sain. Le personnel participant de ces organismes comptait un directeur des politiques, deux documentalistes et un directeur des politiques et des affaires publiques. Plusieurs planificateurs professionnels ont participé bénévolement par l'entremise du Comité sur les collectivités saines de l'ICU, et plusieurs DSP-MH se sont portés volontaires par le biais du RCSU.

Les participants de BUCS ont consulté ou collaboré avec de nombreux acteurs du milieu bâti : planificateurs municipaux ou régionaux, chercheurs, fonctionnaires provinciaux et fédéraux, représentants d'associations du secteur privé, résidents et personnel d'organismes communautaires et d'ONG intervenant dans des initiatives sur le milieu bâti. Ces personnes et leurs organismes sont considérés comme étant les « collaborateurs de BUCS ».

Le degré d'implication des collaborateurs a beaucoup varié d'une autorité de santé à l'autre et au fil du temps. Dans trois régions sanitaires sur six, ils ont été impliqués dès le début du projet, par exemple en aidant à rédiger l'énoncé des travaux de certaines activités, à sélectionner les entrepreneurs du projet et à identifier les acteurs privilégiés. Dans ces cas, les collaborateurs ont souvent continué à s'impliquer activement jusqu'à la fin du projet, en participant aux réunions hebdomadaires ou mensuelles, en ayant des échanges fréquents avec les participants de BUCS et en collaborant au travail « pratico-pratique » de l'analyse décisionnelle, de la mobilisation des acteurs et de l'élaboration des outils. Dans une région sanitaire, les collaborateurs sont beaucoup intervenus au début du projet, pour cerner les besoins et définir la portée des travaux, mais plus sporadiquement durant la mise en œuvre. Enfin, dans les deux autres régions sanitaires, les collaborateurs ont participé à des consultations ponctuelles à deux étapes ou moins du projet.

Lieu

Les six autorités de santé ayant participé à la phase 2009–2012 de BUCS sont responsables de la santé publique de plus de

9 millions d'habitants de quelques-uns des plus grands centres urbains et suburbains du Canada, soit environ le quart de la population canadienne. Bien que la plupart des outils et des processus élaborés durant la première phase de BUCS se soient appliqués à des milieux urbains ou suburbains, certaines ressources ont été élaborées pour le milieu rural. Les activités d'application et d'échange des connaissances (AEC) se sont déroulées dans le Grand Victoria, le Grand Vancouver, le Grand Toronto et le Grand Montréal et à l'échelle nationale.

Intervention en santé publique

D'octobre 2009 à mars 2012, les participants de BUCS ont élaboré et mis en œuvre un ensemble d'activités régionales, interrégionales et nationales visant à obtenir l'ensemble d'effets communs illustré dans le modèle logique de BUCS (figure 1). Les interventions étaient surtout axées sur le renforcement des capacités de la santé publique d'intégrer des données probantes sur la santé dans les documents d'aménagement du territoire et de planification des transports.

Les types d'activités menées par les partenaires et les collaborateurs de BUCS sont résumés dans le tableau 1.

Méthode d'évaluation et effets mesurés

Le groupe de travail chargé de l'évaluation de BUCS, composé de participants du projet intéressés à en superviser l'évaluation, était animé par une évaluatrice professionnelle. L'initiative BUCS dans son ensemble est un amas de projets régionaux et nationaux (tableau 1). Les répondants de l'évaluation se sont penchés sur les volets de BUCS auxquels ils avaient directement participé; leurs réponses aux sondages et leurs commentaires lors des entrevues sont présentés ici globalement. L'évaluation a porté sur les extrants et les effets préliminaires, sachant que les changements au milieu bâti pouvant affecter les facteurs de risque de maladies chroniques ne seraient pas observables au cours des trois ans du projet. Pour les effets préliminaires, on a mesuré :

- La création de liens intra- et intersectoriels, interorganisationnels et interprovinciaux;
- Les connaissances accrues et les compétences améliorées pour pouvoir influencer les milieux bâtis afin de promouvoir la santé;
- L'accroissement de la sensibilisation et de l'engagement à tenir compte de la santé dans les décisions sur le milieu bâti;
- L'inclusion de préoccupations sanitaires dans les plans, les politiques et les décisions sur le milieu bâti.

La collecte de données a été intégrée dans une évaluation du programme de financement du projet COALITION menée en parallèle par le Partenariat canadien contre le cancer.

Participants

Les participants de BUCS ont fourni des données d'évaluation en répondant à des sondages et en se prêtant à des entrevues :

- Sondage en ligne de décembre 2010 : 13 répondants, taux de réponse de 56 %. Les répondants étaient des DSP-MH et des membres du personnel des autorités de santé.
- Sondage en ligne de novembre 2011 : 21 répondants, taux de réponse de 78 %. Les répondants étaient principalement des DSP-MH et des membres du personnel des autorités de santé, dont 6 (29 %) avaient participé au sondage de 2010.

Tableau 2. Nombre de collaborateurs de Bâtir un Canada en santé, par secteur

Collaborateurs par secteur	Nb en 2011	Nb en 2012
Gouvernements provinciaux	2	5 (plusieurs ministères dans 5 provinces)
Administrations de municipalités et de villes	6	33
Autorités régionales, de district ou de comté, dont des conseils scolaires et des autorités de transport	3	24
Autorités de santé	0	9
Organisations non gouvernementales (nationales, provinciales, régionales ou locales)	4	10 (principalement au Québec)
Chercheurs ou unités universitaires	0	9
Associations et sociétés du secteur privé (planification, conception, génie, bâtiment)	13	13
Fondations	0	3

Sources : Nomination d'organismes partenaires par les régions sanitaires; Cross-CLASP Monitoring Form (le registre tenu par la gestionnaire de projet de BUCS tout au long de l'initiative).

- Entrevues en personne, en groupes semi-structurés ou au téléphone de janvier et février 2012 : 10 entrevues avec 12 chefs d'équipe du projet dans toutes les autorités de santé sauf une.
- Exploration par courriel des impacts décisionnels (6 entrevues en ligne menées par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé avec les participants du projet de chacune des six autorités de santé).

Collaborateurs

Les collaborateurs de BUCS ont fourni des données d'évaluation en répondant à des sondages et, dans un cas, en participant à un groupe de discussion :

- Sondage en ligne de mai 2011 : 34 répondants, taux de réponse de 49 %.
- Sondage en ligne de janvier 2012 : 52 répondants (taux de réponse de 42 %), dont 14 (27 %) avaient participé au sondage de 2011.

Les collaborateurs ayant répondu aux sondages étaient, les deux années, le plus souvent des fonctionnaires municipaux (52 % en 2011 et 56 % en 2012), mais aussi des fonctionnaires provinciaux et des membres du personnel des autorités régionales (p. ex., autorité de transport régionale), d'ONG ou de groupes communautaires, des citoyens et des membres du personnel d'entreprises privées (en 2011 seulement dans ce dernier cas).

- Groupe de discussion avec 8 planificateurs municipaux et membres du personnel d'une autorité de santé régionale.

Impact des activités d'AEC

- Les personnes ayant assisté aux ateliers ou aux présentations de BUCS ont été invitées à remplir un questionnaire après l'activité ($n=356$, dont 50 %, 22 % et 26 % respectivement provenaient des secteurs de la planification, de la santé et d'autres secteurs – élus, citoyens et membres d'ONG).
- En tout temps, la gestionnaire de projet de BUCS a tenu un registre des activités d'AEC et des organismes mobilisés dans le cadre de BUCS, y compris les collaborateurs.

Figure 2. Nature des liens entre les participants de BUCS
Source : sondages en ligne administrés en décembre 2010 et novembre 2011 aux partenaires de l'initiative BUCS ($n=13$ et 21 respectivement, taux de réponse de 56 % et 78 % respectivement). Le nombre de liens par participant au sondage avant et après BUCS était plus élevé en 2011 qu'en 2010 en raison du plus grand nombre total de participants du projet et du taux de réponse plus élevé en 2011.

Contraintes

L'évaluation comportait des contraintes, dont certaines étaient dues à la nature de l'intervention à l'étude. Nous les présentons ici pour que les lecteurs puissent en tenir compte en lisant les résultats. Premièrement, la population des organismes participants et des organismes collaborateurs a évolué au fil du temps, à la fois parce que l'on a adapté l'intervention pour saisir les occasions pour la santé publique de s'impliquer dans les systèmes de planification, et en raison du roulement et de la réorganisation du personnel (les représentants des organismes ont parfois changé avec le temps). Les données d'enquête sont donc une représentation transversale de la situation à certains points dans le temps et non des changements au fil du temps. Certaines contraintes sont inhérentes à la recherche organisationnelle : les points de vue de chaque répondant peuvent ne pas refléter ceux de tout l'organisme, et les populations des organismes sont beaucoup plus petites que celles des individus, ce qui limite les tailles d'échantillon possibles. Le faible taux de réponse aux sondages était une autre contrainte clé. Les taux déclarés ici sont basés sur la population complète des personnes invitées à participer aux sondages; or, certaines d'entre elles peuvent avoir été relativement peu impliquées dans l'initiative BUCS au moment du sondage, ce qui peut avoir réduit leur intérêt à y répondre. Globalement toutefois, à notre connaissance des organismes impliqués, les points de vue de tous les principaux participants et collaborateurs sont représentés dans les données.

RÉSULTATS

À la fin du projet en septembre 2012, BUCS avait produit deux grands extrants et quatre grands effets.

Tableau 3. Interactions ou pourparlers ayant aidé les secteurs de la santé et de la planification à collaborer plus étroitement

Type de pourparlers ou d'interaction	% étant d'accord ou tout-à-fait d'accord	
	2011 (n=34)	2012 (n=46)
Faire participer BUCS ou [une autorité de santé] à nos réunions ou activités	90 %	45 %
Appui général et alliance stratégique	78 %	48 %
Partage des connaissances, conseils techniques, expertise ou recommandations	71 %	61 %
Utilisation d'outils, de ressources ou d'autres types de produits du savoir créés par BUCS	44 %	44 %

Source : Sondages auprès des collaborateurs, mai 2011 et janvier 2012. Les valeurs de *n* par question en 2012 variaient selon le type de lien entretenu.

1^{er} extrait : La portée intersectorielle et les mécanismes de collaboration de BUCS

Dans le cadre des projets et des interventions susmentionnés, BUCS a travaillé avec plus de 100 organisations, organismes gouvernementaux et services (tableau 2). En outre, plus de 4 000 élus, citoyens et professionnels de la planification, de la santé, de l'environnement et de la sécurité alimentaire ont assisté aux ateliers, présentations et activités publiques offerts localement par BUCS.

2^e extrait : Les nouveaux outils et méthodes

On a élaboré plusieurs outils et méthodes dans le cadre de BUCS :

- Un jeu d'outils et de méthodes utilisés par les autorités de santé pour justifier leur implication dans les processus d'aménagement du territoire et de planification des transports ou pour faciliter l'inclusion de données probantes sur la santé dans les décisions d'aménagement du territoire;
- Des données probantes canadiennes pour combler des lacunes importantes sur les préférences résidentielles et l'impact de la conception du quartier sur les modes de déplacement, les niveaux d'activité physique et les kilomètres-véhicule parcourus;
- Des documents et des sites Web d'AEC pour appuyer la diffusion de ces produits du savoir.

Plusieurs des outils et méthodes élaborés pour cette initiative sont les premiers du genre au Canada. Comme la plupart des outils produits par BUCS n'ont pas été disponibles avant la fin de la période de financement, il n'a pas été possible d'en mesurer le recours ou l'utilisation.

À la fin du projet, BUCS avait produit quatre grands effets.

1^{er} effet : Les liens intersectoriels

Les participants de BUCS ont tissé des liens intra- et intersectoriels, mais aussi interorganisationnels et interprovinciaux. Ils ont évalué la fréquence relative de cinq niveaux d'intensité des liens entre les participants du projet avant et après le lancement de l'initiative : interactions nulles ou minimales, réseautage, coordination, coopération et collaboration. La forme la plus commune de liens actuels (c.-à-d. après le lancement) aux deux points dans le temps était le réseautage (figure 2). Dans le sondage de 2011, les répondants ont indiqué que leurs liens étaient passés des interactions nulles ou minimales à tous les autres types d'interactions, le plus remarquablement la collaboration. On observe un changement perçu semblable dans les données de 2010, mais pas de saut de l'interaction nulle à la coopération. Comme nous l'avons indiqué à la rubrique des contraintes, il ne faut pas inférer de changements au fil du temps entre les deux sondages.

Voici les mécanismes de collaboration qui se sont développés entre les secteurs de la santé publique et de la planification :

- Créer ou saisir des occasions (réunions de cadrage, consultations communautaires) pour le personnel de santé publique de mieux connaître les processus de planification et d'y contribuer de façon informelle;
- Créer ou saisir des occasions pour le personnel de santé publique d'examiner officiellement les projets de documents de planification afin de départager les choix d'aménagement selon « l'optique de la santé »;
- Créer des protocoles d'entente pour faire de la santé publique un membre proactif de l'équipe de planification.

Ces constatations sont étayées par d'autres données d'enquête. En 2011 par exemple, 90 % des répondants au sondage (*n*=20) ont convenu qu'en raison de leur participation à l'initiative BUCS, ils connaissaient mieux les autres organismes travaillant dans le domaine. De même, 75 % des répondants au sondage de 2011 (*n*=20) ont dit avoir formé de nouveaux partenariats ou tissé des liens avec d'autres organismes.

Les données qualitatives font état de défis dans la création et la préservation de liens. Du point de vue des collaborateurs, leurs échanciers et leurs impératifs internes, dont les cycles électoraux municipaux, ont beaucoup compliqué les prises de contact avec la santé publique. Comme l'a noté un collaborateur : *Nous avons réussi à intégrer les documents fournis par [la santé publique], mais les occasions manquées ont été nombreuses à cause de nos délais ridicules. Aussi, l'horaire de nos réunions changeait constamment; il était difficile de vraiment coordonner la participation de [la santé publique] à notre équipe de planification.*

Les maillages établis entre la santé publique et le secteur du milieu bâti ont souvent impliqué plusieurs niveaux intra- et interorganisationnels :

- Au sein de la santé publique, entre les rôles des DSP-MH et du personnel professionnel. Dans plusieurs régions, le personnel de santé publique a tissé des liens avec les planificateurs municipaux, et les DSP-MH ont monté des plateformes pour influencer les élus ou les organismes publics. Quand les planificateurs faisaient déjà la promotion de l'environnement bâti favorable à la santé (EBFS), cette action à deux niveaux a été particulièrement efficace. Des planificateurs ont indiqué, par exemple, que : *En se préparant à lancer le processus [de planification], l'équipe de planification de la ville était consciente que lorsqu'un bureau de santé se prononce de façon objective et impartiale – et qu'il parle au nom de la santé du public – ça aide vraiment à justifier les initiatives municipales et le processus [de planification].*
- Au sein de la santé publique, entre la pratique classique de la santé environnementale comme protection de la santé et le nouvel accent sur la promotion de la santé par le milieu bâti. Par exemple, dans une évaluation d'un atelier interne, les agents d'hygiène du milieu n'avaient pas tous la même connaissance du domaine de l'EBFS et ont suggéré qu'il fallait

Tableau 4. Points de vue des collaborateurs sur les résultats des réunions ou des activités de Bâtir un Canada en santé

Type de résultats	Nb étant d'accord ou tout-à-fait d'accord	
	2011 (n=26)	2012 (n=34)
J'ai eu la possibilité de resserrer un lien ou d'en tisser un nouveau.	88 %	73 %
Ma conscience de l'enjeu ou ma réflexion à ce sujet a changé.	69 %	74 %
Mes connaissances se sont accrues.	62 %	94 %
Mes compétences se sont accrues.	46 %	67 %
Mon attitude a changé.	23 %	50 %

Source : Sondages auprès des collaborateurs, mai 2011 et janvier 2012. Les valeurs de *n* par question en 2012 variaient selon le type de lien entretenu.

encore clarifier les rôles : *Je ne vois pas encore très bien comment le Service de protection de la santé peut mettre en œuvre des initiatives d'EBFS; on pourrait avoir un rôle à jouer, mais lequel exactement? Ce n'est pas encore très clair.*

- Au sein des autorités de santé régionales, entre la santé publique et le système de santé axé sur les soins curatifs. Le personnel de santé publique a indiqué qu'il était *Difficile de convaincre nos gens.... ce n'est pas vu comme faisant partie de notre mandat.*
- Entre des régions sanitaires contiguës qui partagent certains partenaires ou intérêts municipaux ou régionaux. Des questions ont été soulevées quand les régions contiguës n'avaient pas la même approche ou la même volonté de travailler sur le milieu bâti et la santé. Dans un cas, ceci a poussé deux bureaux de santé publique impliqués dans l'initiative BUCS à dissocier leur travail.
- Dans une relation à trois : mobiliser le secteur communautaire pour plus tard utiliser la mobilisation citoyenne pour influencer les municipalités.

Dans l'ensemble, bien que des liens se soient tissés, on ignore s'ils seront durables – surtout après la fin du financement du projet COALITION.

Certains mécanismes par lesquels le secteur de la santé peut mobiliser d'autres secteurs autour des enjeux du milieu bâti pourraient être plus efficaces. En 2011, les collaborateurs ont dit que le fait de faire participer BUCS à leurs réunions ou activités était l'élément le plus efficace de la relation de travail, tandis qu'en 2012, ils jugeaient que le partage des connaissances, les conseils techniques, l'expertise ou les recommandations étaient plus efficaces (tableau 3). Dans les entrevues, le rôle de planificateur ou de planificatrice intégré(e) dans la santé publique était vu comme étant particulièrement utile pour tisser des liens. Par exemple, une personne interrogée a indiqué : *Notre plus grande réussite a été de pouvoir siéger à différents comités; en connaissant les rouages de la planification, nous avons pu demander d'en faire partie.* Les deux années, l'utilisation des outils, des ressources ou d'autres types de produits du savoir créés par BUCS a été évaluée par les collaborateurs externes comme étant l'élément le moins susceptible d'avoir aidé à tisser des liens plus étroits entre les secteurs de la santé et de la planification.

2^e effet : Les connaissances accrues et les compétences améliorées

BUCS a accru les connaissances et amélioré les compétences des participants et collaborateurs pour qu'ils puissent influencer le milieu bâti afin de promouvoir la santé :

- 89 % et 70 % des répondants de 2010 et 2011, respectivement, ont dit mieux connaître la relation entre le milieu bâti et la santé en raison de BUCS;

- 62 % et 80 % des répondants de 2010 et 2011, respectivement, se sont dits plus compétents pour travailler avec des partenaires de l'extérieur de la santé publique à améliorer le milieu bâti.

Les résultats des sondages en ligne auprès des collaborateurs de BUCS ont été semblables :

- 56 % et 83 % des répondants de 2010 et 2011, respectivement, ont dit mieux connaître la relation entre le milieu bâti et la santé en raison de BUCS;
- 56 % et 67 % des répondants de 2011 et 2012, respectivement, se sont dits plus compétents pour travailler avec des partenaires de l'extérieur de la santé publique à améliorer le milieu bâti;
- 68 % et 65 % des répondants de 2011 et 2012, respectivement, se sont dits plus compétents pour travailler avec leur organisme à aborder la santé par le biais du milieu bâti.

Pour les collaborateurs municipaux, l'un des résultats de leurs relations avec la santé publique dans le cadre de BUCS a consisté à démystifier la nature de l'organisme de santé publique et son rôle dans le milieu bâti. Un de ces collaborateurs a déclaré par exemple : *Je pense que les gens comprennent mieux qu'un autre partenaire peut contribuer à un processus de planification municipale, non seulement comme « acteur », mais comme un véritable partenaire... Je pense que mon organisme avait du mal à comprendre le meilleur moyen d'impliquer [la santé publique]; ce projet n'est pas parfait, mais il a aidé à faire la lumière sur ce qui a fonctionné ou pas; je pense que c'est positif quand on songe à des partenariats futurs.*

3^e effet : L'accroissement de la sensibilisation et de l'engagement à tenir compte de la santé dans les décisions sur le milieu bâti

Chez les acteurs de l'extérieur du milieu de la santé, BUCS a accru la sensibilisation et l'engagement à tenir compte de la santé dans le milieu bâti. On a demandé aux participants aux ateliers et aux activités d'AEC d'évaluer s'ils étaient susceptibles de modifier leurs pratiques en raison de ce qu'ils avaient appris. Sur les 166 personnes du secteur de la planification qui ont assisté aux 13 ateliers de BUCS, 92 % ont dit être assez ou très susceptibles de modifier leurs pratiques en raison de ce qu'ils avaient appris. En réponse aux questions sur l'impact de leur présence aux réunions ou aux activités organisées par BUCS, les collaborateurs étaient le plus susceptibles de convenir que cette présence avait eu un impact sur les connaissances ou le réseautage (tableau 4).

Les faibles notes attribuées aux changements dans les attitudes pourraient s'expliquer par la sous-estimation par la santé publique du haut niveau d'appui préexistant aux concepts de l'environnement bâti favorable à la santé (EBFS), comme l'indique ce commentaire d'un collaborateur du domaine de la planification : *Nous savions déjà qu'il y avait un lien entre la forme urbaine et la santé; nous appuyons les efforts en ce sens, mais étant donné notre contexte et le besoin de juger chaque situation à son*

mérite, nous ne pouvions pas faire grand chose de plus. Une participante issue de la santé publique a indiqué, au sujet de ses consultations initiales avec les planificateurs : Nous avons été surpris par le message très clair des urbanistes lors de cette journée : ils ont tous compris les avantages de l'EBFS et de l'intégration des principes d'EBFS dans la politique municipale et n'avaient pas besoin de plus d'information sur le sujet. Ils avaient plutôt besoin d'un soutien de la part des autorités de santé pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques.

4^e effet : L'inclusion de préoccupations sanitaires dans les plans, les politiques et les décisions sur le milieu bâti

Selon l'évaluation, l'initiative BUCS a contribué à inclure les préoccupations relatives à la santé dans les plans, les politiques et les décisions sur le milieu bâti. À la fin de la première phase du projet, dans la région de Peel et la région métropolitaine de Vancouver, il y a eu des indications selon lesquelles les plans régionaux et municipaux ont fait référence à la santé en raison de BUCS. Dans Peel, par exemple, cinq politiques régionales et trois politiques de planification municipales ont été modifiées pour faciliter l'application du « cadre d'étude de base sur la santé » élaboré par le Bureau de santé de la région de Peel à la faveur du projet BUCS. Le plan communautaire officiel du District de North Vancouver, qui reconnaît formellement le rôle de l'autorité de santé locale dans l'élaboration de ce document de politique, en est un autre exemple.

Voici quelques exemples, tirés du sondage de 2012 auprès des collaborateurs, de l'application de nouvelles connaissances à l'élaboration ou à l'examen de plans, de lignes directrices ou d'évaluations : *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; et Mon organisme favorise l'inclusion de politiques de conception de collectivités saines dans les plans officiels locaux et les plans secondaires. Nous avons créé une liste de contrôle des éléments de conception sains pour examiner les grandes propositions d'aménagement.* En entrevue, une participante de BUCS a indiqué : *Selon des employés municipaux, le support de [la santé publique] pour plusieurs politiques en matière d'environnement bâti a été instrumental; si [la santé publique] n'était pas un fervent défenseur des politiques [...] pour des quartiers centraux connectés et le transport actif, il est fort possible que ces politiques aient été diluées dans le plan.*

Défis et réussites de la prestation de BUCS

Certains des défis de la première phase de BUCS ont découlé de la complexité de travailler sur les enjeux liés au milieu bâti à une échelle interprovinciale. Les interventions de BUCS ont été menées par des autorités de santé situées dans trois provinces où les structures de santé publique, les lois sur l'aménagement du territoire et les liens entre les municipalités locales et régionales sont différents. Par exemple, l'une des deux autorités de santé basées en Ontario fonctionne comme un service dans une municipalité régionale à deux paliers, tandis que l'autre fonctionne comme une direction au sein d'une municipalité locale à palier unique. Au Québec et en Colombie-Britannique, les autorités de santé participant à BUCS fonctionnent indépendamment des administrations locales et régionales.

Au début de l'initiative BUCS, l'expérience professionnelle sur la santé et le milieu bâti, la capacité de faire ce genre de travail, la participation à ce travail et la connaissance des concepts liés à ce travail étaient différentes au sein des six autorités de santé publique. Il a donc été difficile de trouver des projets communs dont la prestation pouvait être assurée par toutes les autorités de santé; il en est résulté une grande diversité d'interventions.

L'élaboration d'une structure de dotation et de gouvernance adaptée à ce vaste projet novateur s'est avérée complexe et a pris plus d'un an. Gérer l'administration, l'évaluation, les activités d'AEC et le développement de partenariats pour la première phase de BUCS a exigé deux équivalents temps plein, et non un seul comme prévu à l'origine. Il a fallu plusieurs tentatives et restructurations avant d'en arriver à une structure de gouvernance efficiente qui permette à tous les partenaires de BUCS de se prononcer sur l'orientation du projet et d'en influencer les décisions clés.

CONCLUSION

La première phase du projet BUCS a été révolutionnaire, car elle a uni des acteurs du milieu bâti et de la santé autrefois disparates en un réseau pancanadien. Les ressources de l'initiative et son alliage unique de la recherche, des politiques et des pratiques a permis aux professionnels des secteurs de la planification, de la santé publique et des ONG de collaborer à des projets aux paliers local et national; elle a permis aux professionnels de la santé publique de différentes provinces de collaborer à des projets sur le milieu bâti; et elle a justifié que l'on oriente la recherche appliquée vers les lacunes dans les politiques sur le milieu bâti. Malgré ses contraintes, l'évaluation de BUCS a apporté des perspectives intéressantes quant à savoir si le projet a mis les participants de BUCS « sur la bonne voie » pour atteindre l'objectif à long terme de l'initiative : la prévention des maladies chroniques.

De 2009 à 2012, BUCS a contribué à accélérer les modifications au milieu bâti favorisant la santé au Canada, en partie en jetant les bases d'un réseautage et d'une coordination sur cet enjeu entre les autorités de santé, les planificateurs et les ONG. On associe souvent les changements communautaires et systémiques à la mise en œuvre de partenariats de collaboration¹⁴. C'est pourquoi BUCS a été le fondement d'alliances stratégiques et de partenariats intersectoriels qui pourraient entraîner des changements généralisés au milieu bâti. Bien que les initiatives et les stratégies élaborées durant la phase 1 de BUCS aient principalement porté sur le Canada urbain, elles pourraient aussi s'appliquer au milieu rural et aux environnements bâtis du monde entier.

Les collaborateurs de BUCS ont trouvé que le partage de connaissances, de conseils techniques, de savoir-faire ou de recommandations en personne étaient les tactiques les plus susceptibles d'avoir aidé les secteurs de la santé et de la planification à collaborer plus efficacement et à produire des effets sur les politiques locales. Par contre, la forme plus classique de transfert des connaissances en santé publique, par la diffusion unidirectionnelle de documents d'un secteur (la santé) à l'autre (la planification), était jugée comme étant la moins efficace pour faciliter la collaboration intersectorielle. Cette stratégie pourrait avoir accru les connaissances fondamentales nécessaires, mais elle

n'est pas suffisante, en soi, pour tisser des liens qui alimentent une collaboration intersectorielle. Cette observation fait ressortir l'importance d'affecter des ressources humaines et d'établir des mécanismes intersectoriels pour entretenir les liens, échanger les connaissances, dialoguer, agir conjointement et élaborer des ressources en concertation.

La première phase de l'initiative BUCS a aussi rehaussé la connaissance spécialisée du contenu et les compétences des organismes de santé publique participants pour qu'ils puissent communiquer avec les planificateurs municipaux et régionaux et influencer les décisions sur le milieu bâti. Les participants de BUCS ont mieux compris comment s'y retrouver dans le dédale d'acteurs et d'agents qui influencent les décisions sur le milieu bâti au sein des services de planification municipaux et au-delà. Ils ont aussi élaboré et mis en pratique une vaste panoplie d'outils et de processus. Le chemin le plus direct vers des politiques et des pratiques qui favorisent l'environnement bâti favorable à la santé varie selon le contexte, en fonction des cadres juridiques provinciaux et régionaux, des priorités et des contraintes des administrations locales, de la conjoncture politique et de la culture organisationnelle¹⁵. Ceci donne à penser que des initiatives comme BUCS, qui produisent une gamme d'outils, peuvent accroître la probabilité que leurs extrants soient pertinents dans des régions sanitaires diverses.

Peu de collaborateurs externes ont fait état de changements dans les pratiques, les politiques ou les programmes organisationnels en raison de leur interaction avec BUCS. Ceci pourrait s'expliquer par la durée relativement brève du projet. Toutefois, les collaborateurs « adoptants précoces » qui ont mis en œuvre des changements organisationnels ont établi un précédent sur lequel on peut miser pour favoriser des changements institutionnels à plus grande échelle à moyen terme.

Le milieu bâti est façonné par une hiérarchie de documents de politique et de décisions qui commence au palier provincial et qui descend vers les paliers régional, municipal, du quartier, de la rue et de la parcelle de terrain. On a élaboré l'initiative BUCS en partant de l'hypothèse que d'avoir des données probantes sur la santé intégrées dans les documents de politique aux paliers régional et municipal, « en amont », facilitera à moyen terme l'intégration des considérations sanitaires « en aval », à l'échelle du quartier, de la rue et de la parcelle de terrain. La première phase de l'initiative BUCS a contribué à inclure les considérations sanitaires dans certaines politiques d'amont; on a jugé que c'était là un impact encourageant, étant donné la complexité du domaine du milieu bâti et les délais requis pour des changements d'orientation, et un premier pas vers des milieux bâtis plus sains.

Il est toutefois important de mentionner que la mise en œuvre concrète de politiques sur le milieu bâti favorisant la santé présentera sans doute des difficultés considérables. L'application de stratégies comme la densification, la diversification des usages du sol et l'allocation de couloirs réservés au transport actif suscite souvent la résistance des résidents ou des entreprises locales¹⁶⁻¹⁹, et elle est compliquée par les pressions économiques et les besoins des promoteurs immobiliers²⁰. De plus, la construction réelle de communautés favorisant la santé sera probablement confrontée aux pressions du marché pour édifier de nouveaux aménagements sur des sites nouveaux^{7,16-19}, autrement dit sur des

parcelles vierges à l'extérieur ou en périphérie des zones déjà aménagées. On commence à s'apercevoir que les nouveaux aménagements construits pour promouvoir la marche à l'échelle du quartier et de la rue sur des sites vierges, loin des centres urbains ou suburbains établis, sont associés à de faibles niveaux de marche pour les déplacements quotidiens²¹. Nous mettons en garde les autorités de santé contre ces difficultés possibles pour qu'elles en tiennent compte en élaborant des programmes d'application des connaissances et d'élaboration et de défense des politiques sur le milieu bâti.

Pour résumer, les résultats de la première phase de l'initiative Bâtir un Canada en santé montrent que le secteur de la santé peut être un atout et un allié précieux pour le secteur de la planification en créant un potentiel d'assainissement des milieux bâtis. Le projet illustre à la fois les possibilités et les obstacles qui attendent les organismes de santé publique lorsqu'ils travaillent autrement, et avec de nouveaux partenaires, pour influencer les facteurs du milieu bâti qui sont des déterminants des maladies chroniques. Conformément aux modèles de renforcement des capacités de pratique de la santé publique¹⁴, l'initiative a créé une base de compétences et de liens intersectoriels qui peut d'ores et déjà donner une cohérence et rehausser la coordination du travail sur la santé et le milieu bâti au Canada au moyen d'une communauté de pratique. Enfin, BUCS a mobilisé les administrations municipales et le secteur de la planification d'une manière qui, à long terme, pourrait produire des orientations sur la santé et le milieu bâti qui soient pleinement intégrées et qui contribuent à réduire le risque de maladies chroniques et à améliorer l'équité en santé.

RÉFÉRENCES

- Butler EN, Ambs AMH, Reedy J, Bowles HR, 2011, « Identifying GIS measures of the physical activity built environment through a review of the literature », *J Phys Act Health*, 8 (suppl. 1), p. S91-S97.
- Ding D, Gebel K, 2012 (18 janvier), « Built environment, physical activity, and obesity: What have we learned from reviewing the literature? », *Health Place*, 1, p. 100-105.
- Durand CP, 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, 5, p. e173-e182.
- Saelens BE, Handy SL, 2008, « Built environment correlates of walking: A review », *Med Sci Sports Exerc*, 40 (suppl. 7), p. S550-S566.
- Bergeron P, Reyburn S, 2010, *L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Coupland K, Rikhy S, Hill K, McNeil D, 2011, *Built Environment Health Promotion Strategy, Phase 1: Evidence informed recommendations*, Edmonton, Alberta Health Services.
- Ontario, 2008, *Normes de santé publique de l'Ontario 2008*, Ottawa, Imprimeur de la reine pour l'Ontario.
- Lawrence DE, Raine K, 2007, *Creating a Healthier Built Environment in British Columbia: Final Report*, Vancouver, Provincial Health Services Authority.
- Institut canadien d'information sur la santé, 2012, *Environnements physiques en milieu urbain et inégalités en santé : examen de la portée des interventions*, Ottawa, ICIS.
- Toronto Public Health, 2011, *Healthy Toronto by Design*, préparé par Linda Wood, Sandra Tam, Ronald Macfarlane, Jan Fordham, Monica Campbell et David McKeown, Toronto, Toronto Public Health.
- Kent J, Thompson SM, Jalaludin B, 2011, *Healthy Built Environments: A Review of the Literature*, Sydney (Australie), Healthy Built Environments Program, City Futures Research Centre, University of New South Wales.
- Coburn J, 2004, « Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health », *Am J Public Health*, 94, 4, p. 541-546.
- Manafa E, Petermann L, Lobb R, Keen D, Kerner J, 2011, « Research, practice, and policy partnerships in pan-Canadian coalitions for cancer and chronic disease prevention », *J Public Health Manage Pract*, 17, 6, p. E1-E11.

14. Roussos TS, Fawcett SB, 2000, « A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health », *Annu Rev Public Health*, 21, p. 369-402.
15. Perrotta K, 2011 (avril), « Public health and land use planning: How ten public health units are working to create healthy and sustainable communities », préparé pour le Clean Air Partnership (CAP) et l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), Ontario, CAP et ASPO.
16. Tomalty R, 1998, *The Compact Metropolis: Growth Management and Intensification in Vancouver, Toronto and Montreal*, Toronto, ICURR Publications.
17. Clark-Madison M, 1999 (30 avril), « Urban on the rocks: Neighborhood juries still out on Smart Growth », *The Austin Chronicle*. Sur Internet : <http://www.austinchronicle.com/news/1999-04-30/S21889/> (consulté le 1^{er} juillet 2014).
18. Pendall R, 1999, « Opposition to housing NIMBY and beyond », *Urban Affairs Rev*, 35, 1, p. 112-136.
19. Grant JL, 2002 (hiver), « Mixed use in theory and practice: Canadian experience with implementing a planning principle », *J Am Planning Assoc*, 68, 1, p. 71-84.
20. Grant JL, 2009, « Theory and practice in planning the suburbs: Challenges to implementing new urbanism, smart growth, and sustainability principles », *Planning Theory Pract*, 10, 1, p. 11-33.
21. Giles-Corti B, Bull F, Knuiman M, McCormack G, Van Niel K, Timperio A, et al., 2013, « The influence of urban design on neighbourhood walking following residential relocation: Longitudinal results from the RESIDE study », *Soc Sci Med*, 77, p. 20-30.