

## Ressources pour la promotion de cadres bâtis sains

### ÉTUDES DE CAS



National Collaborating Centre  
for Environmental Health

Centre de collaboration nationale  
en santé environnementale

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sommaire</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Introduction</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>Principales conclusions</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>Études de cas</b> .....   | <b>10</b> |
| Colombie-Britannique : <i>Farm to School Salad Bar</i> .....   | 10        |
| Colombie-Britannique : Programme <i>Healthy Community Environment</i> de l' <i>Interior Health Authority</i> ..... | 17        |
| Manitoba : Villes amies des aînés (programme pilote mondial de l'OMS) .....  | 21        |
| Ontario : Bureau de santé de la région de Peel .....   | 26        |
| Québec : Action de revitalisation des anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield.....                           | 30        |
| Nouvelle-Écosse : Programme <i>Healthy Housing, Healthy Community</i> .....  | 36        |
| Nouvelle-Écosse : Planification des transports et aménagement favorables aux enfants et aux adolescents .....      | 42        |
| Nunavut et Territoires du Nord-Ouest : <i>Healthy Foods North</i> .....  | 47        |
| <b>Conclusion</b> .....  | <b>54</b> |

*Photos de couverture – Villes amies des aînés (programme pilote mondial de l'OMS à Portage la Prairie). Action de revitalisation des anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield. Programme Farm to School Salad Bar.*

## Remerciements

*La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada.*

*La révision de l'exactitude des termes techniques issus de la traduction de l'anglais vers le français du présent document a été réalisée par le Institut des sciences de l'environnement de l'Université du Québec à Montréal.*

Le présent document prolonge et actualise les études de cas présentées dans le rapport de 2009 intitulé [Amener la santé à la table de planification – Un profil des pratiques prometteuses du Canada et de l'étranger](#), financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il approfondit davantage quatre des études de cas précédentes et en ajoute quatre nouvelles en mettant l'accent sur la façon dont les inspecteurs en santé publique, agents de santé environnementale et médecins conseils en santé publique participent aux initiatives d'aménagement d'un cadre bâti sain.

Il a été rédigé par Erik Lees, Katy Amon et Heidi Redman, de LEES + Associates, et par Alex Berland, d'A. Berland Inc.

## Informateurs clés

Les auteurs tiennent à remercier les informateurs clés ci-dessous, qui ont généreusement apporté leurs éclairages dans le cadre d'entretiens téléphoniques et revisité les versions précédentes des études de cas.

Joanne Bays

Chef de projet, *Farm to School Salad Bar* (Colombie-Britannique)

Marie-Josée Denis

Analyste en développement et échange des connaissances, Agence de la santé publique du Canada (Région du Québec)

Peyun Kok

Spécialiste de projet, Prévention des maladies chroniques et des blessures, Bureau de santé de la région de Peel (Ontario)

Pam Moore

Agente de santé environnementale, Interior Health Authority (Colombie-Britannique)

M<sup>me</sup> Catherine O'Brien

School of Education, Health and Wellness, Université du Cap-Breton (Nouvelle-Écosse)

M<sup>me</sup> Sangita Sharma

Chercheuse principale, *Healthy Foods North* (Nunavut et Territoires du Nord-Ouest)

Janet Shindle

Conseillère, Ville de Portage la Prairie (Manitoba)

Marjorie Willison

Gestionnaire de projet, Chebucto Communities Development Association (Nouvelle-Écosse)

## Sommaire

Ce rapport présente huit études de cas canadiennes où les démarches coopératives d'amélioration sanitaire ont joué un rôle prépondérant dans les décisions liées à l'aménagement du cadre bâti. Un certain nombre de ces études de cas font ressortir une participation étendue des agents de santé environnementale (ASE). D'autres études de cas portent sur des programmes coopératifs sans participation importante d'agents de santé environnementale ou de médecins conseils en santé publique (MCSP), mais qui peuvent présenter un intérêt particulier en raison de leur objet. Chacune comprend les conseils des informateurs clés sur les façons dont les ASE et MCSP pourraient apporter leur concours.

### Études de cas présentées dans ce rapport

- PACIFIQUE – COLOMBIE-BRITANNIQUE : Programme *Farm to School Salad Bar*
- PACIFIQUE – COLOMBIE-BRITANNIQUE : Interior Health Authority
- PRAIRIES – MANITOBA : Villes amies des aînés (programme pilote mondial de l'OMS)
- ONTARIO : Bureau de santé de la région de Peel
- QUÉBEC : Action de revitalisation des anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield
- ATLANTIQUE – NOUVELLE-ÉCOSSE : Aménagement et planification des transports favorables aux enfants et aux adolescents
- ATLANTIQUE – NOUVELLE-ÉCOSSE : Programme *Healthy Housing, Healthy Community*
- NORD – NUNAVUT : Programme *Healthy Foods North*

Une partie « enseignements tirés » offre des conseils détaillés aux ASE et MCSP participant à des actions similaires. Ces enseignements concernent les cinq catégories ci-dessous.

**1. Capacité.** Ces programmes font ressortir l'importance de faire des questions de cadre bâti une priorité officielle des ASE et MCSP.

**2. Formation.** Des formations ciblées rendraient les collaborations santé-aménagement-collectivité plus productives du point de vue des ASE et MCSP.

**3. Rôle des professionnels de la santé publique.** Ces études de cas mettent en valeur le rôle que peuvent jouer les ASE et MCSP dans la planification des actions d'aménagement et de développement des collectivités.

**4. Collaboration.** Les informateurs clés apportent des enseignements pour augmenter le succès des partenariats intersectoriels en tant que « catalyseurs de changement ».

**5. Engagement de la collectivité.** Promouvoir les programmes à l'avance auprès des collectivités peut accroître les niveaux d'engagement et de succès.

Ce rapport présente des programmes réussis destinés à servir de fondement aux efforts futurs. Les études de cas exposées saisissent la grande diversité des cadres bâtis de notre pays, les partenariats qui se créent et les pratiques prometteuses. Les enseignements tirés de ces études suggèrent des façons de reproduire ces initiatives dans d'autres collectivités. Le trait commun de ces programmes novateurs est une collaboration stratégique intégrant l'amélioration sanitaire aux objectifs d'aménagement. Plusieurs des programmes sanitaires coplanifiés présentés dans ce rapport

offrent des exemples de participation explicite des ASE et MCSP. Cependant, l'absence de ces derniers dans d'autres domaines fait ressortir la nécessité d'une plus grande collaboration entre secteurs. Le manque de participation des ASE ou MCSP semble lié à une incertitude quant au rôle qu'ils peuvent jouer dans la planification ou l'aménagement.

## Introduction

*Pourquoi est-il important d'intégrer une perspective sanitaire à la planification de l'aménagement du cadre bâti? Pour illustrer la réponse à cette question, l'exemple le plus évident est l'incidence croissante de l'obésité au Canada et dans le monde. Certains experts pensent que ce problème a un impact comparable à celui des changements climatiques et nécessite, en raison de sa complexité, une action dans l'ensemble de la société.<sup>1</sup> Les nombreuses données disponibles indiquent clairement que la baisse des niveaux d'activité physique et l'accès limité à une alimentation saine contribuent à l'incidence croissante de l'obésité et de problèmes associés tels que diabète, hypertension et maladies cardiovasculaires.<sup>2, 3</sup> Il apparaît aussi nettement que le cadre bâti est un facteur clé pour stimuler l'activité physique et prévenir l'obésité. Le cadre bâti comprend notamment les villes, logements, établissements d'enseignement, locaux commerciaux, bureaux et ateliers; en bref, tous les*

*lieux où les gens naissent, vivent, grandissent, travaillent et vieillissent.<sup>4</sup>*

Les décisions d'aménagement urbain peuvent servir ou entraver les objectifs de santé publique. Cependant, comme pour tout problème complexe, les progrès nécessiteront une action intersectorielle. Aménageurs et responsables de la santé publique doivent travailler ensemble pour renforcer la place des éléments propres à promouvoir la santé publique dans l'aménagement du territoire, des collectivités et des transports. Les agents de santé environnementale (ASE) sont souvent chargés d'assurer la mise en œuvre et l'application des politiques. Les médecins conseils en santé publique (MCSP) se basent sur les données scientifiques pour concevoir les efforts et assurer leur suivi. Ces deux groupes peuvent aider les aménageurs à comprendre la nécessité de concevoir des cadres bâtis plus sains, ainsi que leurs implications pratiques.

Ce rapport présente les huit études de cas canadiennes ci-dessous, où les démarches coopératives visant à améliorer la santé ont joué un rôle prépondérant dans les décisions d'aménagement du cadre bâti.

### PACIFIQUE

- **COLOMBIE-BRITANNIQUE :**  
*Farm to School Salad Bar | Un programme associant les établissements scolaires aux fermes de proximité*

<sup>1</sup> Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2008). *Healthy Weight, Healthy Lives: a Cross-Government Strategy for England*. <http://www.dh.gov.uk/publications> (consulté le 21 mars 2009).

<sup>2</sup> OMS (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la santé, [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/fr/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html) (consulté le 21 mars 2009).

<sup>3</sup> David Butler-Jones (2007). « Une livre de remède : éviter un déclin générationnel dans la santé générale. » *Canadian Family Physician*, vol. 53, n° 9, septembre 2007, pp. 1409-1410.

<sup>4</sup> Santé Canada (2002). Division de l'enfance et de l'adolescence. *L'environnement naturel et l'environnement créé*. Santé Canada, Ottawa.

- COLOMBIE-BRITANNIQUE : Programme *Healthy Community Environment* de l'Interior Health Authority | Mise au point d'une approche collaborative intégrée pour la création d'environnements communautaires sains

#### PRAIRIES

- MANITOBA : *Villes amies des aînés* (programme pilote mondial de l'OMS) | Plan destiné à faire de Portage la Prairie une ville plus accueillante, plus saine et plus sûre pour les personnes âgées

#### ONTARIO

- ONTARIO : Bureau de santé de la région de Peel | Un programme destiné à rétablir le lien traditionnel entre santé et aménagement

#### QUÉBEC

- QUÉBEC : Action de revitalisation des anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield | Une initiative destinée à promouvoir des conditions de logement saines dans les quartiers défavorisés

#### ATLANTIQUE

- NOUVELLE-ÉCOSSE : *Healthy Housing, Healthy Community* | Un programme de communication directe entre professionnels de la santé, résidents, aménageurs et promoteurs
- NOUVELLE-ÉCOSSE : Planification des transports et aménagement favorables aux enfants et aux adolescents | Un programme visant à établir des modalités de transport et d'aménagement du territoire

répondant aux besoins des enfants et des adolescents, et par là même de l'ensemble de la collectivité

#### NORD

- NUNAVUT : *Healthy Foods North* | Un programme communautaire adapté aux usages culturels visant à promouvoir une alimentation saine

Ces études de cas mettent en lumière les principales approches permettant d'améliorer les décisions d'aménagement en y intégrant la perspective sanitaire, et illustrent ainsi les modes de participation possibles des agents de santé environnementale et des médecins conseils en santé publique.

Cet instantané pancanadien présente des programmes réussis destinés à servir de fondement aux efforts futurs. Ils saisissent la grande diversité des cadres bâtis de notre pays, les partenariats qui se créent et les pratiques prometteuses. Les enseignements tirés de ces études suggèrent des façons de reproduire ces initiatives dans d'autres collectivités.

Il ne s'agit pas d'un échantillon exhaustif, mais plutôt d'une sélection de programmes novateurs apportant des enseignements pertinents et variés. Leur trait commun est une collaboration stratégique intégrant l'amélioration sanitaire aux objectifs d'aménagement. Ce rapport vise à renforcer le rôle des données probantes dans la pratique, pour que les concepts de promotion de la santé entrent en ligne de compte dans les décisions liées à l'aménagement du cadre bâti.

## Principales conclusions

Ces études de cas présentent un éventail de programmes. Ceux-ci portent notamment sur le logement, la nutrition et l'adaptation du cadre de vie (aux enfants, aux jeunes, aux personnes âgées ou aux souhaits de la collectivité), ainsi que sur les approches permettant aux autorités sanitaires d'agir sur le développement du cadre bâti.

Ces programmes concernent les collectivités urbaines, rurales et autochtones. Certains sont propres à une collectivité, tandis que d'autres s'inscrivent dans des initiatives régionales, provinciales, nationales ou internationales plus larges.

### Partenariats

Tous les programmes étudiés ont un caractère hautement collaboratif. Ils font intervenir les autorités sanitaires, les municipalités, les conseils scolaires, les universités, les promoteurs, les organismes à but non lucratif, les exploitations agricoles, les organisations communautaires et les particuliers. Certains regroupent plus d'une dizaine de partenaires principaux. Plusieurs d'entre eux ont été créés à l'initiative de la collectivité et sont pilotés par celle-ci.

Les études de cas font ressortir une collaboration novatrice au sein des autorités sanitaires et dans le cadre de leurs partenariats avec d'autres organisations. Plusieurs programmes ont créé de nouveaux partenariats, alors que d'autres ont renforcé des liens existants. Ils comportent tous la participation d'une autorité de santé publique, la plupart faisant intervenir des agents de santé environnementale ou des médecins conseils en santé publique.

## Participation des ASE

Les ASE participent à la mise au point des programmes en tant qu'informateurs clés lors de l'élaboration du cadre d'évaluation ou tout au long des différentes étapes, notamment dans les rôles suivants :

- fonction consultative au sein du comité directeur du programme;
- formation ou préparation des ASE pour un travail de terrain;
- formation des collectivités ou d'autres organismes;
- organisation d'événements communautaires visant à faire évoluer les comportements;
- apport d'expertise (sécurité sanitaire des aliments, conditions de logement, qualité de l'air, etc.);
- élaboration de directives et expertise technique;
- création et renforcement des liens au sein de l'autorité sanitaire et au-delà;
- participation à la recherche et à l'élaboration des politiques;
- collaboration avec les autres secteurs de la santé, comme la prévention des blessures, la santé de la population, etc.;
- contributions aux plans secondaires;
- promotion des questions de santé communautaire à l'échelle régionale;
- promotion de questions de santé plus larges.

L'omission d'inclure des ASE dans certains programmes met en évidence la nécessité d'une plus grande sensibilisation à la meilleure façon de faire appel à leur participation. Si les autorités sanitaires souhaitent une plus grande participation des ASE aux programmes d'aménagement des

collectivités, il leur faut probablement adapter leur rôle de manière à élargir les possibilités de communication ouverte dès les premiers stades de la planification. Bien que les ASE n'aient pas participé à toutes les étapes de chacun des programmes décrits dans ce document, ni même à tous ces programmes, les informateurs clés ont indiqué un certain nombre de façons dont ils auraient pu participer davantage.

Ils pensent que la participation des ASE aurait pu étendre la portée du programme et aider à toucher des publics plus larges dans le monde de la santé publique. Par ailleurs, ces informateurs estiment aussi qu'une participation aux premières étapes de la planification aiderait les agents de la santé publique à mieux comprendre de quelle façon et dans quels domaines leurs compétences seraient le mieux utilisées.

Ils ont suggéré les rôles potentiels suivants :

- sensibilisation et formation des aménageurs aux questions de santé publique;
- partage des connaissances et de l'approche fondée sur des données probantes;
- examen de la planification et des propositions d'aménagement du point de vue de la santé publique;
- diffusion de l'information à des publics plus larges et crédibilisation des programmes par leurs titres et qualifications;
- participation continue au soutien et à la formation de la collectivité;
- modification des politiques de santé publique;
- évaluation des plans d'aménagement;

- proposition d'indicateurs à utiliser dans les programmes, et information sur ces indicateurs;
- participation aux tables rondes (certains partenaires ont besoin d'exemples concrets de la façon dont la santé s'inscrit dans un projet).

## Participation des MCSP

Des médecins conseils en santé publique et médecin hygiéniste en chef sont intervenus dans un certain nombre de programmes, tantôt comme décideurs clés à tous les stades du projet, tantôt dans un rôle moins important. Leurs rôles consistent notamment à :

- générer des idées;
- participer à la prise de décisions;
- renforcer les capacités au sein de l'autorité sanitaire;
- soulever les problèmes à l'échelon régional;
- servir d'informateurs clés;
- assister aux présentations sur le programme;
- apporter un avis;
- diffuser l'information;
- utiliser les éléments probants déduits des programmes;
- corédiger des articles.

## Enseignements tirés

Ces études de cas apportent un certain nombre d'enseignements transmissibles qui s'inscrivent pour la plupart dans une des cinq catégories suivantes : capacité, formation, rôle des professionnels de la santé publique, collaboration et engagement de la collectivité.

**1. Capacité.** Plusieurs de ces programmes font ressortir l'importance de faire des questions de cadre bâti une priorité officielle au sein de l'autorité sanitaire, des services d'aménagement



et des différents paliers de gouvernement (local, régional, provincial et fédéral). Sans une adaptation aux capacités et fonctions définies des MCSP et ASE, les programmes seraient considérés comme une charge de travail supplémentaire.

**2. Formation.** Des formations ciblées rendraient plus productives les collaborations santé-aménagement-collectivité et les réunions avec les ASE et MCSP. En effet :

- une meilleure compréhension entre les disciplines est un préalable nécessaire à des discussions constructives (d'où la nécessité par exemple d'ateliers de formation à l'aménagement et à la législation pour les professionnels de la santé, et aux questions de santé pour les professionnels de l'aménagement);
- une formation aux principes du développement communautaire et aux approches axées sur la santé de la population peut s'avérer utile;
- un passage de la simple application des règlements à l'accompagnement et au soutien des représentants des collectivités peut les aider à se conformer à la réglementation;
- les ASE doivent disposer d'outils et processus flexibles leur permettant de travailler sur différents programmes et dans des contextes variés;
- il est facile de faire le lien entre cadre bâti et activité physique, mais les autres sujets demandent plus de travail.

**3. Rôle des professionnels de la santé publique.** Ces études de cas font ressortir le rôle que l'autorité de santé publique peut et doit jouer dans la

planification des actions d'aménagement et de développement des collectivités. En effet :

- les aménagements étant plus faciles à faire qu'à défaire, les questions de santé publique doivent entrer en ligne de compte dès le début;
- le travail des autorités de santé publique se fonde sur des données probantes et contribue ainsi à établir la crédibilité d'un projet, en particulier lorsque les ASE abordent les effets du cadre bâti sur la santé;
- la participation aux plans d'aménagement peut accroître le rôle de la santé publique.

**4. Collaboration.** Pour l'un des informateurs, le fait de réunir les différents acteurs constituait un véritable « catalyseur de changement ». Les informateurs clés ont apporté des conseils pour augmenter le succès des partenariats, notamment les suivants :

- assurer et maintenir la transparence des objectifs;
- préciser le rôle de chaque partie;
- articuler les objectifs autour d'une vision commune, même s'il existe des différences de point de vue;
- maintenir une collaboration suivie et une communication ouverte tout au long du projet;
- communiquer de manière suivie avec les parties prenantes afin de répondre sans faute à tous les objectifs;
- reconnaître que les différentes priorités ne s'accordent pas toujours, en examinant la situation sous tous les angles et du point de vue de toutes les disciplines.

## 5. Engagement de la collectivité.

Promouvoir les programmes à l'avance auprès des collectivités peut accroître les niveaux d'engagement et de succès. Pour cela :

- il faut être à l'écoute de la collectivité (les actions pilotées par la base de la collectivité bénéficient dès le départ de plus d'adhésion et de participation locales, ce qui favorise leur pérennité);
- une collectivité se mobilise mieux par contact direct;
- utiliser un langage et une terminologie adaptés au public;
- concevoir les objectifs de manière à ce qu'ils soient accessibles à la population visée;
- se souvenir que l'action locale est limitée par des facteurs tels que le vieillissement, les problèmes de santé et la pauvreté de la population;
- le recours à l'avis de la collectivité et aux sources d'information communautaires améliore le succès d'un programme;
- de nombreux principes sont transférables, mais il n'y a pas de solution universelle.

## Conseils aux autres collectivités

En plus de ces enseignements, les informateurs clés ont apporté les conseils et observations suivants à ceux qui souhaitent réaliser des actions similaires :

- les zones rurales et urbaines ont des besoins et priorités différents;
- les outils peuvent être plus ou moins transférables, mais

nécessitent l'intégration des données et priorités locales;

- un travail de formation est indispensable pour assurer que le programme est adapté à la collectivité et aux usages culturels;
- les données doivent être recueillies immédiatement avant et après l'intervention pour pouvoir évaluer le programme;
- déterminer dans un premier temps les points forts, les partenariats potentiels, les capacités, les acteurs clés et les principales priorités de la collectivité;
- se concentrer sur les responsables pour obtenir des changements dans les municipalités;
- continuer en dépit des revers;
- faire preuve de respect et de souplesse (il est important de sensibiliser les collectivités à la logique des recommandations sans en faire des prescriptions);
- déterminer les paliers de gouvernement dont l'adhésion est requise (le programme devra constituer une priorité pour les responsables);
- les programmes nécessitent beaucoup de travail interne avant le début de la mise en œuvre, en particulier s'ils doivent être reproduits;
- reconnaître le besoin de flexibilité dans le processus, le calendrier et l'adoption d'éléments extérieurs.

Pour mettre au point un projet transférable, il est important de réunir dès le départ tous les participants requis. L'inclusion d'un large éventail de participants (urbains et ruraux) accroît l'applicabilité du programme à une plus grande variété de contextes.

## Études de cas

### **COLOMBIE-BRITANNIQUE : *Farm to School Salad Bar* – Un programme associant les établissements scolaires aux fermes de proximité**

#### **Organisation directrice**

Public Health Association of BC (PHABC)

#### **Principaux partenaires provinciaux**

British Columbia Healthy Living Alliance (BCHLA), Northern Health Authority, Interior Health Authority, British Columbia Healthy Communities (BCHC), ministère de l'Agriculture et des Terres (Ministry of Agriculture and Land), ministère de l'Éducation (Ministry of Education) et ministère du Mode de vie sain et du Sport (Ministry of Healthy Living and Sport)

#### **Principales collectivités partenaires**

Représentants de 16 écoles, 24 fermes et 4 Premières nations des régions sociosanitaires de l'Intérieur et du Nord

#### **Collectivités**

Chetwynd, Crawford Bay, Fernie, Fort Saint John, Hazelton, Kamloops, bande indienne de l'Okanagan, Oliver, bande indienne d'Oliver, bande indienne d'Osoyoos, Smithers, Terrace, Williams Lake et Vernon

#### **Population des collectivités**

Population générale : 500 à 75 000. Population scolaire : 13 à 1 500 enfants.

#### **Cadre**

Collectivités urbaines, rurales et autochtones

#### **Groupes visés**

Élèves de l'enseignement primaire et secondaire et agriculteurs locaux

#### **Principes du programme**

Améliorer la consommation de fruits et légumes des élèves, offrir des possibilités d'éducation en matière de santé, de nutrition et d'agriculture, et soutenir les agriculteurs locaux.

#### **Niveau de mise en œuvre**

Provincial

#### **Stade de développement**

Programme pilote achevé

#### **CADRE GÉNÉRAL**

L'initiative *Farm to School Salad Bar* vise à améliorer la santé des enfants britanno-colombiens en leur apportant davantage d'aliments de proximité sains, nutritifs et adaptés aux usages culturels dans les établissements scolaires.

Selon M<sup>me</sup> Joanne Bays, directrice provinciale de l'initiative *Farm to School Salad Bar* :

« *Le concept est d'une simplicité rafraîchissante! On établit une relation entre un établissement scolaire et des exploitations agricoles de proximité. Les produits de proximité sont cultivés et récoltés pour servir à composer le buffet soupes et salades des écoles participantes deux fois par semaine. Les enfants ont ainsi l'occasion de savourer toute une palette d'aliments fraîchement récoltés comprenant six légumes, trois fruits, une source de protéines et une céréale. Pour un coût d'environ 3,00 \$ par repas et par enfant, le programme apporte une alimentation nutritive à un prix très avantageux. Les enfants, leurs parents, le personnel des écoles et les agriculteurs, autrement dit des collectivités entières, tirent profit de ce programme qui étend le savoir et l'expérience de chacun à travers la culture, la récolte, la préparation et la dégustation de fruits et légumes frais de proximité. »*

Les premiers programmes *Farm to School* sont apparus en Californie en 1996. Ils associaient les écoles à des exploitations agricoles de proximité pour améliorer la valeur nutritive de l'alimentation et l'éducation tout en

soutenant les petits agriculteurs locaux. L'initiative *Farm to School Salad Bar* de la Colombie-Britannique a été lancée en 2007, dans le prolongement d'un programme pilote démarré l'année précédente par la Northern Health Authority. Elle visait à établir un réseau de programmes *Farm to School Salad Bar* dans les collectivités urbaines, rurales et autochtones de la Colombie-Britannique.

Les problèmes apparemment paradoxaux de la faim et de l'obésité chez les enfants ont attiré de nombreux intervenants à la table de l'initiative *Farm to School*. Il était surprenant que de tels problèmes se posent dans l'une des nations les plus riches au monde, qui est en plus réputée pour la qualité et la quantité de ses exportations alimentaires.

Il était entendu au sein du groupe que pour résoudre les problèmes de malnutrition des enfants en Colombie-Britannique, il ne suffisait pas de leur apprendre à faire des choix alimentaires plus sains. Les solutions durables nécessitaient une action collective de différents groupes visant à traiter les facteurs sous-jacents à l'obésité et à la faim chez les enfants. Le groupe s'est concentré sur l'accès des enfants à des aliments de la plus haute qualité possible : des aliments frais, sains, nutritifs, adaptés aux usages culturels et provenant de fermes de proximité. Il s'est efforcé de repenser les systèmes de façon à rendre plus facile l'accès à ces aliments. Ses efforts se sont concentrés sur les écoles, où les enfants passent l'essentiel de la journée.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- augmenter la consommation de fruits et légumes chez les participants d'âge scolaire;

- augmenter les connaissances des élèves sur le circuit alimentaire de proximité, les aliments de proximité et la santé nutritionnelle;
- améliorer les connaissances des élèves en matière de production, transformation et service des aliments;
- renforcer les partenariats entre fermes de proximité, établissements scolaires et collectivités autochtones;
- renforcer l'économie alimentaire locale;



- mettre au point des modèles prometteurs qui soient autofinancés, respectueux de l'environnement et applicables dans d'autres milieux.

## PARTENARIATS

Géré et administré par la Public Health Association of British Columbia (PHABC) et financé par la British Columbia Healthy Living Alliance (BCHLA), le programme *Farm to School Salad Bar* était dès le départ fondé sur la collaboration. Il est guidé par un comité consultatif de quinze membres composé de représentants provinciaux et régionaux appartenant aux organes suivants : BCHLA, PHABC, HEAL (Healthy Eating and Active Living in Northern British Columbia), Northern Health Authority, Interior Health Authority, British Columbia Healthy

Communities, ministère de l'Agriculture et des Terres (Ministry of Agriculture and Land), ministère de l'Éducation (Ministry of Education) et ministère du Mode de vie sain et du Sport (Ministry of Healthy Living and Sport).

La PHABC a nommé une directrice provinciale à la tête de l'initiative. Elle s'est appuyée sur le soutien des écoles, des exploitations agricoles, des collectivités, du personnel de l'autorité sanitaire et des bénévoles des différentes collectivités pour guider et mettre en œuvre les activités du programme aux niveaux régional et local. Des ASE ont participé au programme dès le début.

Cette collaboration a été novatrice, car elle a permis de fusionner avec succès un éventail d'objectifs. Dans le secteur de la santé, elle a réuni les perspectives de santé environnementale, de la nutrition communautaire et de la santé des collectivités, des autochtones et de la population. Les groupes du secteur de la santé se sont réunis avec des représentants des collectivités servies, notamment ceux des écoles, des collectivités autochtones, des entreprises de transformation et distribution des aliments et des organisations d'alphabétisation, de lutte contre la pauvreté et de protection de l'environnement. Ainsi, les objectifs de nutrition communautaire, de santé environnementale, de souveraineté sanitaire et alimentaire et d'agriculture de proximité étaient effectivement fusionnés.

Les directeurs régionaux de santé environnementale (ou RDHP, pour Regional Directors of Environmental Health Protection) ont apporté un degré élevé de participation des ASE au niveau du comité directeur. Les RDHP se sont activement engagés dans l'élaboration du programme bien avant que les ASE ne participent aux actions

locales sur le terrain. Cela a permis d'aborder les problèmes de santé environnementale dès le début, a donné amplement le temps d'examiner les questions de sécurité sanitaire des aliments au sein des autorités de santé, et a préparé les ASE à leur future participation.

Les RDHP ont pu apporter au comité consultatif la perspective de la sécurité sanitaire des aliments, qui est essentielle à la réussite de ce projet. Ils ont fourni des recommandations en la matière (ainsi que l'information et la formation associées) à tous les ASE de la région. Les RDHP sont restés à la disposition des ASE et du public pour répondre à leurs questions et préoccupations. La Northern Health Authority a également désigné une personne-ressource pour les ASE, afin qu'il y ait toujours quelqu'un de disponible pour répondre aux questions.

Les aliments du programme *Farm to School Salad Bar* étaient initialement des fruits et légumes entiers, et des recommandations de sécurité sanitaire ont été établies pour ces produits. Au fil du temps, des œufs, viandes et produits de boulangerie ont été ajoutés au buffet et les ASE ont fourni des recommandations pour ces aliments. Lorsque les discussions ont abordé les questions d'élaboration de recettes et de conservation, les ASE ont présenté un éventail d'idées pour la mise en conserve, la lyophilisation et l'entreposage des aliments. Ils sont venus en aide aux écoles en résolvant leurs problèmes de stockage, de distribution et de compostage. Certains ASE se sont rendus dans les écoles hors de leurs heures de service pour donner des cours sur la sécurité sanitaire des aliments.

## OBTENIR L'ADHÉSION

Les semences de l'initiative *Farm to School Salad Bar* de la PHABC avaient été semées dans les régions du Nord et de l'Intérieur plusieurs années avant le début du programme. La sécurité des aliments a été reconnue au niveau de la province comme un service de santé publique essentiel. Des fonds ont été alloués aux autorités sanitaires pour soutenir les initiatives communautaires susceptibles d'améliorer la sécurité des aliments dans les collectivités. Des groupes locaux d'action et d'élaboration de politiques alimentaires se sont constitués et le paysage s'est émaillé de jardins communautaires, marchés fermiers et programmes de boîte verte. Le personnel des autorités sanitaires a soutenu ces activités. Le concept de l'initiative *Farm to School Salad Bar* avait été popularisé dans les régions sanitaires du Nord et de l'Intérieur, et le premier programme pilote de la province avait été lancé dans la collectivité de Quesnel, où il avait donné des résultats positifs sur le plan de la santé.

Il n'a donc guère été difficile de remporter l'adhésion dès le début. Un comité directeur a été rapidement formé, et fermes et écoles n'ont pas tardé à se rencontrer pour participer au programme.

Puis les défis ont commencé à se manifester. Le plus grand, pour tous les secteurs et à tous les niveaux de décision, était l'idée de favoriser la production, la transformation, l'achat et la consommation d'aliments de proximité au détriment des aliments importés. Le deuxième défi majeur était de trouver ces aliments de proximité. La saisonnalité des produits posait une troisième difficulté (les écoles ont besoin d'aliments en hiver alors que les exploitations agricoles les produisent en été). L'épuisement des bénévoles constituait un quatrième problème.

La sécurité sanitaire des aliments posait également des difficultés, mais sans aucune mesure avec celles mentionnées ci-dessus. Par exemple, le secteur agricole a d'abord hésité à participer, en raison de préoccupations quant aux homologations à obtenir par les producteurs. Cependant, il leur a été rapidement précisé que les mesures de sécurité sanitaire des aliments se concentreraient sur les écoles, vu que la majeure partie des aliments étaient des fruits et légumes frais à faible risque. Les cuisines ont été inspectées et approuvées, et le personnel concerné a suivi la formation *FoodSafe* en sécurité sanitaire des aliments.

## PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE

La Colombie-Britannique possède désormais le plus grand réseau *Farm to School* du Canada. Ce réseau compte à ce jour dix-sept programmes dans des collectivités urbaines, rurales, éloignées et autochtones.

Au printemps 2007, la Northern Health Authority a financé son premier programme pilote à l'école primaire Dragon Lake de Quesnel (Colombie-Britannique). Au vu du succès de ce programme pilote, la PHABC a financé l'initiative dans seize autres établissements.



Ces écoles et ces fermes sont toutes situées dans des collectivités relevant

des autorités sanitaires du Nord et de l'Intérieur de la Colombie-Britannique. Le programme pilote inclut des écoles primaires, intermédiaires et secondaires du public et du privé. Ces établissements appartiennent à un échantillon diversifié de collectivités urbaines, rurales et autochtones. Les fermes sont de petites exploitations produisant essentiellement des fruits et légumes et se situent généralement à moins de 160 kilomètres de l'école. Dans de nombreux cas, un représentant du secteur de la santé publique (nutritionniste, responsable de la sécurité sanitaire des aliments appartenant à la collectivité) a accepté de servir d'auxiliaire pour aider à établir des liens avec les autres intervenants.

Plus de 7 000 enfants peuvent maintenant prendre leur dîner dans le cadre du programme *Farm to School Salad Bar* deux fois par semaine. Grâce aux efforts de collecte de fonds, seize autres écoles devraient se joindre au programme d'ici 2011.

La planification du programme *Farm to School Salad Bar* fait intervenir des téléconférences mensuelles, des rencontres provinciales annuelles, des visites et réunions sur place, ainsi que le développement d'un site Web complet.

Maintenant que la phase pilote est achevée, les écoles ont accès au site Web et au guide *Farm to School Salad Bar*, ainsi qu'au personnel de la PHABC et à des personnes-ressources locales dans toute la province, pour obtenir de l'aide dans la planification et la mise en œuvre de leur programme.

Le guide du programme, intitulé *A Fresh Crunch in School Lunch: The BC Farm to School Salad Bar Guide*, peut être téléchargé à partir du site; il présente les étapes de la création d'un programme *Farm to School Salad Bar* et donne des conseils pour le pérenniser.

Le guide contient les rubriques suivantes :

- raison d'être du programme;
- plan annuel de lancement du programme;
- constitution d'une équipe et établissement d'une vision;
- mobilisation des agriculteurs, des parents et des élèves;
- achat du matériel et mise en œuvre de mesures en vue d'assurer la sécurité sanitaire des aliments;
- recettes et menus;
- repérage de sources d'approvisionnement et commande des aliments;
- activités de promotion du programme;
- financement du programme;
- étiquette et bon usage du buffet *Farm to School*;
- pour un programme encore plus vert;
- enseignement en classe et sur le terrain;
- ralliement d'une communauté autour de l'alimentation.

Les ASE ont apporté une contribution importante à la rédaction du chapitre sur l'achat du matériel et le maintien de la sécurité sanitaire des aliments.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Voici les principaux enseignements tirés de ce projet.

- Construisez une cuisine. La plupart des écoles de Colombie-Britannique n'ont pas de cuisine et beaucoup d'autres ne disposent que d'installations minimales. Un financement adéquat permet aux écoles d'être mieux préparées pour réussir le programme. Quand la

- cuisine est en place, l'effet d'entraînement est extraordinaire!
- L'allocation de fonds suffisants pour l'achat de l'équipement de cuisine et les travaux de réaménagement (de façon à répondre aux règles de sécurité sanitaire des aliments) est l'une des clés de la réussite du projet.
  - Achetez localement. Dans les collectivités rurales et éloignées de Colombie-Britannique, la ferme la plus proche peut être à six heures de route, mais cela ne doit pas vous dissuader d'établir votre programme. Trouvez un producteur, que ses récoltes soient grandes ou petites, puis achetez ce qu'il a et commencez avec ça.
  - Démarrez avec des aliments à faible risque, comme les fruits et légumes frais entiers, pour obtenir le soutien initial des ASE, puis ajoutez d'autres aliments.
  - Il faut une collectivité pour soutenir une ferme et une ferme pour soutenir une collectivité. Commencez par rassembler un groupe diversifié comprenant des ASE, un directeur d'école et au moins un agriculteur.

La préparation de la collectivité a aussi joué un rôle important dans la réussite du projet. Les germes semés à l'avance et les efforts de promotion et de communication de l'initiative au sein de l'autorité sanitaire et des collectivités qu'elle sert ont amené l'adhésion dès le départ et le succès sur le long terme.

Si le programme était à réaliser de nouveau, le chef de projet prolongerait sa phase de mise en œuvre pour donner plus de temps à la planification et à l'établissement des relations entre écoles et exploitations agricoles. Il aurait peut-être été plus efficace de grouper

les établissements pilotes dans les mêmes districts scolaires que de les disperser dans deux grandes régions sociosanitaires.

Les ASE ont intégré au programme des recommandations de sécurité sanitaire pour différents types d'aliments. La viande pose encore des difficultés; les prochaines étapes pourraient comporter des solutions créatives permettant de traiter les viandes à proximité.

Tandis que l'initiative *Farm to School Salad Bar* poursuit son évolution, il sera utile de présenter aux ASE ce qui se fait dans les autres collectivités et de montrer, par l'exemple, qu'ils peuvent contribuer de bien des façons à des programmes de développement communautaire analogues.

Les ASE se trouvent confrontés à de nombreux obstacles pouvant empêcher leur participation à de tels programmes. Un obstacle majeur est qu'ils sont souvent à court de temps et retenus par des charges de travail très élevées. Un second obstacle est leur manque relatif de connaissances et de formation sur les principes du développement communautaire et les approches axées sur la santé de la population. Il est nécessaire d'opérer une transition dans la formation des nouveaux ASE, qui se concentre aujourd'hui exclusivement sur l'application des règlements, afin de faire une plus grande place à l'accompagnement et au soutien des représentants des collectivités pour les aider à se conformer à la réglementation.

## CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS

Ce programme a été conçu à l'intention des communautés urbaines, rurales et autochtones. Son guide adopte une approche par étapes permettant au personnel des écoles et des



exploitations agricoles de proximité de démarrer leur propre programme.

Les collectivités démarrant un programme *Farm to School Salad Bar* gagneront à :

- faire participer différents secteurs;
- commencer petit (une école, une ferme et un produit alimentaire local à la fois);
- opérer un changement durable qui perdurera longtemps après l'épuisement des fonds, par exemple en modifiant le cadre bâti (par l'ajout d'une cuisine, d'un jardin ou d'une cave à légumes) ou les règlements (par l'ajout d'une politique d'approvisionnement en aliments de proximité).

Prochaines étapes : étendre le projet en Colombie-Britannique et créer un réseau *Farm to School* national au Canada.

## ÉVALUATION ET IMPACT

Quoiqu'ils ne soient pas encore officialisés, les résultats sont similaires à ceux obtenus dans les programmes mis en œuvre aux États-Unis<sup>5</sup>.

Pour les enfants :

- choix plus sains entraînant une consommation accrue de fruits et légumes;
- meilleure connaissance du jardinage, de l'agriculture, de l'alimentation saine, des produits de proximité et de la saisonnalité;

- volonté manifeste d'essayer de nouveaux aliments et des options plus saines;
- moindre consommation d'aliments malsains et de boissons gazeuses, réduction du temps passé devant la télévision et modifications positives du mode de vie (comme l'exercice quotidien);
- gains effectifs dans la connaissance de l'alphabet et accroissement des aptitudes sociales et de l'estime de soi.

Pour les agriculteurs :

- diversification du marché;
- relations positives avec le district scolaire, les élèves, les parents et la collectivité;
- occasions de découvrir les méthodes de traitement et de conservation requises par les marchés institutionnels;
- établissement de coopératives de producteurs pour l'approvisionnement des marchés institutionnels.

## PERSONNE-RESSOURCE

Joanne Bays, M. Sc.

Chargée de projet, *Farm to School Salad Bar*

Dirigeante de BaysGroup Consulting

Courriel : joannebays@gmail.com

## RESSOURCES

<http://www.phabc.org/farmtoschool>

[www.farmtoschool.org](http://www.farmtoschool.org)

<sup>5</sup> Anupama Joshi et Moira Beery (juin 2007). « A Growing Movement: A Decade of Farm to School in California ». *UEP Faculty Scholarship*, article 347, [http://scholar.oxy.edu/uep\\_faculty/347](http://scholar.oxy.edu/uep_faculty/347). National Farm to School Network, Community Food Security Coalition et School Food FOCUS (mars 2009). *Nourishing The Nation One Tray at a Time*, [http://www.farmtoschool.org/files/publications\\_191.pdf](http://www.farmtoschool.org/files/publications_191.pdf)

## **COLOMBIE-BRITANNIQUE : Programme *Healthy Community Environment* de l'Interior Health Authority** – Mise au point d'une approche collaborative intégrée pour la création d'environnements communautaires sains

### **Organisation directrice**

Interior Health Authority (IHA)

### **Collectivités**

Relevant de l'Interior Health Authority

### **Cadre**

Urbain et rural

### **Groupe visé**

Professionnels de la santé

### **Principes du programme**

Application des connaissances, création de réseaux

### **Niveau de mise en œuvre**

Local et régional

### **Stade de développement**

En cours



## **CADRE GÉNÉRAL**

Le programme *Healthy Community Environment* (HCE) de l'IHA vise à améliorer la santé humaine en créant un cadre bâti plus sain. Il utilise une approche intégrée dans laquelle différents membres de l'IHA travaillent ensemble à promouvoir un aménagement des collectivités qui contribue à prévenir les menaces environnementales et sociales potentielles tout en encourageant la population à adopter un mode de vie sain. Le programme comprend des composantes portant sur la réceptivité des collectivités, sur la collaboration pour l'établissement de milieux communautaires sains et sur la recherche et l'évaluation des programmes.

L'une des principales motivations de ce changement est la nécessité d'intervenir davantage sur les facteurs affectant la santé en amont. Il s'agit de s'éloigner de l'approche consistant à traiter les différentes questions de façon isolée (gestion des terres, des ressources hydriques, des eaux usées, etc.) pour examiner l'aménagement des collectivités à travers le prisme des sept dimensions de la santé :

1. environnement (air, eau et bruit);
2. prévention des blessures (accidents de la circulation, blessures aux personnes, vieillissement à domicile, etc.);
3. accès et inclusion des personnes ayant un handicap physique ou une déficience mentale;

4. activité physique (choix des modes de transport et des activités de loisir);
5. développement sain des enfants;
6. nutrition et sécurité sanitaire des aliments;
7. logement et bien-être collectif.

M<sup>me</sup> Pam Moore, agente de santé environnementale au programme HCE, est chargée de créer des partenariats internes avec tous les programmes associés aux sept dimensions de la santé utilisées dans l'examen des projets d'aménagement, et de former les effectifs sur le concept du cadre bâti, sur ses liens avec la santé et sur la façon d'intégrer ce lien dans leur travail. Le programme vise à intégrer ce prisme de façon systématique et cohérente à tous les projets d'aménagement.

## **PARTENARIATS**

Ce programme doit envisager d'une part les collaborations au sein de l'IHA, et d'autre part celles entre le programme HCE et les partenaires extérieurs.

L'évolution interne qui s'opère a concerné non seulement les agents de santé environnementale, mais aussi le personnel infirmier de santé publique, les professionnels de la toxicomanie et les spécialistes en santé de la population. M<sup>me</sup> Moore s'est activement employée à établir des relations au sein des différents programmes de l'IHA, depuis les services de santé de la population jusqu'à la direction. Dès le départ, le programme devait être inclusif afin de sélectionner les meilleures informations pour l'examen des projets d'aménagement.

Il est novateur, puisqu'il oblige les agents de santé environnementale à changer d'optique pour examiner les situations sous un angle qui ne repose pas sur les exigences de la

réglementation et du cadre législatif. Comme cette approche ne s'inscrit pas dans la formation traditionnelle des agents de santé environnementale, ils l'ont apprise par la collaboration et l'établissement de relations.

En plus des aménageurs, le programme fait intervenir un certain nombre de partenaires extérieurs, amenant ainsi l'IHA à participer à des projets de plus grande portée. Par la collaboration avec d'autres groupes, la santé devient une partie intégrante et complémentaire d'un programme plus vaste. Ces programmes collaboratifs comprennent notamment la mise au point de plans d'aménagement intégrés avec le Conseil du bassin du Fraser et le Secrétariat rural. Récemment, un atelier « terrain d'entente » a établi un lien entre les quatre volets des plans intégrés d'aménagement des collectivités (environnemental, culturel, social et économique), dans le but d'amener les trois organismes à créer en commun un plan d'aménagement à proposer aux administrations locales.

## **OBTENIR L'ADHÉSION**

Le lancement de l'initiative HCE a été facilité par un soutien accru des administrations locales et des hauts responsables.

Alors qu'elle faisait intervenir des médecins conseils en santé publique depuis le début, il n'y avait pas de processus officiel en place pour assurer son intégration à chacun des programmes de santé publique concernés. L'analyse des écarts devrait s'avérer utile à cet égard, car elle légitimera l'inclusion de cette initiative dans les priorités des programmes.

La création officielle du programme HCE et l'affectation à celui-ci d'une ASE à plein temps témoignent d'une adhésion considérable. La transition de l'approche centrée sur l'eau potable et

les eaux usées vers celle axée sur la santé des collectivités nécessite la mise en place d'un système; le médecin hygiéniste en chef a établi que son mandat doit être aligné avec ceux du ministère du Mode de vie sain et du Sport et du ministère de la Santé avant toute action importante hors de l'IHA.

## **PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE**

Le programme a évolué au cours des dernières années et vient de faire l'objet d'une analyse des écarts, afin d'avancer vers un plan global.

Des présentations internes ont été données afin d'assurer la cohérence et l'uniformité des messages que les ASE transmettront aux administrations locales. Ces présentations au personnel envisagent les questions d'amélioration sanitaire dans leurs rapports aux objectifs et mandats des programmes particuliers au sein des programmes de base. Il a été reconnu en interne que les différents programmes de l'IHA jouent un rôle dans cette approche de la santé publique, et il existe désormais un processus coordonné.

Le programme HCE étend sa présence à travers l'IHA, et la formation s'est effectuée principalement dans le cadre de celle-ci. Le personnel de deux secteurs de service infrarégionaux a reçu une formation dans le cadre d'un programme intitulé « Aménagement 101 », ou « Introduction à l'aménagement du territoire pour les professionnels de la santé », mis au point pour la régie provinciale de la santé (PHSA, pour Provincial Health Services Authority) par l'intermédiaire de la Healthy Built Environment Alliance de Colombie-Britannique. Ce module de formation visait à établir un langage commun entre aménageurs et professionnels de la santé publique et à apporter à ces derniers quelques connaissances et

outils de base leur permettant de participer davantage aux projets d'aménagement.

Une formation préparatoire à l'atelier a été assurée pour amener les ASE à envisager la santé sous les angles des réalités économiques et des résultats sanitaires, et pour les initier aux concepts utilisés dans les plans intégrés d'aménagement durable des collectivités. Le personnel a reçu de la documentation et une formation sur les sept dimensions de l'amélioration sanitaire du cadre bâti. Un modèle a été développé pour évaluer les plans d'aménagement à travers le prisme de ces sept dimensions, à tous les échelons depuis les stratégies de croissance régionale et les plans officiels des collectivités jusqu'à la proposition d'aménagement à pied d'œuvre.

Maintenant que le processus d'examen a été établi, le prochain objectif de l'IHA est de mettre au point une approche coordonnée de son travail avec les administrations locales. Les aménageurs semblent appuyer la collaboration avec l'IHA, mais ils n'ont pas encore approché les conseils de manière active.

Un autre aspect du programme HCE est l'analyse et l'identification des risques environnementaux. Pour faire progresser cette composante du programme, un plan d'amélioration du rendement sera mis au point dans les prochains mois.

L'objectif est de poursuivre l'expansion des partenariats. La formation du personnel se poursuit au sein de l'IHA et des exposés de principe sont en cours de rédaction dans la perspective de l'amélioration du cadre bâti, sur des sujets comme la prévention des blessures, les chutes des aînés, les accidents de la circulation, le suicide

chez les jeunes, ainsi que la sécurité alimentaire et la nutrition.

## **ENSEIGNEMENTS TIRÉS**

Le principal enseignement est qu'il faut trouver des incitatifs pour faire évoluer la façon de travailler des ASE au sein de ce système élargi. Il a fallu deux ans de processus pour se rendre compte que, tandis que les administrations locales tiennent généralement compte des autorités sanitaires du point de vue réglementaire, elles n'écoutent pas nécessairement l'avis des ASE dans les autres domaines.

Il existe une séparation entre aménagement et santé et, dans l'état actuel des choses, il est difficile pour les ASE d'intervenir au-delà des questions d'eau potable et de gestion des eaux usées.

Il est important que les ASE tirent parti autant que possible des différents ateliers et activités interdisciplinaires pour démontrer aux administrations locales les avantages de la participation de l'autorité sanitaire aux projets d'aménagement. Les partenariats deviendront plus faciles au fur et à mesure de la progression du programme HCE et de son officialisation au sein des autorités de santé publique.

Pour peser davantage sur les décisions d'aménagement des collectivités, il est essentiel que les ASE interviennent au-delà des simples réunions de parties prenantes. En participant aux discussions techniques, les ASE doivent intervenir dans la prise de décisions plutôt que de simplement donner leur avis.

La formation est un autre élément clé de ce changement. Le niveau de connaissances en aménagement des ASE est très variable. Les ASE des petites collectivités semblent être plus engagés dans l'administration locale,

mieux connaître le processus d'aménagement et passer plus facilement de leur rôle réglementaire à un rôle plus consultatif. Dans les centres urbains, ce lien est généralement moins direct.

Enfin, un des grands défis est celui de la capacité : sans temps alloué ni directive officielle, il est très difficile aux ASE d'intégrer de nouvelles initiatives à leur travail.

## **CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS**

Pour réussir dans d'autres collectivités, une telle entreprise doit impérativement bénéficier de l'appui des hauts responsables et d'un renforcement des capacités internes. Il est également important que les personnes concernées sachent « qui fait quoi » dans la gestion des collectivités.

## **ÉVALUATION ET IMPACT**

L'initiative n'est pas encore au stade de l'évaluation. D'autres travaux internes sont nécessaires avant de passer au-delà de l'auto-évaluation. Les dimensions de la santé sont fondées sur des données probantes et ces liens doivent être rendus plus évidents avant d'être communiqués au-delà des autorités sanitaires. Une récente analyse des écarts a mis en lumière des façons de renforcer et consolider l'approche du programme.

## **PERSONNE-RESSOURCE**

Pam Moore  
Agente de santé environnementale  
Interior Health Authority  
1340 Ellis Street  
Kelowna (Colombie-Britannique) V1Y 9N1  
Téléphone : 1-250-868-7812  
Télécopieur : 1-250-868-7760  
Courriel : [pam.moore@interiorhealth.ca](mailto:pam.moore@interiorhealth.ca)

Interior Health  
Authority: <http://www.interiorhealth.ca/>

## **MANITOBA : Villes amies des aînés (programme pilote mondial de l'OMS) – La collectivité de Portage la Prairie s'est engagée à rendre sa ville plus accueillante, plus saine et plus sûre pour les personnes âgées**

### **Organisation directrice**

Ville de Portage la Prairie

### **Principaux partenaires**

Centre on Aging de l'Université du Manitoba, Portage Services for Seniors, Association canadienne pour la santé mentale, Portage Community Network, bibliothèque régionale de Portage, Office régional de la santé, Centre des aînés de Gladstone, Ville de Portage la Prairie, Centre d'accueil de Portage la Prairie et Secrétariat manitobain du mieux-être des personnes âgées et du vieillissement en santé.

### **Collectivité**

Portage la Prairie (Manitoba)

### **Population**

12 730 (dont 2 810 aînés)

### **Cadre**

Urbain

### **Groupe visé**

Aînés

### **Principes du programme**

Le processus d'aménagement s'est concentré sur la consultation de la collectivité, la création de partenariats et l'accessibilité universelle

### **Niveau de mise en œuvre**

Local

### **Stade de développement**

En cours



## **CADRE GÉNÉRAL**

En 2006, la Ville de Portage la Prairie a été invitée à participer au programme pilote mondial de l'OMS intitulé *Villes amies des aînés*. Trente-trois villes du monde entier – dont quatre au Canada – y ont participé. Ce programme visait à engager les personnes âgées et leurs collectivités à rendre leur cadre de vie plus sain et plus sûr pour que les aînés y soient en bonne santé et participent pleinement à la société.

Une fois que la demande de participation au programme a été déposée à la mairie et approuvée par le Conseil, le directeur des loisirs a accepté de s'en charger. L'étude a été réalisée par le Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université du Manitoba, qui a formé quatre groupes de consultation composés de personnes âgées de 61 à 92 ans, ainsi que d'autres groupes de consultation composés respectivement d'aidants de personnes âgées, de professionnels, d'entrepreneurs et de représentants d'organismes bénévoles.

Ces groupes de consultation ont examiné huit domaines liés au vieillissement :

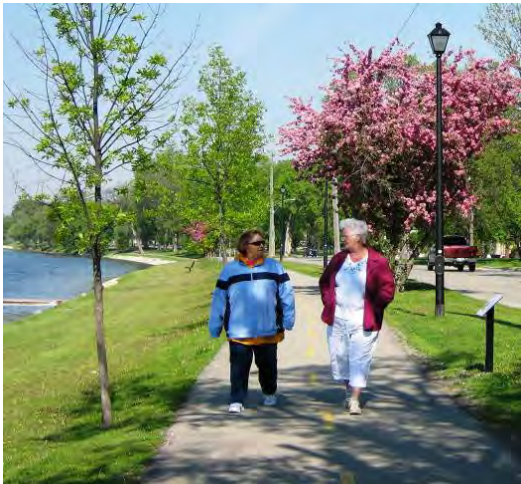
1. espaces extérieurs et bâtiments;
2. transports;
3. logement;
4. respect et inclusion;
5. participation sociale;
6. communication et information;
7. participation civique et emploi;
8. services sanitaires et sociaux.

La perspective sanitaire a été mise en avant selon le principe qu'une collectivité qui favorise le principe du vieillissement actif est bénéfique pour



tous. À Portage la Prairie, il existe un désir de permettre aux aînés de rester chez eux et de vieillir à domicile. Loin de toucher seulement les aînés, ces questions font partie intégrante de la santé de la collectivité dans son ensemble.

L'étude a débouché sur un rapport remis au Conseil présentant notamment les principaux obstacles, ainsi que des possibilités et recommandations pour rendre la ville plus favorable aux aînés. Le comité consultatif s'est récemment intéressé aux entreprises et commerces locaux, en leur fournissant une liste de contrôle pour évaluer leur convivialité à l'égard des aînés. Le nouveau centre de loisirs polyvalent a été conçu de manière à intégrer un certain nombre d'adaptations aux besoins des aînés et des personnes à capacités réduites.



## **PARTENARIATS**

La petite taille de la ville (12 730 résidents, dont 2 810 aînés) a facilité la constitution des groupes de consultation : il suffisait de demander.

Un comité consultatif a servi de ressource au programme pilote. Il se composait de représentants de différents organismes (Portage Services for Seniors, Association canadienne pour la santé mentale, Portage Community Network, bibliothèque

régionale de Portage, Office régional de la santé, Centre des aînés de Gladstone, Ville de Portage la Prairie et Centre d'accueil de Portage) et de trois aînés de la ville (dont un autochtone).

La perspective sanitaire a été mise en avant par des membres de l'Office régional de la santé, qui se sont concentrés sur les questions du vieillissement à domicile.

Les ASE ne sont pas intervenus dans le programme *Villes amies des aînés* de Portage la Prairie en dehors de leur rôle réglementaire. En effet, l'ouverture au public du nouveau centre de loisirs polyvalent dépendait de sa conformité à la réglementation en matière de santé et de sécurité. Les normes imposées par les ASE ont permis d'assurer que l'installation fonctionne en toute sécurité pour les aînés comme pour les autres.

Bien qu'ils soient peu intervenus jusqu'ici, les ASE ont leur place à la table des discussions. En raison de leurs obligations juridiques officielles, il se peut que les aînés ne les invitent pas volontiers chez eux au premier abord. Cependant, les ASE peuvent être d'excellents consultants pour les travailleurs sociaux et travailleurs de la santé qui guident et conseillent les aînés.

En effet :

- ils possèdent une précieuse expertise en matière de sécurité alimentaire et en ce qui concerne la pertinence de certains types d'aliments pour les aînés;
- ils ont le pouvoir réglementaire d'agir auprès des propriétaires de logements qui ne rempliraient pas leurs obligations à l'égard des locataires âgés et d'intervenir dans les décisions relatives à l'aménagement de nouvelles installations;

- ils jouent un rôle important en périodes d'urgence et de crise, pendant lesquelles les personnes âgées ou handicapées s'avèrent courir un risque beaucoup plus élevé que le reste de la population.

En contribuant davantage à rendre la collectivité plus favorable aux aînés, les ASE obtiendraient une meilleure compréhension de leurs besoins et de leurs vulnérabilités et points forts particuliers.

Le comité *Villes amies des aînés* de Portage la Prairie et le comité « ami des aînés » de Gladstone ont récemment été invités à participer à un atelier mobile pour la Conférence manitobaine sur l'aménagement du territoire (Manitoba Planning Conference). Les participants ont pu suivre des visites guidées et commentées soulignant quelques-uns des traits favorables et défavorables aux aînés des deux collectivités, et écouter les deux comités consultatifs leur parler des difficultés et des succès qu'ils ont connus en essayant de rendre ces collectivités plus conviviales à l'égard des aînés. Ce type de visite peut aider les ASE dans leurs efforts pour comprendre comment la législation, la réglementation, les politiques, les changements d'attitude et l'approche adoptée peuvent avoir un impact positif sur la population âgée de la collectivité.

Les ASE sont experts dans leur domaine et sont donc les mieux à même de déterminer la meilleure façon dont ils peuvent participer à une telle entreprise en l'influençant.

## **OBTENIR L'ADHÉSION**

Ce travail bénéficie d'un soutien considérable aux niveaux régional et national. Le mouvement en faveur de l'amélioration du cadre de vie des aînés est très actif dans la province du

Manitoba. Il est piloté par le gouvernement provincial et les différentes collectivités du Manitoba. L'Office régional de la santé a été d'un grand soutien. Il a assuré une forte représentation aux Conseils, exprimé un avis sur tous les aspects susceptibles d'influencer la convivialité des collectivités à l'égard des aînés et fait participer le comité consultatif aux ateliers de perfectionnement professionnel pertinents.

À travers le Secrétariat manitobain du mieux-être des personnes âgées et du vieillissement en santé, la province du Manitoba a apporté un financement périodique aux collectivités participant au mouvement des collectivités amies des aînés et a pris l'initiative pour faire du Manitoba la province canadienne où il fait le meilleur vivre pour les aînés. Le seul obstacle est le manque de personnel et de temps de bénévolat pour accomplir le travail.

## **ENSEIGNEMENTS TIRÉS**

L'un des principaux enseignements de ce programme est que le simple fait de réunir les gens pour parler est le catalyseur du changement. Par exemple, le sous-comité des transports s'est efforcé de réunir tous les prestataires autour de la table de discussion, dans le but d'établir un dialogue entre entités à buts lucratifs et non lucratifs et de les amener à travailler ensemble. Il a ainsi obtenu la participation des organismes à but non lucratif, mais pas celle des entreprises à but lucratif. Cependant, le résultat inattendu est que les organismes à but non lucratif ont su tirer parti de cette occasion afin d'établir un réseau et de discuter de leurs difficultés. Ces conversations leur ont permis de constater que la diffusion des informations aux personnes âgées constituait un défi majeur.



Il est vite devenu clair que le projet avait besoin d'une stratégie de marque, d'un profil public facilement reconnaissable dans la collectivité. Ce constat a débouché au bout de quelque temps sur la création d'un logo « Age-Friendly » (Ami des aînés) utilisant des couleurs vives et de gros caractères. Le comité est également en train de créer un site Web qui sera disponible prochainement.

Un autre résultat imprévu est l'émergence d'un esprit de groupe. De nouveaux réseaux se créent au sein de la collectivité et du comité consultatif.

M<sup>me</sup> Janet Shindle, conseillère de la Ville de Portage la Prairie, propose que les ASE prennent contact avec les différents partenaires de la collectivité pour parler de leurs fonctions et pour déterminer ensemble les domaines où leurs compétences particulières pourraient s'avérer utiles. Dans tous les aspects du développement d'une collectivité, il est essentiel que les différents acteurs communiquent et construisent des passerelles plutôt que des murs. La réussite de ce projet résulte de la création dans la collectivité d'un solide réseau de prestataires qui se réunissent régulièrement, d'une manière qui permet de cultiver les idées et les relations.

Les partenariats ont été le principal facteur de succès du programme *Villes amies des aînés*, ainsi que de la construction du centre de loisirs polyvalent. Le succès d'ensemble du programme nécessite d'incorporer la totalité des compétences et connaissances en un tout qui fonctionne pour une collectivité particulière. Les compétences et connaissances en matière de santé publique seront toujours essentielles à la réussite du programme.

## CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS

Le modèle du programme *Villes amies des aînés* est extrêmement adaptable. En fait, au Manitoba, 27 collectivités y participent. Un forum organisé à Portage la Prairie en février 2008 a réuni des représentants des collectivités tant urbaines que rurales.

Voici les conseils donnés aux autres collectivités :

- il faut permettre au comité d'évoluer;
- il faut du temps pour établir la cohésion du groupe et déterminer les mesures à prendre;
- il est essentiel de réunir les participants possédant les compétences et connaissances nécessaires dans les différents domaines concernés et il est important de rechercher dès le début des partenaires à même d'enrichir le programme.

La rédaction d'un rapport officiel en début de programme s'est avérée très précieuse, en ce qu'elle a permis de remporter plus rapidement l'adhésion au niveau municipal. Les recommandations d'intervenants « extérieurs » ont également semblé utiles. Cependant, un tel rapport peut ne pas être nécessaire dans les petites collectivités.

Il s'agit en fin de compte d'adapter le programme à chaque collectivité du Manitoba.



## ÉVALUATION ET IMPACT

Bien qu'il ne soit pas toujours nécessaire de réaliser une étude ou un rapport de manière officielle, il est indispensable de procéder à un état des lieux ou à une évaluation de la collectivité. Il est important de montrer ce que le programme apporte à chaque partie concernée (par exemple, pour les commerces, être « ami des aînés » peut augmenter l'achalandage ou rehausser leur image).

Le programme n'a entraîné que des résultats bénéfiques pour la collectivité. Comme « favorable aux aînés » signifie « plus facile pour tout le monde », le programme profite à tous les citoyens, y compris aux handicapés physiques.

La mise en œuvre du programme défini dans le rapport de l'OMS n'est pas encore terminée. Elle a commencé en 2008, année de publication du rapport faisant suite à la recherche achevée en 2006.

Les efforts récents ont porté sur les entreprises et les commerces, avec l'organisation d'un dîner en partenariat avec la chambre de commerce locale et la création d'une brochure sur les avantages d'être « ami des aînés ». Cette brochure contient également une liste de contrôle permettant aux établissements commerciaux d'évaluer leur convivialité à l'égard des aînés. Elle sera distribuée à l'ensemble des

entreprises et publiée sur les sites Web de la ville.

Une autre brochure a été réalisée pour expliquer le rôle et l'importance du comité *Villes amies des aînés* de Portage la Prairie. Elle sera distribuée directement à chaque foyer de Portage la Prairie et mise à la disposition du public sur les présentoirs et sites Web de la ville.

Un guide de ressources donnant les coordonnées et une brève description des services locaux les plus importants pour les aînés est en cours de création. Il est actuellement examiné par tous les organismes représentés au comité, dont l'Office régional de la santé.

Ce projet devrait avoir un impact sur de nombreux secteurs dans la collectivité. Par le biais du comité consultatif, ce programme a rassemblé des participants prêts à réaliser des changements. Bien qu'il ait fallu du temps pour atteindre ce stade, les partenaires sont unis et prêts à aller de l'avant.

Plus important encore, le programme a mis en avant l'importance de la convivialité à l'égard des aînés dans la collectivité.

## PERSONNE-RESSOURCE

Janet Shindle  
Conseillère, Ville de Portage la Prairie  
97, avenue Saskatchewan Est  
Portage la Prairie (Manitoba) R1N 0L8  
Téléphone : 1-204-857-8142  
Courriel : janetshindle@hotmail.com

## RESSOURCES

City of Portage la Prairie: [www.city-plap.com](http://www.city-plap.com)

University of MB Centre for Aging:  
[www.umanitoba.ca/centres/aging/](http://www.umanitoba.ca/centres/aging/)

Agence de la santé publique du Canada:  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/sh-sa/ifa-fiv/2008/initiative-fra.php>

## **ONTARIO : Bureau de santé de la région de Peel – Un programme destiné à rétablir le lien traditionnel entre la santé et l'aménagement**

### **Organisation directrice**

Bureau de santé de la région de Peel

### **Principaux partenaires**

Région de Peel, Ville de Brampton, Municipalité de Caledon, Ville de Mississauga, Partenariat canadien contre le cancer

### **Collectivité**

Région de Peel (Ontario)  
(Caledon, Brampton et Mississauga)

### **Population**

1 154 000

### **Cadre**

Urbain et semi-urbain

### **Groupe visé**

Ensemble de la population

### **Principes du programme**

Apporter leadership et actions de promotion et de soutien en faveur de l'intégration des questions de santé publique dans les plans de croissance et d'aménagement de la région de Peel

### **Niveau de mise en œuvre**

Régional

### **Stade de développement**

En cours

## **CADRE GÉNÉRAL**

L'augmentation des taux de diabète et de la dépendance à l'égard de l'automobile a porté au premier plan la question de l'amélioration sanitaire du cadre bâti dans la région de Peel. En 2005, un rapport présenté au conseil de la Municipalité régionale de Peel a souligné l'influence du cadre bâti sur la santé de la population. Le conseil a agi en prescrivant l'établissement d'un lien officiel entre le Bureau de santé de la région de Peel et le service régional d'aménagement (Regional Planning Department). Depuis, le Bureau de santé de la région de Peel apporte un avis sanitaire sur les plans d'aménagement municipaux et régionaux. L'organisme poursuit également son travail de sensibilisation, de transfert des connaissances et de développement d'outils et processus visant à évaluer les effets sanitaires de l'aménagement.

Le Partenariat canadien contre le cancer finance différentes initiatives dans le cadre de son programme COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention). Ce soutien a ouvert au Bureau de santé de la région de Peel de nouvelles possibilités pour explorer différentes méthodes d'évaluation des effets sanitaires du cadre bâti et pour examiner les domaines pouvant faire l'objet d'un changement de politique, en collaboration avec les autorités d'aménagement régionales et municipales.

## **PARTENARIATS**

Les principaux partenaires de ce programme sont les membres de l'autorité de santé publique et des autorités d'aménagement régionales et

municipales. Il est essentiel d'établir un partenariat solide avec les aménageurs des deux niveaux pour assurer la compréhension et la prise en compte des besoins locaux dans les priorités régionales, ainsi que les possibilités de coordination.

Dans cette initiative, le rôle essentiel de l'autorité de santé publique consiste à promouvoir une logique fondée sur les données probantes pour faire évoluer les pratiques d'aménagement du territoire. Comme la prévention de l'obésité et du diabète est une question hautement prioritaire pour le Bureau de santé de la région de Peel, les responsables et le personnel de la division de prévention des maladies chroniques et des blessures poursuivent assidûment cette initiative, avec une forte participation du médecin conseil en santé publique de la région.

Cette initiative conjointe est supervisée par un comité directeur aménagement et santé, composé de responsables des services régionaux de santé publique et d'aménagement.

Avec la montée en puissance de ces partenariats, le programme commence également à attirer des partenaires externes, notamment parmi les autres organismes de santé, les associations professionnelles et les organisations non gouvernementales.

## OBTENIR L'ADHÉSION

Le conseil régional de Peel et le médecin conseil en santé publique ont été les principaux décideurs chargés d'approuver le programme. Le soutien politique reçu par l'intermédiaire du conseil a été indispensable à ce processus.

Le programme n'a pas soulevé de résistance, mais il a fallu négocier des changements dans les processus établis et redéfinir les priorités. Tous les

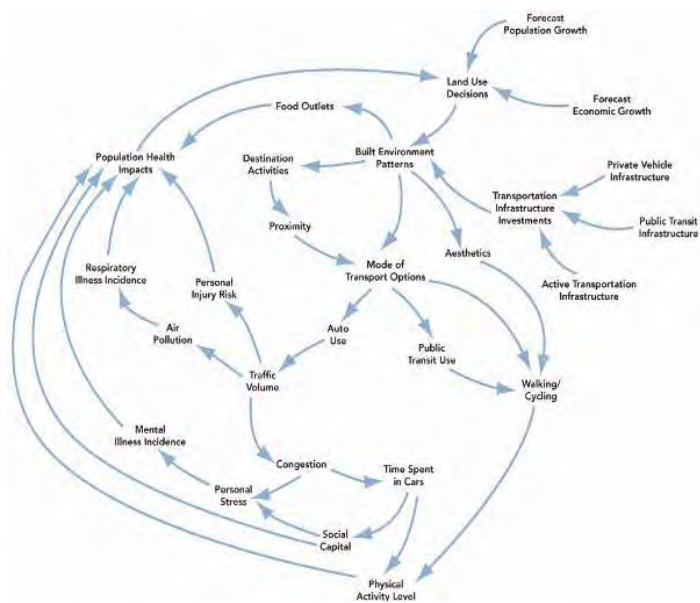
partenaires concernés partagent une vision similaire de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des résidents de la région de Peel. Le défi est d'assurer que les deux disciplines très différentes que sont la santé publique et l'aménagement coordonnent leurs efforts pour réaliser cet objectif commun.

## PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE

Le Bureau de santé de la région de Peel a pour principe de ne pas se concentrer sur le risque individuel d'obésité, mais de promouvoir des environnements qui favorisent un mode de vie sain pour l'ensemble de la population. Comme il y avait peu de pratiques exemplaires déjà établies dans le domaine de ce nouveau programme, il a fallu lui appliquer des méthodes de santé publique rigoureuses.

Le programme a notamment produit :

- un ensemble de modèles conceptuels saisissant la relation entre aménagement et santé (voir la figure ci-dessous);



- une analyse documentaire;
- un ensemble de normes d'aménagement compatibles avec les objectifs sanitaires;
- un examen des dossiers d'aménagement sous l'angle sanitaire, accompagné de commentaires;
- la participation du Bureau de santé de la région de Peel à l'élaboration de plans et politiques à l'échelle régionale et municipale;
- la création d'un comité directeur aménagement et santé chargé de superviser les initiatives d'amélioration sanitaire du cadre bâti;
- des occasions d'échange de connaissances, telles que congrès et présentations à un éventail de parties prenantes (élus et professionnels de la santé et de l'aménagement).



Le quartier de Peel aux lignes curvilignes, de longues distances de marche et peu de connections.

Les changements de politique récents comprennent l'incorporation dans le projet d'amendement des plans officiels de la région et des municipalités de dispositions prévoyant que celles-ci

mettront au point des outils destinés à évaluer les effets sanitaires de l'aménagement.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS

La nécessité de maintenir la solidité des partenariats et la transparence des objectifs comptait parmi les enseignements les plus importants. L'établissement de nouveaux partenariats a contribué à une meilleure fusion des disciplines de la santé et de l'aménagement.

Un autre enseignement important était la nécessité pour chaque partenaire de sortir de sa zone de confort pour se familiariser avec les perspectives et priorités des autres. Par exemple, le personnel de santé publique travaillant sur ce projet assiste souvent à des réunions et présentations liées à l'aménagement et reçoit l'assistance des aménageurs régionaux et municipaux afin de mieux comprendre la législation, le processus de traitement des dossiers et les autres aspects de l'aménagement.

Comme on sait qu'il peut y avoir un certain nombre de priorités concurrentes tout au long du processus d'aménagement, il est important d'assurer la participation du personnel de santé publique dès les premières étapes. Il y a des avantages évidents à examiner un projet d'aménagement à travers des prismes différents dès le début du processus.

Cette expérience a fait ressortir :

- la nécessité de disposer d'outils ou de processus assurant une certaine souplesse et l'importance de comprendre les priorités et politiques de fond de chaque municipalité;



- la nécessité d'une consultation suivie des différents intervenants et d'une prise de décisions commune entre responsables de la santé publique et de l'aménagement pour assurer la réalisation de leurs objectifs respectifs;
- la nécessité d'établir une compréhension mutuelle et un terrain d'entente entre aménageurs et personnel de santé publique pour assurer des discussions constructives.

Le Bureau de santé de la région de Peel entreprend actuellement de nouveaux programmes qui feront intervenir un plus large éventail de partenaires. Leur réussite nécessite que les hauts responsables des différents organismes donnent une place prioritaire à l'amélioration sanitaire du cadre bâti. Il est également indispensable que la province définisse clairement ses orientations, par exemple dans l'Énoncé de politique provinciale; il est en effet important de prescrire des pratiques d'aménagement au niveau provincial pour assurer l'établissement des politiques municipales requises en aval.

## **CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS**

Les autres collectivités peuvent accéder aux outils et enseignements du programme COALITION actuel. Ceux-ci comprennent des informations sur la façon d'adapter les outils et pratiques pour répondre aux besoins des différentes régions et collectivités.

## **ÉVALUATION ET IMPACT**

Le Bureau de santé de la région de Peel évaluera le programme par un examen approfondi du processus tout au long de la mise au point des outils et politiques et par une évaluation des phases pilotes de leur mise en œuvre.

Des activités de transfert des connaissances (publications et conférences, entre autres) sont prévues pour diffuser ces outils et enseignements à un large public.

## **PERSONNE-RESSOURCE**

Peyun Kok  
Spécialiste de projet  
Prévention des maladies chroniques et des blessures, Bureau de santé de la région de Peel  
10 Peel Centre Drive, Bureau B  
C.P. 2009, Succursale B  
Brampton (Ontario) L6T 0E5  
Téléphone : 1-905-791-7800, poste 2112  
Courriel : [Peyun.Kok@peelregion.ca](mailto:Peyun.Kok@peelregion.ca)

## **RESSOURCES**

[www.peelregion.ca/health/urban](http://www.peelregion.ca/health/urban)

COALITION  
<http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/priorities/primary-prevention/strategic-initiatives/coalitions-linking-action-science-for-prevention-clasp/>

## **QUÉBEC** : Action de revitalisation des anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield – Une initiative destinée à promouvoir des conditions de logement saines dans les quartiers défavorisés

### **Organisation directrice**

Partenariat pour la revitalisation des anciens quartiers (PRAQ) de Salaberry-de-Valleyfield

### **Principaux partenaires**

Agence de la santé publique du Canada, équipe Santé environnementale de la Direction de la santé publique de la Montérégie

### **Collectivité**

Salaberry-de-Valleyfield (région de la Montérégie)

### **Cadre**

Urbain

### **Groupe visé**

Populations marginalisées (faible niveau de revenu et d'instruction, vivant dans des quartiers améliorés ou dans des logements inférieurs aux normes)

### **Principes du programme**

Participation citoyenne à l'amélioration de l'éducation et des conditions de logement pour les familles à faible revenu

### **Niveau de mise en œuvre**

Local

### **Stade de développement**

Achévé



## **CADRE GÉNÉRAL**

Six mille des 40 000 résidents de Salaberry-de-Valleyfield habitent dans les trois vieux quartiers de Bellerive Ouest, Sainte-Cécile et Sacré-Cœur. Ces quartiers ont une forte concentration de foyers présentant des caractéristiques socio-économiques négatives telles que monoparentalité, pauvreté infantile, faible niveau d'instruction, criminalité, faible cohésion de la collectivité et mauvaises conditions de logement. Les résidents de ces quartiers correspondent à quelques-unes des pires statistiques sanitaires de la Montérégie.

En 1997, le comité local du logement a réalisé une enquête en collaboration avec la Direction de la santé publique de la Montérégie (DSP Montérégie). Il est apparu entre autres que le taux d'asthme local s'élevait à 11,6 %, soit plus du double de celui constaté dans le reste de la région. Ces résultats, transmis à la municipalité et au centre de santé local, ont été pris très au sérieux et le rapport a été envoyé à l'autorité sanitaire. L'autorité sanitaire locale l'a inclus dans son plan stratégique et a présenté les conclusions à 33 organisations locales. Avant la fin de l'année suivante, les organisations locales et régionales ont convenu de travailler ensemble à un projet de revitalisation globale de ces quartiers. Un groupe de consultation a été formé et, en l'espace de quelques mois, il y a eu des séances d'information animées par du personnel infirmier sur différents aspects de la qualité de l'air, du tabagisme, de l'asthme et des problèmes d'humidité dans les logements.

En 2002, l'organisme Partenaires pour la revitalisation des anciens quartiers (PRAQ) de Salaberry-de-Valleyfield s'est joint au projet. Avec un financement du fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), il a lancé une initiative à deux volets dans les quartiers de Bellerive Ouest, Sainte-Cécile et Sacré-Cœur. Cette initiative se concentrait notamment sur le logement, dans le but d'assainir les habitations, d'améliorer la qualité de l'air intérieur des habitations sur vide sanitaire, d'élaborer une politique municipale du logement et de créer des environnements sains favorisant la socialisation et la réussite scolaire des jeunes.

## **PARTENARIATS**

L'intervention visait principalement à renforcer la cohésion de la collectivité et à développer les capacités de formation de consensus pour faire avancer les projets de quartier. L'inclusion de partenaires variés a permis au programme de mettre en œuvre un éventail d'approches utilisant toute une gamme de domaines d'expertise.

Ce programme dirigé par le PRAQ a réuni un certain nombre de contributeurs. Il a été financé par l'intermédiaire du fonds pour la santé de la population de l'ASPC, qui est destiné aux organismes sans but lucratif répondant à une préoccupation sanitaire majeure en faisant intervenir plusieurs secteurs et membres de la collectivité pour augmenter leur capacité à cerner les problèmes de santé et à mettre en œuvre des solutions dans un cadre de développement durable.

Les partenaires clés de cette approche globale du problème comprenaient la ville de Salaberry-de-Valleyfield, le Centre local de services communautaires, les autorités de santé

publique régionales et locales, le Centre local d'emploi de Salaberry-de-Valleyfield, la Commission scolaire de la Vallée-des-Tisserands, la Société canadienne d'hypothèques et de logement, la Société d'habitation du Québec, les écoles locales, les organisations religieuses, les services de police, l'organisme de justice alternative local, différents organismes communautaires et des résidents (tant propriétaires que locataires). Le financement se composait d'une subvention de l'ASPC complétée par l'aide de la Société d'habitation du Québec (recherche, outils et assistance technique), d'Hydro-Québec (électricité), d'établissements pharmaceutiques (soutien financier pour l'amélioration de la qualité de l'air), d'une entreprise privée (financement des rénovations), de l'autorité sanitaire locale (organisation de deux réunions) et de la SCHL (étude de faisabilité). La Ville a accordé des subventions destinées aux rénovations et les Caisses populaires Desjardins ont accordé aux propriétaires à faible revenu des prêts à taux d'intérêt préférentiels destinés eux aussi aux rénovations. Ce partenariat a été renforcé par son approche communautaire et son équipe interdisciplinaire, ainsi que par la compréhension du fait qu'il est parfois nécessaire de sortir du domaine strictement sanitaire pour résoudre les problèmes de santé.

Les ASE de la DSP Montérégie y ont participé dès le début. Avec l'aide d'étudiants en médecine, ils ont étudié le niveau de dégradation des habitations et évalué la santé des occupants, et réalisé d'autres travaux de recherche. Ils ont en outre établi des solutions techniques et mis au point des outils destinés à améliorer les conditions de logement. Enfin, ils ont organisé des activités communautaires visant à encourager des changements de comportement chez les locataires.



Les ASE ont établi des liens très solides avec la Ville, le service de santé local, le partenaire sports et loisirs, le partenaire juridique, la Commission scolaire et les ONG locales. Ils sont parvenus à porter le problème au niveau régional, bien qu'il s'agisse initialement d'un problème local.

Les connaissances des ASE ont ajouté de la profondeur au programme. En effet, alors que les municipalités sont en mesure d'effectuer certaines inspections, les ASE peuvent soulever des questions de santé plus générales : en l'occurrence, celles de la santé collective, de l'importance de la salubrité des habitations et du fait que les déterminants environnementaux physiques doivent constituer une priorité pour les aménageurs locaux.

La collaboration a été renforcée par une vision commune, une communication ouverte, un processus fortement facilité, le respect entre les partenaires et la souplesse dont ont fait preuve les organismes concernés, en particulier le PRAQ.



## OBTENIR L'ADHÉSION

L'adhésion à ce programme a débuté à l'issue de l'enquête initiale de 1997, lorsque le centre de santé local a

transmis les résultats à la DSP Montérégie. La DSP Montérégie et la municipalité ont pris le problème très au sérieux. Le nombre et la diversité des partenaires techniques et financiers participant au PRAQ illustrent l'ampleur de l'adhésion suscitée par ce programme, et le soutien dont il a bénéficié a conduit à des changements de politique.

Il était parfois difficile de mobiliser les membres de la collectivité, qui étaient souvent pris par leur travail et leur famille. Cependant, par leur action au sein des organisations locales, ils ont joué un rôle décisif dans la réussite du programme. La clé du succès était la création d'un plan d'action visant à réduire la pauvreté endémique dans les quartiers en question.

## PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE

Après le travail d'enquête initial, le comité local du logement et la DSP Montérégie se sont donné pour priorité d'améliorer les conditions de logement dans cette collectivité. Le PRAQ est entré en action en 2002. Des responsables locaux compétents ont renforcé le programme par leur compréhension de l'approche communautaire et du travail interdisciplinaire.

Des outils ont été mis au point pour évaluer l'état des habitations dans les quartiers. Près de 200 maisons ont fait l'objet d'une visite en vue de recenser les problèmes de santé des occupants et 50 habitations sur vide sanitaire ont subi une inspection. Des outils d'assistance technique ont été créés pour soutenir les rénovations et distribués aux résidents; des réseaux d'aide à la rénovation ont été établis.

En plus des inspections, les résidents de ces quartiers ont bénéficié d'ateliers

sur l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et du mode de vie. Des démarches ont été entreprises auprès de la Ville et du programme Rénovation Québec pour voir si l'on pouvait aider les résidents à faible revenu à effectuer les rénovations.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Cette initiative a montré qu'il faut :

- articuler clairement avec les partenaires l'orientation stratégique du programme, en définissant sa vision, sa mission et son mandat, et en établissant un plan d'action sur trois ans;
- examiner les stratégies de communication, en les modifiant suivant les besoins pour améliorer la compréhension mutuelle et renforcer l'adhésion;
- préciser dès le début le rôle de chacun des partenaires et les contributions attendues d'eux;
- continuer à améliorer le plan des interventions particulières de manière à intégrer les missions des différentes organisations partenaires et à appliquer des concepts et méthodes qui soient communs aux intervenants de plusieurs secteurs;
- intégrer la durabilité dans la conception du programme;
- maintenir la mobilisation de la communauté, ce qui s'obtient le mieux en personne;
- se frayer un passage à travers les obstacles, en reconnaissant que cela peut prendre du temps;
- faire preuve de souplesse dans l'allocation des ressources, mais en travaillant toujours dans le cadre d'un budget;
- comprendre les objectifs des partenaires apportant leur contribution;
- faire intervenir en force les connaissances des ASE et leur travail reposant sur les données probantes;
- dans les interventions futures, continuer à mettre l'accent sur la formation des inspecteurs, l'obtention du consentement des propriétaires et le suivi auprès des résidents;
- se donner un langage et des objectifs qui soient accessibles à la population visée;
- comprendre que l'action locale est limitée par des facteurs tels que le vieillissement, les problèmes de santé et la pauvreté de la population;
- communiquer les messages de santé publique visant à modifier les comportements des résidents, en gardant à l'esprit que la production et la diffusion d'une vidéo est souvent plus efficace que la distribution de prospectus;
- s'assurer de l'engagement officiel des autorités municipales avant d'entreprendre des programmes de rénovation (sans l'engagement officiel des organismes publics, il est difficile de structurer un réseau de soutien ou de conclure des accords avec les acteurs économiques).

Les ASE peuvent continuer à soutenir la collectivité en encourageant l'entretien des habitations et les changements de comportement.

## CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS

Plusieurs des enseignements tirés de ce projet peuvent être mis à profit par d'autres collectivités. L'une des clés du succès consiste à savoir comment améliorer l'aptitude des gens à exprimer

leurs besoins et ceux de leur quartier. Une autre clé consiste à établir un programme et un leader au niveau local pour assurer que la collectivité s'approprie le programme et reste mobilisée. Il est important de faire preuve de patience avec tous les participants, y compris les autorités, pour faciliter le bon déroulement des activités.

Le programme a fonctionné dans le cadre du plan d'action de santé publique local, de la santé scolaire et du programme Villes-Santé. Travailler dans le cadre de ces structures aide à établir une base solide pour de tels programmes.

## ÉVALUATION ET IMPACT

Le programme a été évalué par une autorité sanitaire externe. Sous l'angle de la santé, il a été considéré comme une expérience enrichissante faisant ressortir l'importance de travailler avec des équipes interdisciplinaires.

Une étude réalisée en coopération avec la DSP Montérégie a établi que les vides sanitaires peuvent contribuer à un excès d'humidité et une pourriture des structures favorisant les moisissures et augmentant l'incidence de l'asthme.

Le PRAQ a mobilisé une somme de 600 000 \$ dans le cadre du programme Rénovation Québec, frais de montage compris, pour rénover 30 logements au cours de la deuxième phase. La Société d'habitation du Québec (SHQ) et la Ville de Salaberry-de-Valleyfield peuvent désormais couvrir jusqu'à 90 % du coût de la rénovation de ces habitations, en fonction du revenu familial. Aujourd'hui, la Ville de Salaberry-de-Valleyfield dispose de règlements assurant que 85 % du total des fonds provenant de Rénovation Québec et du programme de revitalisation des anciens quartiers seront consacrés aux zones prioritaires, qui comprennent les vieux quartiers.

Cent cinquante cas ont été traités à ce jour, pour un total de 2 178 667 \$. Ce programme, auparavant administré par le gouvernement provincial, est désormais géré localement par l'intermédiaire du PRAQ.

Pour aider les résidents, la Société d'habitation du Québec (SHQ), la Ville de Salaberry-de-Valleyfield et le PRAQ ont créé une brochure présentant des mesures peu coûteuses d'entretien et d'amélioration des habitations. Le PRAQ s'est vu accorder une subvention de 10 000 \$ par la Société d'habitation du Québec pour réaliser une étude sur la gestion des logements sociaux et communautaires, et une autre de 20 000 \$ par la SCHL pour mettre en œuvre un premier projet de logements abordables.

En conséquence de ce programme, la Ville de Salaberry-de-Valleyfield a adopté en 2007 une stratégie décennale de développement du logement fondée sur des principes de participation citoyenne, d'équité et de salubrité. Un comité consultatif a été créé pour recenser les problèmes, pratiques et politiques en matière de logement, pour rechercher d'autres façons d'améliorer la qualité de vie des résidents, pour déterminer les besoins futurs et pour élaborer un plan de mise en œuvre de la politique. En janvier 2010, la ville a réaffirmé son engagement à améliorer les conditions de logement dans ses vieux quartiers.

Les partenariats formés dans le cadre de ce programme se poursuivent. Il a été présenté comme exemple de collaboration entre responsables sanitaires et municipalités lors d'un atelier annuel de formation en santé publique. Une autre initiative d'amélioration de l'habitat, le projet Habitat-Santé de la région de Lanaudière, a été encouragée par le succès de l'action de revitalisation des

anciens quartiers de Salaberry-de-Valleyfield

## **PERSONNE-RESSOURCE**

Elisabeth Masson  
Agente de planification, programmation  
et recherche  
Direction de la santé publique de la  
Montérégie, Santé environnementale  
Téléphone : 1-450-928-6777,  
poste 4048  
Courriel :  
e.masson@rrsss16.gouv.qc.ca

Julie Bergevin  
Coordonnatrice du PRAQ  
75, rue St-Jean-Baptiste, 2<sup>e</sup> étage  
Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T  
1Z6  
Téléphone : 1-450-370-4387

## **RESSOURCES**

[http://www.uquebec.ca/ptc/adsm/sites/www.uquebec.ca.ptc.adsm/files/Claude%20Champagne/CSP\\_ADSM\\_EN\\_2009.pdf](http://www.uquebec.ca/ptc/adsm/sites/www.uquebec.ca.ptc.adsm/files/Claude%20Champagne/CSP_ADSM_EN_2009.pdf)

<http://www.praq.osbl.ca/104/principal.htm>

**NOUVELLE-ÉCOSSE : *Healthy Housing, Healthy Community* – Un programme novateur de communication directe et constructive entre professionnels de la santé, résidents, aménageurs et promoteurs**

**Organisation directrice**

Chebucto Communities Development Association

**Principaux partenaires**

Association des résidents de Spryfield; M. Daniel Rainham, de l'Université Dalhousie; Agence de santé publique du Canada.

**Collectivité**

Spryfield (Nouvelle-Écosse)

**Population**

4 460 (Spryfield)  
372 679 (Municipalité régionale d'Halifax)

**Cadre**

Semi-urbain

**Groupe visé**

Résidents, aménageurs, promoteurs et professionnels de la santé publique

**Principes du programme**

Application des connaissances et dialogue

**Niveau de mise en œuvre**

Local et régional

**Stade de développement**

En cours

**CADRE GÉNÉRAL**

Spryfield, une banlieue de la Municipalité régionale d'Halifax, est bien connue pour le sens d'appartenance à la collectivité et la tradition de participation à la vie civique de ses résidents. Récemment, les membres de l'Association des résidents de Spryfield (SRA, pour Spryfield Residents' Association) ont commencé à s'inquiéter des aménagements en cours dans leur collectivité et ont ressenti le besoin de donner aux citoyens un outil pour évaluer les propositions d'aménagement local et leur impact potentiel sur la santé de la collectivité.

M<sup>me</sup> Marjorie Willison, de la Chebucto Communities Development Association (et résidente locale membre du comité), a remarqué qu'il y avait un rapport entre les besoins de la SRA et le mandat de sa propre organisation. Son expérience en promotion de la santé de la population lui a permis de faire le lien entre les préoccupations de la SRA et la nécessité de mieux faire comprendre la relation, forte mais généralement méconnue, entre aménagement des collectivités, santé publique et bien-être.

Constatant que le travail dans ce domaine laissait à désirer, la Chebucto Communities Development Association (CCDA) a demandé un financement de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et a lancé le programme *Healthy Housing, Healthy Community* (HHHC) en octobre 2005. Le projet visait notamment à faire travailler ensemble quatre groupes qui n'avaient pas l'habitude de se retrouver à la même table de discussion :

aménageurs, professionnels de la santé, promoteurs et résidents. Ces groupes se sont réunis pour quatre tables rondes facilitées ainsi que pour des discussions en tête à tête. Avec la contribution de ces quatre groupes d'intervenants, la CCDA a créé un document particulièrement convivial intitulé *Trousse sur l'aménagement de milieux de vie sains*, ainsi qu'un cadre d'évaluation sanitaire des aménagements (HDEF, pour Healthy Development Evaluation Framework). Ces outils ont été conçus pour aider les résidents, les professionnels de la santé et les aménageurs à évaluer les aménagements existants et proposés afin de déterminer dans quelle mesure ils sont compatibles avec la santé de la collectivité. Le projet ne faisait pas partie d'un processus d'aménagement particulier, mais visait plutôt à établir une compréhension commune des liens entre santé et cadre bâti.

Au cours de l'année écoulée, la CCDA a collaboré avec les associations et entreprises locales pour définir une sélection d'indicateurs à cartographier, et a établi un partenariat avec le professeur Daniel Rainham, titulaire de la chaire Elizabeth May en durabilité et santé environnementale à l'Université Dalhousie. On a ainsi pu établir, à partir du cadre HDEF et à l'aide de Google Earth, de photographies aériennes et de données géographiques fournies par la municipalité, un ensemble de données indicatrices de base sur la collectivité.

## **PARTENARIATS**

L'ASPC a soutenu le projet dans le cadre de son initiative visant à renforcer les politiques publiques favorisant la santé. Pour compléter sa propre expérience en promotion de la santé de la population, M<sup>me</sup> Willison a ajouté un planificateur environnementaliste à l'équipe du programme HHC. Ils se sont entendus dès le début et la

synergie de leur collaboration a dynamisé les participants. Leur collaboration a démontré que responsables de la santé et aménageurs peuvent travailler efficacement en équipe.

Cette collaboration santé-aménagement était novatrice, car les services de santé publique d'Halifax n'avaient jusqu'alors pas été associés à l'aménagement. La première table ronde a vraiment ouvert les yeux des participants.

La CCDA a organisé quatre tables rondes pluridisciplinaires réunissant des résidents, des aménageurs, des promoteurs et des responsables de la santé publique tels que personnel infirmier, nutritionnistes, spécialistes de la petite enfance et professionnels de la santé familiale.

Le fait de réunir ces groupes à la même table de discussion constituait une première étape réussie, vu les conflits liés à l'aménagement qu'a connus Halifax. À l'issue des tables rondes, toutes les parties ont indiqué avoir apprécié cette occasion de bâtir quelque chose en commun, à savoir le cadre HDEF et la trousse pour l'aménagement de cadres de vie sains. Les tables rondes ont amené des groupes divergents à se réunir et à tenir des discussions constructives. Dans le cadre d'un dialogue facilité, les résidents ont pris connaissance des défis auxquels doivent faire face les promoteurs et les professionnels de la santé, ce qui a contribué à faire évoluer leur perspective sur la façon dont le logement et le cadre bâti influent sur la santé. De nombreuses discussions informelles en tête à tête ont eu lieu autour des tables rondes.

Le médecin conseil en santé publique en chef et les responsables de la santé publique de la région ont assisté aux présentations données par le groupe.

Les agents de santé environnementale ont été invités à participer dès les premières étapes du cadre d'évaluation et reviendront pour un dîner-conférence avec les aménageurs de la Municipalité régionale d'Halifax (HRM, pour Halifax Regional Municipality). Ce programme étant destiné à donner plus de contrôle à la collectivité, des résidents ainsi que des professionnels de différentes disciplines ont été appelés à participer à son évaluation officielle.

M<sup>me</sup> Willison pense que les ASE auraient pu jouer un rôle utile dans les premières phases du projet en suggérant des indicateurs (ceux-ci constituant une composante majeure du programme) et des informations sur les déterminants de la santé qui auraient pu compléter la boîte à outils du programme.

Les ASE auraient également pu enrichir davantage les tables rondes. Le groupe a trouvé que, si les résidents semblaient faire preuve d'une perception intuitive des implications sanitaires, les aménageurs et les promoteurs avaient souvent besoin d'exemples plus concrets, associant la notion de cadre bâti favorable à la santé à leurs propres voisinages, pour appréhender le rôle de la santé dans le programme. La participation des ASE aurait étendu le champ et la portée du programme et aidé à toucher un public plus large dans le monde de la santé publique.

Pour avoir un effet sur le processus d'aménagement, les ASE et autres responsables de la santé publique ont besoin de comprendre le processus d'aménagement et de savoir de quelle façon et dans quels domaines leurs compétences seraient le mieux utilisées. Lorsqu'ils travaillent avec un groupe diversifié incluant des représentants du public, les spécialistes ont besoin de déterminer dans quels domaines leur intervention est la plus utile.

## **OBTENIR L'ADHÉSION**

Les premiers retours d'information ont indiqué une certaine hésitation à s'engager dans ce projet, mais à la deuxième table ronde les réactions étaient déjà extrêmement positives. Alors qu'il touche à la fin de son financement, le programme bénéficie d'un grand soutien politique et a suscité des avis presque universellement favorables de la part des secteurs concernés.

Son principe consiste depuis le début à se concentrer sur la contribution des intervenants. Comme le cadre HDEF a été établi à partir d'une analyse documentaire avant d'être perfectionné par les participants aux tables rondes, les quatre groupes ont eu voix au chapitre dans son élaboration. Cela a grandement contribué à l'adhésion, ainsi qu'au sentiment d'appropriation qu'a suscité le document. On a également veillé à faire en sorte que les activités de la trousse pour l'aménagement de cadres de vie sains soient utiles aux résidents marginalisés.

Il est devenu manifeste pendant le programme que si le lien entre le cadre bâti et l'activité physique est généralement bien compris, celui entre le cadre bâti et les autres attributs d'une collectivité en bonne santé n'est pas aussi évident. Pour informer le public et l'amener à tenir compte des nombreux aspects de la santé influencés par le cadre bâti, la CCDA a fait appel aux quatre stratégies de promotion de la santé :

1. sensibiliser;
2. changer les attitudes;
3. changer les comportements;
4. maintenir les comportements modifiés.

Grâce au programme HHHC, la sensibilisation du public et les changements d'attitude sont en bonne voie à Spryfield et dans la Municipalité régionale d'Halifax. Il s'agit maintenant de faire évoluer les comportements et de pérenniser les changements ainsi obtenus parmi les résidents et les professionnels des différentes disciplines.

Lors des tables rondes, les promoteurs ont suggéré que la création d'un prix d'excellence en aménagement aiderait à diffuser le message à l'ensemble de leur corps de métier. Un tel prix attirerait l'attention des médias sur les aménagements favorables à la santé et apporterait une visibilité et une reconnaissance des pairs enviables aux promoteurs qui s'attachent à recourir aux meilleures pratiques pour concevoir des collectivités saines. La CCDA collabore avec la municipalité pour déterminer les critères d'attribution de ce prix.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Ce programme a démontré l'importance de :

- recenser et inclure l'ensemble des principales parties prenantes dès le début (la prochaine fois, la CCDA tâchera d'inclure les bailleurs de fonds, c'est-à-dire les banques, comme cinquième groupe d'intervenants);
- fonder son travail sur les publications existantes pour asseoir sa crédibilité;
- continuer en dépit des revers;
- prendre le temps de cultiver des relations de confiance;
- se donner des objectifs communs pour réduire les conflits;

- se concentrer sur les cadres permanents de la municipalité pour obtenir des changements sur le long terme, car les conseillers sont renouvelables à chaque élection;
- prévoir beaucoup de temps avant que les résultats du programme se fassent sentir;
- promouvoir la pollinisation croisée entre santé, environnement et aménagement pour générer des solutions créatives;
- faire équipe avec différents établissements pour accéder aux ressources (comprendre les relations, se familiariser avec les moyens de recherche et de cartographie).

La nécessité d'adapter son message à son public constitue également un enseignement important. Au cours du programme, la CCDA a veillé à reformuler son message clé pour chacun des différents publics. Le message destiné aux aménageurs était formulé en termes de croissance intelligente et d'environnement durable. Celui destiné aux promoteurs soulignait comment les principes d'aménagement favorables à la santé peuvent réduire leurs retards et améliorer les ventes. Celui destiné aux professionnels de la santé se concentrait sur les liens entre le cadre bâti, la pauvreté et les inégalités en matière de santé. Enfin, le message adressé aux résidents portait principalement sur la façon dont ils peuvent contribuer à faire de leurs collectivités de meilleurs lieux de vie pour eux-mêmes comme pour leurs enfants et petits-enfants.

Une retombée inattendue du programme a été le partenariat avec le professeur Rainham. Sans lui, certains des indicateurs n'auraient pas été



cartographiés. La prochaine étape consiste à déterminer s'il existe une relation entre les indicateurs du cadre bâti cartographiés et les indicateurs socio-économiques tels que le niveau d'éducation et le revenu moyen des ménages. Sur le terrain, la prochaine étape consiste à convaincre la collectivité de Spryfield de cartographier périodiquement les indicateurs pour suivre les progrès au fil du temps. Ce programme a permis d'établir un ensemble de données de base qui pourrait s'avérer une ressource inestimable pour les futurs plans d'aménagement de la collectivité. Alors que le programme semblait progresser lentement au début, il a pris de l'élan au cours des derniers mois. Les choses commencent à se mettre en place et les professionnels de l'aménagement et de la santé publique suivent désormais des formations communes.

Il reste encore des difficultés que les ASE et les autres professionnels de la santé publique peuvent aider à résoudre; il leur faut notamment :

- travailler avec les différentes voix s'exprimant dans la collectivité;
- assurer la prise en compte des politiques de santé publique lorsque les règlements d'aménagement sont modifiés;
- intervenir en tant que facilitateur pour aider à créer des environnements favorables à ces discussions et projets;
- faire partager leurs connaissances des déterminants de la santé dans un langage accessible.

## **CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS**

L'équipe du programme HHC a déjà commencé à diffuser le message à d'autres collectivités. Les résultats du programme, avec ses boîtes à outils, son cadre, sa bibliographie et un CD, ont été envoyés aux maires, directeurs des services municipaux et directeurs de l'urbanisme de dix grandes villes dans chacune des dix provinces du Canada, ainsi qu'à quelques villes du Nord canadien.

Le programme HHC a inclus la création d'un diagramme des cadres de vie sains (voir page suivante); les indicateurs que contient ce dernier sont de simples suggestions. L'équipe du programme conseille aux collectivités de commencer par recueillir les données probantes puis réunir les parties prenantes pour sélectionner les indicateurs adaptés à leur situation et à leurs ressources.

## ÉVALUATION ET IMPACT

L'évaluation du projet a pris la forme de deux séries d'entrevues avec les intervenants.

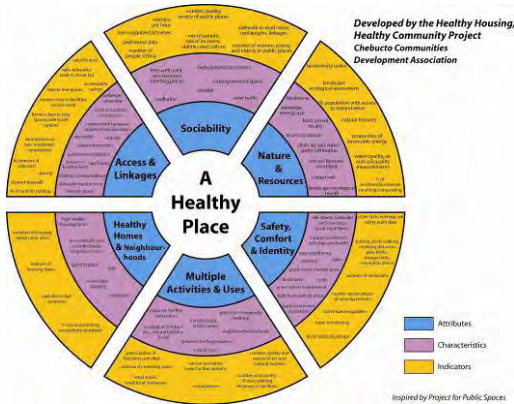


Diagramme des cadres de vie sains

À mi-parcours, les réactions au programme étaient favorables, mais circonspectes. À la seconde évaluation, les avis étaient très largement favorables.

La CCDA a participé au Réseau de recherche communautaire par l'intermédiaire de l'Université d'Ottawa et a constaté, en établissant des relations avec d'autres organisations dans tout le pays, que son travail était novateur. Peu d'approches actuellement en usage prennent en compte autre chose que l'activité physique et le transport, alors que celle de la CCDA intègre également la sociabilité, la salubrité des habitations, la polyvalence des aménagements, la nature, la sécurité et l'identité commune comme attributs d'une collectivité saine.

La mesure des paramètres sanitaires dépasse le champ de ce programme, mais la mise en relation des données indicatrices de base avec des facteurs influençant la santé, tels que le revenu ou le niveau d'éducation, constitue une première étape. Les données de base permettront également de suivre les

changements au fil du temps pour voir si les stratégies d'aménagement et le développement ont un effet sur les attributs d'une collectivité saine. Les outils mis au point au cours du programme ont été intégrés au processus de visualisation de l'avenir de la collectivité de Spryfield dans le cadre de l'aménagement de la Municipalité régionale d'Halifax, et mis à la disposition d'autres collectivités de celle-ci. D'une certaine façon, le programme a abouti : les mêmes résidents qui ont fait état de leurs préoccupations et ont aidé à constituer la trousse sont désormais des utilisateurs de celle-ci, armés pour participer au processus d'aménagement.

Alors que le programme HHC touche à sa fin, son équipe pense que les changements se poursuivront. « La communication entre aménageurs et professionnels de la santé est désormais établie; ils se sont engagés dans cette voie et le programme vole de ses propres ailes. »

## PERSONNE-RESSOURCE

Marjorie Willison  
Gestionnaire de projet, Chebucto Communities Development Association  
52, 16 Dentith Road  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3R 2H9  
Téléphone : 1-902-477-0964  
Courriel :  
ccda.willison@ns.sympatico.ca

## RESSOURCES

La bibliographie du programme et le document intitulé *Trousse sur l'aménagement de milieux de vie sains* peuvent être téléchargés depuis le site de la Chebucto Communities Development Association : [www.chebuctoconnections.ca](http://www.chebuctoconnections.ca)

Version française : <http://www.spryfield.ca/ccda/images/pdf/toolkitunmilieudeviesainp.pdf>

Version anglaise : <http://www.spryfield.ca/ccda/images/pdf/hhhc%20healthy%20places%20toolkit%20workbook.pdf>

**NOUVELLE-ÉCOSSE : Planification des transports et aménagement favorables aux enfants et aux adolescents | Un programme visant à établir des modalités de transport et d'aménagement du territoire répondant aux besoins des enfants et des adolescents, et par là même de l'ensemble de la collectivité**

**Organisation directrice**

Le Centre pour un transport durable de l'Université de Winnipeg

**Principaux partenaires**

Agence de la santé publique du Canada; ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse; Centre d'action écologique.

**Collectivité**

Nouvelle-Écosse

**Cadre**

Urbain, périurbain et rural

**Groupe visé**

Enfants et adolescents

**Principes du programme**

**Niveau de mise en œuvre**

Application locale et régionale, lignes directrices provinciales

**Stade de développement**

Touche à sa fin

**CADRE GÉNÉRAL**

La mise au point de lignes directrices pour une planification des transports et un aménagement favorables aux enfants et aux adolescents a été motivée par des « tendances inquiétantes » observées chez les jeunes (notamment une baisse d'activité physique et de mobilité autonome et une progression de l'obésité, de l'exposition à la pollution atmosphérique et des décès dus aux accidents de la circulation) et, en conséquence, par des préoccupations à propos de leur bien-être émotionnel. Un grand nombre des problèmes qui touchent les adultes sont exacerbés chez les enfants et les adolescents. Par exemple :

- les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables aux effets nocifs de la circulation automobile, comme la mauvaise qualité de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des véhicules;
- leurs besoins sont différents de ceux des adultes, car leurs destinations sont différentes et ils n'ont pas accès aux mêmes modes de transport; les aménagements destinés aux adultes diffèrent de ceux destinés aux enfants et aux adolescents; les équipements destinés aux moyens de transport non motorisés sont plus pertinents pour les enfants et les adolescents.

Dix-neuf lignes directrices regroupées en six catégories ont été établies :

- faire passer les besoins des jeunes en premier dans la planification de l'aménagement et des transports;
  - répondre à leurs besoins en tant que piétons, cyclistes et utilisateurs des transports en commun;
  - répondre à leurs besoins pour les trajets scolaires;
  - réduire l'impact sur les jeunes de toute activité de transport.
- loi sur la prospérité durable (*Environmental Goals and Sustainable Prosperity Act*) et Plan d'action sur les changements climatiques;
  - programmes d'aménagement favorable aux aînés.

La nécessité de ce projet a été établie en 2005, lors d'un programme du Centre pour un transport durable concernant les enfants et les transports en Ontario. À l'issue de vastes consultations, il est apparu que de telles lignes directrices étaient également applicables aux autres provinces. L'ASPC a accepté de financer la mise au point d'un ensemble de lignes directrices pour chaque province. Plus tard cette année, onze professionnels des transports et de l'aménagement, de la promotion de la santé et d'autres domaines connexes ont examiné le document et commencé à donner leur avis sur sa pertinence pour la Nouvelle-Écosse. En 2008, l'Université du Cap-Breton a organisé un atelier portant sur un ensemble de lignes directrices propres à la Nouvelle-Écosse.

Ces lignes directrices complètent un certain nombre d'initiatives provinciales de la Nouvelle-Écosse telles que les suivantes :

- programmes *Active Kids*, *Healthy Kids* (jeunes en forme) et *Health Promoting Schools* (écoles en santé);
- rapport final du groupe d'étude sur la sécurité des passages pour piétons (*Crosswalk Safety Task Force*) et stratégie de sécurité routière (*Road Safety Strategy*) en cours d'élaboration;

Le programme s'est étendu bien au-delà de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse et, plus tard cette année, on verra paraître des lignes directrices définitives pour chacune des provinces canadiennes, ainsi qu'un recueil de lignes directrices produit en Nouvelle-Écosse à l'intention des petites municipalités et des collectivités rurales.



## PARTENARIATS

Le projet pancanadien est dirigé par M. Richard Gilbert et M<sup>me</sup> Catherine O'Brien, chargés de recherche au Centre pour un transport durable de l'Université de Winnipeg, et financé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Ils participent maintenant à un projet du programme COALITION (Connaissances et action liées pour une meilleure prévention) visant à intégrer les lignes directrices à la planification des transports scolaires.

M<sup>me</sup> O'Brien a dirigé l'initiative pour les provinces de l'Atlantique et a préparé une analyse documentaire sur les jeunes et le transport durable, ainsi que

des lignes directrices destinées aux collectivités rurales.

La mise au point et l'application des lignes directrices ont été collaboratives à plus d'un égard. À partir d'un projet de transport durable, les auteurs ont beaucoup travaillé avec *Green Communities Canada* en faisant des présentations aux municipalités et en organisant des ateliers destinés à promouvoir les objectifs des deux programmes. Ils ont également travaillé avec le programme *Écoliers actifs et en sécurité* et le Centre d'action écologique. La collaboration avec les groupes poursuivant des objectifs parallèles permet de démultiplier l'impact des activités.

Les intervenants du programme ont joué un rôle important dans la mise au point des lignes directrices de chaque province. Chaque document est constitué pour moitié d'une série d'exemples correspondant au contexte provincial, qui ont souvent été recueillis lors des ateliers. Les enfants et les adolescents participent au processus et ont été d'excellents critiques des différents guides.

Un médecin hygiéniste en chef et un agent de santé environnementale ont participé à l'initiative tout au début en tant qu'informateurs clés. Bien que leur intervention depuis lors ait été relativement modeste, M<sup>me</sup> Catherine O'Brien pense qu'ils pourraient participer au programme de plusieurs façons. Un certain nombre de problèmes de santé environnementale sont mentionnés tout au long des lignes directrices. M<sup>me</sup> O'Brien ne croit pas avoir une connaissance suffisante des paramètres de travail des ASE pour indiquer expressément comment ils auraient pu être inclus au-delà du processus de consultation, mais elle suppose qu'ils pourraient intervenir dans les domaines suivants :

- prise de décisions sur les emplacements scolaires :
  - pour éviter les lieux où la circulation, la pollution atmosphérique et le bruit sont élevés;
  - pour encourager le choix de sites facilement accessibles à pied ou à vélo;
  - pour déterminer l'emplacement des aires de débarquement des écoles;
  - pour envisager non seulement une distance maximum entre les aires de ramassage scolaire et l'école ou le domicile, mais également une distance minimum afin d'encourager la marche;
- emplacement des aires de stationnement des écoles;
- fermeture des écoles;
- emplacement des trottoirs;
- règlements sur la marche au ralenti des véhicules.

Chaque municipalité doit avoir une personne chargée d'établir des plans pour déterminer les effets sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents; il pourrait s'agir d'un ASE.

Les ASE et les MCSP pourraient également contribuer à la diffusion des lignes directrices. Leurs titres et qualifications pourraient renforcer la crédibilité des lignes directrices auprès d'un plus large public.

## **OBTENIR L'ADHÉSION**

L'élaboration des lignes directrices a été soutenue à la fois par les provinces et par l'ASPC. Différents organismes gouvernementaux ont également offert leur aide. Le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse a subventionné la création de lignes directrices supplémentaires destinées au milieu

rural. Services Nouvelle-Écosse et Relations avec les municipalités a soutenu la diffusion du programme. D'autres organismes gouvernementaux ont invité M<sup>me</sup> O'Brien à présenter les lignes directrices. Le personnel municipal a aidé à organiser des ateliers. Ces lignes directrices sont considérées comme très opportunes, car l'amélioration de l'hygiène du milieu et la promotion de l'activité physique et des modes de vie sains sont à l'ordre du jour.

## **PLANIFICATION ET MISE EN ŒUVRE**

Pour monter un dossier solide en faveur des lignes directrices, le programme s'est fondé sur des données probantes. Sa planification comprenait des consultations et groupes de discussion faisant intervenir les enfants et les adolescents.

Les lignes directrices sont présentées comme des recommandations aux municipalités, aux écoles et aux associations de santé et ne sont pas destinées à s'appliquer dans tous les cas.

## **ENSEIGNEMENTS TIRÉS**

Il a été très encourageant de constater qu'il suffit d'un atelier de deux à trois heures pour qu'une municipalité se rende compte de l'intérêt des lignes directrices et n'ait plus besoin d'une assistance suivie.

Jusqu'ici, il a été difficile d'obtenir la participation du secteur de l'éducation, dont les membres se sentent investis dans les programmes d'autobus scolaires, mais manquent souvent de voir un lien entre la santé et l'emplacement de l'école, la présence de supports à vélos et l'inclusion d'une leçon de transport actif au programme d'enseignement. Cette situation commence à changer avec la montée

des préoccupations liées à l'inactivité physique, mais elle reste un problème.

Il est utile d'attirer l'attention des cadres permanents ou du conseil et de réunir en même temps le plus grand nombre de parties prenantes possible.

Le lien entre les intervenants s'est renforcé tout au long du programme. Celui-ci fait désormais partie du programme COALITION et des relations sont en train de s'établir dans tout le pays.

## **CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS**

Le projet a débuté dans des milieux plutôt urbains, mais grâce au soutien du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de la Nouvelle-Écosse et de l'ASPC, il a été étendu pour offrir un ensemble de lignes directrices destinées au milieu rural.

Il est conseillé à toutes les collectivités d'adopter une attitude diplomatique et respectueuse. Il est important de sensibiliser les parties prenantes (comme les municipalités ou les écoles) à la logique des lignes directrices, sans dire de manière explicite qu'elles devraient toutes être adoptées et suivies. Il est important que les organismes ou établissements déterminent de manière sélective quelles lignes directrices conviennent ou peuvent être adaptées au cadre de leur collectivité. Beaucoup de lignes directrices favorables aux enfants peuvent compléter des aménagements favorables aux aînés.

## **ÉVALUATION ET IMPACT**

Il y a déjà eu quelques changements dans les municipalités où les présentations ont été données, comme des règlements sur la marche au ralenti des véhicules autour des écoles. Certaines municipalités ont transmis les

lignes directrices à un comité des transports pour qu'il les intègre aux plans futurs.

Les ateliers ont été évalués tout au long du programme et les lignes directrices ont été révisées de façon continue. Il est trop tôt pour parler de résultats en termes de santé et le programme n'est pas conçu pour permettre un tel suivi. Dans tous les secteurs, l'adoption et la mise en œuvre des lignes directrices progressent et le bien-être des enfants et des adolescents est de plus en plus pris en compte dans les plans d'aménagement.

En fin de compte, les aménagements conçus pour favoriser la santé des jeunes et des adolescents profiteront à tout le monde, notamment aux personnes handicapées.

## **PERSONNE-RESSOURCE**

Catherine O'Brien  
School of Education, Health and  
Wellness  
Université du Cap-Breton  
P.O. Box 5300, 1250 Grand Lake Road  
Sydney (Nouvelle-Écosse) B1P 6L2  
Téléphone : 1-902-563-1849  
Télécopieur : 1-902-563-1449  
Courriel : Catherine\_O'Brien@cbu.ca

## **RESSOURCES**

[www.kidsonthemove.ca](http://www.kidsonthemove.ca)  
<http://www.kidsonthemove.ca/uploads/Guidelines%20Nova%20Scotia%203.pdf>

CLASP  
<http://www.partnershipagainstcancer.ca/coalitions>



## **NUNAVUT ET TERRITOIRES DU NORD-OUEST : Healthy Foods North | Un programme communautaire adapté aux usages culturels visant à promouvoir une alimentation et un mode de vie sains**

### **Partenaires et donateurs**

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest; M<sup>me</sup> Sangita Sharma, de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (chercheuse principale); M. Joel Gittelsohn, de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Institut de recherche Aurora; Administration des services de santé et des services sociaux de Beaufort-Delta; Northwest Territories Recreation and Parks Association; Aklak Air; Arctic Co-operatives Ltd; Arctic Foods; Canadian North; Explorer Hotel; First Air; Inuvik Community Greenhouse; Inuvik Interagency Committee; Northern Transportation Company Limited; Compagnie du Nord-Ouest; Stanton's Stores (Inuvialuit Development Corporation).

### **Collectivités**

Cambridge Bay, Taloyoak et Gjoa Haven (Nunavut)  
Inuvik, Tuktoyaktuk et Ulukhaktok (T.N.-O.)

### **Population des collectivités**

De 809 à 3 484 résidents

### **Groupes visés**

Inuits et Inuvialuits

### **Principes du programme**

1) Promouvoir l'alimentation et les activités traditionnelles. 2) Accroître la consommation de produits alimentaires sains et diminuer celle de produits malsains. 3) Promouvoir l'activité physique. 4) Apporter une éducation nutritionnelle.

### **Objectifs du programme**

Réduire le risque d'obésité et de maladies chroniques et améliorer l'apport alimentaire

## **CADRE GÉNÉRAL**

Les collectivités du nord du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest connaissent des taux particulièrement élevés de maladies cardiaques, d'obésité, de cancer et d'affections bucco-dentaires. Cela peut être largement attribué à l'abandon rapide du mode de vie et du régime alimentaire traditionnels des régions arctiques. Face à cette charge de morbidité et aux nombreuses carences nutritionnelles, il s'est avéré nécessaire d'intervenir en établissant à l'échelle des collectivités un programme interinstitutionnel de prévention des maladies chroniques appelé *Healthy Foods North* (HFN). Ce programme vise à promouvoir les activités et l'alimentation traditionnelles, la disponibilité de produits alimentaires sains, riches en nutriments et abordables ainsi que l'activité physique, afin de réduire le risque d'obésité et de maladies et d'améliorer l'équilibre nutritionnel.

En travaillant en étroite collaboration avec les collectivités inuites et inuvialuites, les responsables de cette initiative (des représentants des collectivités locales, des membres des gouvernements territoriaux et des chercheurs universitaires en santé publique) ont mis au point un programme d'intervention adapté aux usages culturels qui fonctionne au niveau de l'individu, du foyer et de la collectivité pour répondre à leurs besoins sanitaires et nutritionnels. Animé par les gestionnaires de projet Elsie De Roose (Territoires du Nord-Ouest) et Cindy Roache (Nunavut), le programme est actuellement en œuvre dans les six collectivités de Cambridge Bay, Taloyoak, Gjoa Haven, Inuvik, Tuktoyaktuk et Ulukhaktok. Des discussions sont en cours pour l'étendre

### Niveau de mise en œuvre

Interterritorial

### Stade de développement

Phase pilote achevée; programme maintenu dans les quatre collectivités pilotes et en cours de mise en œuvre dans deux nouvelles collectivités. Les résultats préliminaires montrent que le programme a réussi à améliorer le régime alimentaire. En attente de financement pour l'expansion.

### Sources de financement

Subvention de recherche n° 1-08-CR-57 de l'American Diabetes Association; ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut; ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest; The Northwest Territories and Nunavut Public Health Association; Initiative sur le diabète chez les Autochtones; Santé Canada; Agence de la santé publique du Canada; Association canadienne du diabète; Fonds pour la promotion des modes de vie sains.

### Équipe Healthy Foods North et sympathisants actifs dans la collectivité

Conseils des hameaux, comités de santé et responsables de magasins d'alimentation des collectivités.



à d'autres collectivités. Le programme comporte les deux composantes principales ci-dessous.

1. Actions dans les magasins : tests de dégustation, démonstrations culinaires, affiches, prospectus et étiquettes de rayon portant le logo *Healthy Foods North* pour signaler les choix plus sains.

2. Actions dans les collectivités : intégration d'activités en milieu de travail et dans les événements communautaires (transformations de tables de pause café, foires santé, cours de cuisine, programmes scolaires et interventions dans les médias locaux).

L'intervention est adaptée à chaque collectivité en fonction de l'avis de ses membres, qui ont participé à des ateliers et entretiens communautaires, ainsi qu'à des évaluations alimentaires qui ont mis en évidence les besoins nutritionnels de chacune. Ces résultats ont été publiés en 2009 et 2010 dans la *Revue canadienne de santé publique*, le *British Journal of Nutrition* et l'*American Journal of Health Behavior*.

Ils ont servi à mettre au point un programme de nutrition et d'activité physique répondant précisément aux besoins de chaque collectivité. L'un de ces besoins était d'encourager la consommation d'aliments traditionnels riches en nutriments et d'aliments du commerce plus sains, ainsi que de promouvoir des pratiques alimentaires et valeurs culturelles traditionnelles.

### PARTENARIATS

Le programme *Healthy Foods North* a eu d'emblée pour principe d'appartenir à la collectivité et d'être piloté par celle-ci. Il a réuni des partenaires de tous les niveaux, notamment des représentants du gouvernement et des organismes communautaires, des commerçants, des employeurs et des chercheurs universitaires en santé publique. Il est

unique en ce que de nombreux groupes différents y participent dans chaque collectivité (à Inuvik, une collectivité de 3 000 résidents, il est rare de rencontrer quelqu'un qui n'en a pas entendu parler).

La chercheuse principale, M<sup>me</sup> Sangita Sharma (de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill), et le consultant du programme, M. Joel Gittelsohn (de l'Université Johns Hopkins), sont les spécialistes en santé publique qui apportent leur expertise et leur soutien au programme *Healthy Foods North*. Ils possèdent une grande expérience des évaluations alimentaires adaptées aux usages culturels dans les populations autochtones et pluriethniques, ainsi que des programmes d'intervention communautaires. Ils ont également participé à un éventail d'autres projets en milieu urbain et rural aux États-Unis et au Canada, notamment un projet de prévention du diabète avec les Premières nations du Nord-Ouest de l'Ontario.

Les organisations partenaires au sein des collectivités apportent des recommandations sur les personnes à approcher et les parties prenantes à faire intervenir, ainsi qu'un avis sur les outils, documents et activités afin d'assurer leur adaptation aux usages culturels. Le renforcement des capacités constitue une part extrêmement importante de la réussite et de la pérennisation du programme. Par exemple, des membres de la collectivité sont formés pour mettre eux-mêmes en œuvre les activités du programme.

La planification du programme HFN a été lancée par des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, et le personnel de santé local intervient tout au long du programme. Les données recueillies dans le cadre du programme sont actuellement utilisées par les MCSP

pour mettre en lumière des problèmes tels que les taux de tabagisme et de prise de suppléments et la prévalence de maladies chroniques. Bien que les agents de santé environnementale (ASE) ne soient pas intervenus dans ce programme, M<sup>me</sup> Sharma, la chercheuse principale, pense que leur participation aurait pu élargir sa portée en posant une autre série de questions débouchant sur un plus large éventail de résultats. Ils auraient peut-être été en mesure d'ajouter des questions importantes pour la recherche qui ont pu échapper aux responsables du programme dans la proposition initiale, et qu'on aurait facilement pu inclure au moment de la collecte des données. On aurait ainsi pu profiter de l'étude approfondie entreprise pour évaluer l'apport nutritionnel pour mesurer, par exemple, l'absorption de contaminants. On aurait pu inclure d'autres questions intéressantes comme la qualité de l'eau (son goût s'est révélé constituer un problème dans ces collectivités), les maladies hydriques, les taux de familles infectées et la salubrité des habitations. La participation des ASE aurait également pu influencer la sélection des collectivités de manière à inclure des situations environnementales particulières comme la proximité d'une mine ou d'une source d'eau.

M<sup>me</sup> Sharma estime que les ASE ont une précieuse contribution à apporter à de tels programmes et études des collectivités et elle serait intéressée par une future collaboration.

Les MH et MHC des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut participent au programme. Le D<sup>r</sup> André Corriveau, MHC des T.N.-O., a invité M<sup>me</sup> Sharma à présenter ses résultats aux médecins hygiénistes. Ces résultats ont également été présentés aux MH à Inuvik. Les MH estiment que les résultats de ce travail, notamment ceux sur l'étendue des carences

nutritionnelles, doivent être portés à l'attention des médecins formés ou établis dans le sud du pays.

M<sup>me</sup> Sharma a fourni aux MH et au MHC du Nunavut des données sur certaines questions comme les taux de tabagisme et d'insuffisance alimentaire, la prise de suppléments, les antécédents familiaux de maladies chroniques et les niveaux d'activité physique. Les MH et le MHC du Nunavut sont actuellement corédacteurs de plusieurs des études issues de ce programme. Les données recueillies détermineront l'ampleur et l'orientation de l'intervention au fur et à mesure de son évolution et de son expansion.

## OBTENIR L'ADHÉSION

Il n'y a pas eu de problème pour faire venir les partenaires à la table de discussion; les responsables du programme ont donné de nombreuses présentations aux conseils et associations des collectivités locales et le message a circulé rapidement. Maintenant, la boucle est bouclée et les résidents se présentent spontanément pour demander comment ils peuvent apporter leur aide. Beaucoup d'entre eux font du bénévolat en posant des affiches, en animant des tests de dégustation et des transformations de table de pause café, en distribuant des podomètres ou en organisant des clubs de marche.

Le programme ne serait pas une réussite sans ses remarquables partenariats. Le programme *Healthy Foods North* a de nombreux partenaires qui y contribuent sous forme de financement, de dons en nature et d'heures de travail. Par exemple, l'Institut de recherche Aurora dans les T.N.-O., ainsi que le gouvernement territorial et les administrations de hameau du Nunavut, ont hébergé le personnel et mis à sa disposition leur salle de réunion en plus de fournir

l'espace de bureau, les véhicules et le matériel nécessaires. Les épicerie locales ont elles aussi beaucoup participé et les responsables de magasin ont travaillé avec *Healthy Foods North* de façon à savoir quoi recommander lorsque les clients leur demandent des aliments riches en fibres et pauvres en sucre.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Parmi les enseignements susceptibles d'intéresser les ASE qui sont prêts à participer à des programmes similaires, on notera qu'il faut :

1. Être à l'écoute de la collectivité : le programme HFN a adopté d'emblée une approche ascendante plutôt que descendante, pour amener la collectivité à s'y investir et à se l'approprier.
2. Renforcer les capacités : il s'agit de pérenniser le programme, de façon à ce qu'il puisse se poursuivre si un chercheur ou responsable de projet s'en va ou un financement se termine. Pour cela, il faut notamment que les collectivités déterminent les questions de recherche et que le programme forme leurs membres et en emploie certains.
3. Traduire dans la langue locale : les informations doivent être diffusées dans la langue de la collectivité, en utilisant les termes pertinents.
4. Établir des partenariats : la croissance du programme crée un effet boule de neige et beaucoup de particuliers et d'organismes veulent en faire partie.
5. Réaliser une évaluation initiale et finale : il faut savoir où se situent les succès et les échecs et en connaître les causes.

Plusieurs facteurs ont contribué au succès du programme. Il fallait notamment : (1) disposer d'excellentes

capacités de communication; (2) faire participer la collectivité à tous les stades; et (3) effectuer un travail préparatoire. L'équipe du projet a passé un ou deux ans à effectuer un travail de fond et à recueillir les données de base. Elle a ensuite présenté les données à la collectivité en lui demandant de l'aider à créer des solutions. Les membres de la collectivité ont déterminé ce qui était important pour eux et les aliments sur lesquels ils voulaient intervenir, puis ils ont proposé des aliments adaptés aux usages culturels à recommander comme options de remplacement, ainsi que les messages à diffuser. L'équipe du projet a également travaillé avec les magasins et les responsables de la collectivité afin de cerner leurs problèmes. Cette approche a permis de poser les bases du programme.

Maintenant, de plus en plus de collectivités demandent à participer au programme *Healthy Foods North*. Le succès même du programme et le fait qu'il connaisse une croissance rapide ont entraîné de nouveaux défis : celui du recrutement et de la formation de nouveaux effectifs et celui du maintien des méthodes de recherche fiables au fur et à mesure de son développement.

Pour chaque collectivité, le programme est fondé sur les données recueillies dans celle-ci. La collecte de données de base est suivie d'un atelier communautaire. On passe ensuite à la création des outils et documents et à leur traduction dans les langues locales. Avec trois programmes actuellement en cours au Nunavut, le message circule vite et cinq autres collectivités ont déjà pris contact avec l'équipe pour demander comment démarrer. C'est là une retombée remarquable.

Une autre retombée inattendue était l'élargissement des objectifs du programme. Le programme est passé de son objectif initial de prévention de

l'obésité et des maladies chroniques à ceux de sécurité des aliments et d'amélioration des autres problèmes de santé liés à la nutrition, notamment les affections bucco-dentaires et les maladies infectieuses. Le cancer, l'obésité, le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les affections bucco-dentaires et l'insuffisance de la réponse immunitaire aux maladies infectieuses sont tous liés à la nutrition, et l'abandon rapide du régime alimentaire traditionnel des régions arctiques a favorisé la progression de ces problèmes de santé. Le champ du programme s'est élargi pour répondre à tous ces problèmes en s'attaquant aux insuffisances nutritionnelles dans l'alimentation locale et en augmentant la disponibilité et l'accessibilité des aliments traditionnels et des produits alimentaires riches en nutriments.

## ÉVALUATION ET IMPACT

Plusieurs études novatrices publiées au cours de l'année écoulée valident la méthode utilisée par ce programme, qui met en évidence des faits passés inaperçus jusqu'à présent.

Les résultats ont été diffusés aux collectivités locales, aux responsables gouvernementaux de plusieurs échelons et à la communauté scientifique internationale au moyen de présentations et de publications scientifiques et grand public dans le but d'influencer les politiques et les stratégies. Un certain nombre d'articles portant sur les données recueillies avant le début de l'intervention ont été publiés, notamment dans un supplément au *Journal of Human Nutrition and Dietetics* consacré au programme HFN, à paraître à l'été 2010. La collecte de données faisant suite à la phase pilote du programme HFN a été récemment

achevée et les résultats sont en cours d'analyse.

L'analyse des changements survenus dans le régime alimentaire, l'activité physique et les problèmes de santé n'est pas terminée, mais les résultats préliminaires indiquent une croissance de la consommation des aliments recommandés par le programme, notamment des aliments traditionnels. Les constatations empiriques suggèrent que le programme est une réussite : un magasin a déjà vu ses commandes de fruits et légumes augmenter de 35 % depuis le début de celui-ci. Les magasins d'alimentation participants ont indiqué que les produits recommandés par le programme *Healthy Foods North* partent comme des petits pains chauds. Tous les produits recommandés par le programme n'ont pas eu le même succès, mais la plupart ont été bien acceptés. Une évaluation rigoureuse a permis à l'équipe HFN de préciser les différents degrés de succès. Voici quelques exemples de réussites : utilisation de lait écrémé en poudre à la place des colorants à café; remplacement des croustilles par du maïs éclaté pauvre en matières grasses fait maison; ajout de légumes surgelés aux ragoûts de viande; et utilisation de fruits dans les yogourts fouettés. La consommation de pain de blé entier et de lait écrémé a augmenté de façon exponentielle, tandis que celle de boissons gazeuses a baissé. La promotion de produits locaux comme l'omble chevalier, le caribou et le bœuf musqué est également importante pour le programme, car ils contribuent grandement à maintenir l'identité culturelle des collectivités tout en étant riches en nutriments essentiels.

De nouveaux domaines d'étude apparaissent, comme celui des effets de la baisse des populations de caribous (qui résulte des changements climatiques) sur les régimes

alimentaires locaux, ou celui de l'abordabilité des aliments de substitution. Les collectivités entreprennent actuellement des études sur l'apport nutritionnel chez les femmes en âge de procréer, qui constituent une population importante à cibler pour assurer la bonne santé et le bien-être des populations dans le futur.

L'objectif à long terme est d'étendre le programme *Healthy Foods North* à l'ensemble du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest. L'accent mis sur le renforcement des capacités dans les collectivités a porté ses fruits, et les nombreuses demandes d'extension du programme sont le meilleur témoignage de son succès.

## CONSEILS AUX AUTRES COLLECTIVITÉS

Comme le programme est piloté par la collectivité, il peut être adapté à presque toutes les situations. Les règles fondamentales sont les suivantes :

- effectuer un travail préparatoire pour mettre au point une intervention adaptée aux usages culturels et aux besoins de la collectivité;
- recueillir des données immédiatement avant la mise en œuvre de l'intervention et immédiatement après sa conclusion afin d'évaluer le programme;
- se renseigner pour savoir ce qui se passe dans la collectivité, qui sont ses acteurs clés et quels sont ses problèmes et ses priorités;
- établir des partenariats dès le début du programme en réunissant tous les intervenants pour discuter de leurs problèmes et travailler ensemble à les résoudre.



## PERSONNES-RESSOURCES

*Représentante du programme pour le Nunavut*

Cindy Roache  
*Healthy Foods North*  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
P.O. Box 1000, Station 1000  
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0  
Téléphone : 867-975-5729

*Représentante du programme pour les Territoires du Nord-Ouest*

*Healthy Foods North*  
a/s Elsie De Roose, nutritionniste territoriale  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Box 1320  
Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2L9  
Téléphone : 1-867-873-7925

Sangita Sharma, Ph.D., Associate Professor  
Department of Nutrition and Nutrition Research Institute  
University of North Carolina at Chapel Hill  
500 Laureate Way Room 4201  
Kannapolis, NC 28081  
États-Unis  
Téléphone : 1-704-250-5015  
Courriel : sangita\_sharma@unc.edu, gitasharma333@yahoo.com

## RESSOURCES

[www.healthyfoodsnorth.ca](http://www.healthyfoodsnorth.ca)

[www.internationalnutrition.edu](http://www.internationalnutrition.edu)

Sharma S, Cao X, Roache C, Buchan A, Reid R, Gittelsohn J. Assessing dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: the Arctic Inuit in Nunavut, Canada. *British Journal of Nutrition*. 2010; 103 (5): 749-59.

Gittelsohn J, Roache C, Kratzmann M, Reid R, Ogina J, Sharma S. Participatory research for chronic disease prevention in Inuit communities. *American Journal of Health Behavior*. 2010; 34 (4): 453-464.

Sharma S, De Roose E, Cao X, Pokiak A, Gittelsohn J, Corriveau A. Dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: the Inuvialuit in the Northwest Territories of Arctic Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2009; 100 (6): 442-448.



## Conclusion

On assiste actuellement à une prise de conscience croissante des enjeux de santé publique que posent de nombreux aspects de notre cadre bâti. Pour relever ces défis complexes, il nous faut une approche plus globale et plus collaborative qui tienne compte de la nature interdisciplinaire du problème. Les huit études de cas présentées ici montrent que de nombreuses stratégies et initiatives novatrices sont déjà en œuvre dans tout le Canada et dans tous les secteurs (privé, associatif et sans but lucratif, municipal, provincial, territorial, fédéral et au-delà).

Les informateurs clés interrogés pour la réalisation du présent rapport apportent des enseignements utiles tirés de leur expérience directe du terrain, qui peuvent être utiles aux ASE ou MCSP participant à des programmes similaires ou envisageant de le faire.

Ces enseignements relèvent des cinq catégories ci-dessous.

**1. Capacité.** Ces programmes font ressortir l'importance de faire des questions du cadre bâti une priorité officielle des ASE et MCSP.

**2. Formation.** Des formations ciblées rendraient les collaborations santé-aménagement-collectivité plus productives du point de vue des ASE et MCSP.

**3. Rôle des professionnels de la santé publique.** Ces études de cas mettent en valeur le rôle que peuvent jouer les ASE et MCSP dans la planification des actions d'aménagement et de développement des collectivités.

**4. Collaboration.** Les informateurs clés ont apporté des enseignements pour augmenter le succès des partenariats intersectoriels en tant que « catalyseurs de changement ».

**5. Engagement de la collectivité.** Promouvoir les programmes à l'avance auprès des collectivités peut accroître les niveaux d'engagement et de succès.

Ce rapport devrait constituer un guide utile pour les agents de santé environnementale et les médecins conseils en santé publique qui souhaitent lancer des initiatives collaboratives entre professionnels de la santé et de l'aménagement dans leurs propres collectivités. Un effort concerté visant à intégrer les perspectives de la santé publique aux politiques d'aménagement du cadre bâti contribuera à créer des collectivités plus dynamiques et agréables à vivre, au bénéfice de tous les résidents et usagers.