

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

www.ccnpps.ca

POLITIQUES DE TRANSPORT ET INÉGALITÉS DE SANTÉ : ATELIER DE TRAVAIL

SOMMAIRE DES ÉCHANGES | FÉVRIER 2011



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 

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

www.ccnpps.ca

POLITIQUES DE TRANSPORT ET INÉGALITÉS DE SANTÉ : ATELIER DE TRAVAIL

SOMMAIRE DES ÉCHANGES | FÉVRIER 2011



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

AUTEURS

Geneviève Hamel
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

François Gagnon
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Brian Ladd
Alberta Health Services

MISE EN PAGES

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

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

PARTENARIAT

Cet atelier est le fruit d'un partenariat entre le Alberta Health Services (AHS) et le CCNPPS. Nous tenons tout particulièrement à souligner le travail de Sherrill Johnson, Brian Ladd, Carla Spinola, Marie Carlson et Lori Flowers du Alberta Health Services.



REMERCIEMENTS

Nous tenons également à remercier les participants pour leurs contributions dans l'avancement des réflexions et leur engagement dans le développement de politiques publiques favorables à la santé.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca and at www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-62380-9 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-62381-6 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-62378-6 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-62379-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

TABLE DES MATIÈRES

1	SURVOL.....	1
2	DISCUSSION ET ACTIVITÉS	4
2.1	Premier objectif de l'atelier : acquérir une compréhension collective des inégalités en santé induites par les politiques de transport.....	4
2.2	Deuxième objectif de l'atelier : trouver collectivement des pistes de solution visant à mitiger ou à réduire les effets inégaux de ces politiques.....	6
3	RÉSUMÉ ET CONCLUSION	10
ANNEXE A	GRILLE DE DISCUSSION 1 – CARTOGRAPHIER LES PROBLÈMES : UN GUIDE DE DISCUSSION	11
ANNEXE B	GRILLE DE DISCUSSION 2 – IMAGINER DES RÉOLUTIONS I : UN GUIDE DE DISCUSSION POUR UNE ÉVALUATION STRATÉGIQUE DE BASE.....	13
ANNEXE C	GRILLE DE DISCUSSION 3 – IMAGINER DES RÉOLUTIONS II : UN GUIDE DE DISCUSSION POUR ÉVALUER LA FAISABILITÉ POLITIQUE	15

1 SURVOL

Le 28 mai 2009, l'équipe de santé populationnelle de la régie régionale de la santé d'Edmonton (anciennement Capital Health¹) et le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) ont conjointement organisé un atelier de travail portant sur les inégalités de santé induites par les politiques de transport. Cet atelier d'une journée s'est tenu à Edmonton et réunissait des représentants du CCNPPS, des membres de l'Alberta Health Services (AHS) (Services de santé de l'Alberta) intéressés par les questions de transport, des ingénieurs de la circulation et d'autres professionnels des transports provenant des secteurs public et privé, des planificateurs urbains, des universitaires et des membres d'organismes à but non lucratif de l'Alberta, principalement d'Edmonton et de Calgary. L'atelier visait à réunir des intervenants s'intéressant aux domaines du transport, de la santé et des inégalités de santé afin d'approfondir les connaissances sur le transport en tant que déterminant de la santé de la population et pour se pencher sur des réponses stratégiques efficaces.

Ce document se veut un résumé informel des activités et des conversations qui se sont déroulées au cours de cette journée et ne fait pas office de compte rendu formel.

Contexte

L'équipe de santé populationnelle de la régie régionale de santé publique d'Edmonton travaille depuis quelque temps déjà avec des partenaires, affiliés ou non au secteur de la santé, pour promouvoir des politiques publiques favorables à la santé dans les domaines de l'aménagement du territoire, du transport et de la conception des bâtiments.

L'équipe a déjà produit des documents et établi divers types de partenariats et de collaborations avec des décideurs et des personnes pouvant exercer une influence sur les politiques, dont des professionnels de la planification urbaine de la région métropolitaine d'Edmonton. Un atelier sur l'équité en matière de transport est alors apparu comme l'étape suivante logique. Cet atelier se voulait un moyen de faire le lien entre les répercussions de nos systèmes de transport sur la santé et le gradient social en santé observé dans les grandes villes canadiennes pour presque tous les indicateurs de maladies chroniques et de blessures.

C'est donc dans cet esprit que le CCNPPS a été invité à collaborer à la mise sur pied de l'atelier de travail portant sur les politiques de transport et les inégalités de santé.

Organisateurs et animateurs de l'atelier

L'atelier a été conçu par Sherrill Johnson (AHS) et mis sur pied par cette dernière en collaboration avec François Gagnon du CCNPPS. Brian Ladd et Marie Carlson (AHS) ont commenté le contenu de l'atelier. Sherrill Johnson a offert une introduction à l'atelier alors que François Gagnon a animé la séance. Les préparatifs à l'échelle locale ont été coordonnés par Lori Flowers (AHS).

¹ En 2008, toutes les autorités régionales de santé de l'Alberta ont été dissoutes, pour être remplacées en 2009 par l'Alberta Health Services Board, un organisme unique fournissant des services de santé à toute la province et régi par une commission. Cette commission a fait l'objet d'une restructuration importante en 2009 et en 2010.

Déroulement de la journée

L'AHS avait dressé au préalable une liste des participants potentiels à cet atelier en se fondant sur les suggestions du CCNPPS, notamment en matière de représentativité sectorielle, puis avait invité les personnes inscrites. En plus des représentants du AHS et du CCNPPS, environ 20 personnes n'appartenant pas au secteur de la santé ont participé à cet atelier. Des documents d'information avaient été préalablement envoyés aux participants; ils comprenaient une feuille de renseignements sur l'étalement urbain et la santé publique ainsi qu'un document de Gorman *et al.* (2008)² décrivant une évaluation de l'incidence sur la santé de la politique de transport d'Édimbourg.

L'atelier a été organisé en fonction des deux objectifs suivants et selon des séries d'activités correspondantes :

- 1) Générer une compréhension collective des inégalités en santé induites par les politiques de transport.
- 2) Trouver collectivement des pistes de solution visant à mitiger ou à réduire les effets inégalitaires de ces politiques.

L'atelier a débuté par un tour de table afin de définir les champs d'intérêt des participants. Cet échange a été suivi par une présentation générale donnée par François Gagnon, du CCNPPS, sur la création d'inégalités de santé par le biais des politiques de transport ou de celles qui sont liées au transport. La présentation visait à rendre explicite la façon dont les politiques pouvaient créer des environnements inégalement favorables à la santé³.

Champs d'intérêt des participants

Au cours de ce premier tour de table, les participants ont énoncé les intérêts et les préoccupations suivants. Il est à noter que ces éléments n'ont pas tous pu être abordés au cours de l'atelier :

- Pic pétrolier;
- Étalement urbain;
- Qualité de vie;
- Populations vulnérables : aînés, personnes à faible revenu, personnes dans l'incapacité de conduire une automobile, etc.;
- Services de transport collectif à coût réduit;
- Obstacles au transport actif vers le travail; implantation de programmes et de politiques pour soutenir le transport actif;
- Écomobilité (modes de déplacement autres que l'automobile en solo);
- Planification urbaine stratégique;
- Soutien aux gens pour les inciter à être plus actifs (au-delà du message de base de promotion de la santé);

² Voir : D. Gorman, D., Douglas, M.J., Conway, L. Noble, P. et Hanlon, P. (2003). Transport policy and health inequalities: a health impact assessment of Edinburgh's transport policy. *Public Health*, 117. 15-24.

³ Les diapositives utilisées pour cette présentation peuvent être consultées sur le site Internet du CCNPPS à l'adresse suivante : www.ncchpp.ca/docs/TransportationHealthInequalities.pdf.

- Création de liens avec d'autres personnes ayant des préoccupations similaires;
- Gestion de la demande de transport;
- Mise à jour de la réglementation sur le stationnement;
- Garantir qu'on ne pense pas au transport collectif seulement après la planification;
- Collectivités sensibles à l'âge;
- Collectivités plus en santé, plus étroitement liées et plus accessibles aux piétons;
- Possibilité de demeurer dans une collectivité tout au long du cycle de vie;
- Travail avec les organismes à but non lucratif pour créer une forme urbaine durable;
- Coopératives de partage automobile.

2 DISCUSSION ET ACTIVITÉS

2.1 PREMIER OBJECTIF DE L'ATELIER : ACQUÉRIR UNE COMPRÉHENSION COLLECTIVE DES INÉGALITÉS EN SANTÉ INDUITES PAR LES POLITIQUES DE TRANSPORT

Les façons dont les acteurs lient les inégalités en santé aux politiques de transport sont fort diversifiées. La variation dans le cadrage des problèmes de santé, des déterminants et des populations identifiés est notable. Des variations sont aussi visibles dans les manières dont on considère que ces politiques engendrent des inégalités en santé. Par exemple, en parcourant la littérature grise et scientifique, on peut facilement voir que certains rapports et études portent sur des problèmes de santé respiratoire alors que d'autres se concentrent sur des problèmes de santé mentale, de traumatismes, de maladies chroniques en général ou de cancer en particulier, et ainsi de suite. Les déterminants mentionnés dans ces ouvrages sont tout aussi divers : conception des rues et des routes, volumes et taux d'utilisation de la voiture et des autres modes de déplacement, densité de la population, pollution de l'air, etc. Quant aux populations qui sont considérées comme assujetties aux répercussions inégales des politiques de transport, elles sont définies en fonction de plusieurs critères ou principes différents : lieu de résidence, mode de déplacement, statut socioéconomique, revenu, ethnicité et race, genre, etc.

Enfin, en ce qui a trait aux dimensions des politiques de transport que l'on rend responsable de créer des inégalités de santé, certains estiment que les caractéristiques existantes de l'environnement bâti interagissent avec des politiques qui ne tiennent pas compte du contexte, causant ainsi des inégalités. Par exemple, les politiques d'aménagement des rues résidentielles des quartiers (souvent les plus défavorisés) des grandes villes sont parfois dites favoriser la vitesse des voitures et ainsi générer relativement plus de collisions dans ces quartiers.

D'autres rapportent plutôt que c'est l'absence de certaines caractéristiques qui génère ces inégalités. Par exemple, une absence de desserte efficace en transport collectif et actif permettant d'accéder aux installations sportives et de loisirs peut engendrer des inégalités pour les personnes à faible revenu.

La première partie de la journée, intitulée « Cartographier les problèmes », consistait à explorer collectivement la ou les façons dont les problèmes pourraient ou devraient être définis. Cette activité visait à soutenir les acteurs de la région d'Edmonton dans la définition et le cadrage des problèmes.

Les participants ont été répartis en sous-groupes pour réaliser ce travail. Chacun de ces sous-groupes s'est vu attribuer un problème ainsi qu'un ou plusieurs déterminants spécifiques dans le but d'encadrer les discussions. Afin de délimiter l'espace-problème pour cet exercice, les participants ont utilisé les problèmes et les déterminants de santé suivants : traumatismes non intentionnels (poids et vitesse des véhicules, collisions); problèmes respiratoires (pollution de l'air); maladies chroniques (obésité, réseau social); santé mentale (réseau social, stress, activité physique, qualité du sommeil).

Chaque groupe devait travailler à l'aide d'une grille d'analyse simple pour définir le problème qui leur avait été attribué. Les éléments suivants devaient être précisés : la nature du problème en cause; les déterminants de ce problème; la population exposée aux inégalités; la façon dont les politiques publiques contribuent aux inégalités⁴.

La section suivante présente sommairement les idées qui sont ressorties des discussions au cours de l'activité « Cartographier les problèmes » :

Maladies chroniques

- Le transport et les contraintes dues aux coûts peuvent restreindre l'accès à la nourriture (ou à l'emploi, aux soins de santé, etc.).
- Le groupe cible comprend les personnes à faible statut socioéconomique, mais le problème ne se limite pas à ce groupe.
- Quand les personnes fortunées commenceront à être touchées par le problème, des solutions seront mises de l'avant.

Santé mentale

- Parmi les groupes défavorisés, on compte les minorités, les aînés, les handicapés, les pauvres et les personnes perpétuellement sans emploi ou les sans-abri.
- Les pistes de solution comprennent les modes de transport (auto, vélo, transport public, marche, etc.), le temps de déplacement, la facilité d'utilisation du transport actif, l'accès, la sécurité, la mixité des fonctions et la densité mixte.
- Il est nécessaire de discuter de ce que les gens sont prêts à payer pour obtenir des changements, même s'ils affirment vouloir ces changements.
- Il est nécessaire de créer des communautés qui correspondent aux moyens financiers des individus.
- Il est nécessaire de créer des communautés compactes perçues comme étant aussi sécuritaires que les banlieues.
- Un bon leadership et une réflexion à long terme sont nécessaires pour aller de l'avant; des politiciens devront donner leur appui.
- Les politiques devront être examinées sous l'angle de la santé.
- Des solutions à certains problèmes de transport peuvent être cadrées sous l'angle des arguments économiques. Par exemple, la mise sur pied d'un train léger sur rail crée plus d'emplois que la construction de routes.

Traumatismes non intentionnels

- Les déterminants englobent une culture de dépendance à la voiture, les valeurs du climat politique ambiant et la conception des rues et des routes.
- Les groupes défavorisés incluent les enfants, les personnes à faible statut socioéconomique et les gens se déplaçant aux heures de pointe (peu importe le mode de déplacement).
- Les politiques de transport associées incluent : l'apaisement de la circulation et les politiques prenant véritablement en considération les cyclistes.

⁴ Voir l'annexe A pour consulter le guide de discussion *Cartographier les problèmes : un guide de discussion*.

- La législation provinciale actuelle (le *Municipal Government Act*) ne permet pas aux municipalités d'imposer un certain pourcentage de logements à prix abordable dans les aménagements.

Problèmes respiratoires

- Les groupes défavorisés incluent les piétons, les cyclistes, les automobilistes des régions congestionnées, les personnes prédisposées aux problèmes respiratoires (ou souffrant déjà de ces problèmes), les aînés et les enfants.
- Les politiques de transports associées incluent : stationnement, offre du transport en commun, pistes cyclables, planification des routes, apaisement de la circulation, gestion de la demande de transport, autopartage, télétravail, heures flexibles, politiques d'assurance automobile, règlements interdisant l'usage inutile du moteur au ralenti, mesures législatives touchant les normes entourant les émissions, les règles comportementales et véhicules électriques.

2.2 DEUXIÈME OBJECTIF DE L'ATELIER : TROUVER COLLECTIVEMENT DES PISTES DE SOLUTION VISANT À MITIGER OU À RÉDUIRE LES EFFETS INÉGALITAIRES DE CES POLITIQUES

En guise d'introduction à la deuxième partie de l'atelier, François Gagnon a suggéré que plusieurs options de politiques pouvaient être apportées à un problème donné en matière d'inégalité de santé. Par exemple, on peut vouloir agir sur de multiples maladies chroniques en ciblant l'obésité, et ce, de différentes manières. Il est alors assez fréquent de voir les autorités de santé publique défendre des politiques visant à réduire (dans l'absolu ou relativement aux autres modes de déplacement) l'usage de la voiture sur des périodes de temps plus ou moins étendues. La logique derrière cette approche est que les modes de déplacement sédentaires contribuent à l'accroissement de l'obésité au sein de la population. Par conséquent, les autorités de santé publique font parfois la promotion de politiques encourageant la réalisation de patrons d'aménagements urbains denses et présentant une diversité de fonctions (emploi, résidence, commerce, etc.) accessibles par les modes de déplacement collectifs et actifs. Toutefois, il leur est aussi possible de militer pour que des mesures incitatives financières soient accordées aux personnes se déplaçant en transport collectif et actif.

L'objectif de la seconde partie de l'atelier était d'explorer les stratégies les plus porteuses dans le contexte politique de la région en particulier, puis des autres villes de l'Alberta en général. L'exercice proposé aux participants était d'imaginer une intervention de politique publique en guise de réponse aux problèmes tels qu'ils les avaient définis dans la première partie de la journée. Les participants devaient considérer la faisabilité politique dans le contexte des coalitions d'acteurs existantes et des rationalités gouvernementales connues ou présumées en matière de politiques liées au transport. Précisément, les participants ont eu à définir une stratégie en discutant : du problème auquel la stratégie apporte une réponse; des inégalités et

des déterminants sur lesquels elle permettrait d'agir; des groupes qui en bénéficieraient ainsi que des avantages et des inconvénients potentiels⁵.

Dans un second temps, les participants ont eu à réfléchir aux façons dont la stratégie proposée pouvait être mise en lien avec les rationalités politiques et les coalitions d'acteurs existantes⁶. Afin de lancer ces réflexions et ces discussions, un diagnostic de la situation dans la région d'Edmonton a été présenté pour ensuite proposer des stratégies possibles pour corriger, en tout ou en partie, la situation⁷.

Voici un résumé des idées discutées par les participants au cours de l'activité « Évaluer la faisabilité politique ».

Problèmes respiratoires

- Stratégie : élaborer, à l'échelon fédéral, des normes détaillées en matière d'émissions; elles incluraient des normes relatives au transport, à l'industrie, à l'agriculture, etc.
- Pour respecter ces normes, les municipalités pourraient adopter des règlements interdisant aux gens de laisser tourner le moteur au ralenti; elles pourraient aussi interdire les démarreurs d'automobile à distance et les services à l'auto, limiter l'espace de stationnement, améliorer le transport en commun, modifier la réglementation sur le zonage, encourager les entreprises à offrir des horaires de travail flexibles et réserver des voies pour le transport en commun, les vélos et le covoiturage.
- Groupes bénéficiant de cette stratégie : tout le monde, mais particulièrement les personnes vivant à proximité des grandes artères ou des secteurs industriels, celles vivant dans de grands ensembles d'habitation, etc. Cette stratégie serait (selon toute vraisemblance) particulièrement bénéfique aux personnes les plus défavorisées.
- Avantages éventuels : incitation à utiliser le transport en commun, diminution du nombre d'automobiles sur les routes, abaissement des niveaux d'émissions.
- Possibles conséquences indésirables : conséquences économiques pour les entreprises devant respecter les normes.
- Argumentaire : le gouvernement a pour mandat d'assurer la santé et la sécurité de la population. La stratégie permettrait d'économiser en matière de coûts des soins de santé, les rénovations de rattrapage créeraient de l'emploi et les entreprises qui les mettraient en œuvre pourraient revendre de l'énergie à la centrale; possibilité de développement économique grâce à l'élaboration de technologies pouvant être exportées et à la présentation de la ville comme un modèle de durabilité écologique.
- Stratégies ou projets : prolongement du train léger sur rail, mise à jour des plans directeurs relatifs au développement municipal et au transport.

⁵ Pour ce faire, le guide de discussion suivant a été distribué : *Imaginer des résolutions I : un guide de discussion pour une évaluation stratégique de base* (voir annexe B).

⁶ Pour ce faire, le guide de discussion suivant a été distribué : *Imaginer des résolutions II : un guide de discussion pour évaluer la faisabilité politique* (voir annexe C).

⁷ Les diapositives utilisées pour cette présentation peuvent être consultées sur le site Internet du CCNPPS à l'adresse suivante : www.ccnpps.ca/docs/TransportInegalitesSante_Strategies.pdf.

- Acteurs éventuels : les sociétés énergétiques voulant se diversifier, les régions sanitaires, les associations médicales, les groupes environnementaux, les associations professionnelles (p. ex., planificateurs), certains politiciens.
- Opposants éventuels : les promoteurs, les grandes entreprises, l'industrie financière, les entreprises agricoles polluant l'air, les détaillants d'automobiles.
- Critique : les opposants sont tous d'importantes forces économiques; un équilibre entre la réglementation et la faisabilité économique est essentiel.

Traumatismes non intentionnels

- Stratégie : soutien à la subsistance et à la santé grâce à de meilleures options de déplacements (pour se rendre à l'école, au travail, à la garderie, à des activités sociales, etc.) dans les secteurs où le statut socioéconomique est faible. Moyens d'action : utilisation d'autobus à capacité réduite, établissement de ressources à proximité du milieu de vie des gens (p. ex., épicerie locales vendant des produits sains).
- Partisans : organismes non gouvernementaux soucieux de réduire la pauvreté, groupes œuvrant en sécurité alimentaire, services de soutien familial et communautaire.
- Obstacle : les municipalités ciblant un quartier en particulier pourraient être perçues comme étant partiales.

Santé mentale

- Stratégie : déterminer les principales fonctions devant être établies à moins de 25 minutes de toute habitation (selon des déplacements effectués autrement qu'en voiture). Ces commodités pourraient inclure des bibliothèques, des bureaux de médecins, des immeubles à bureaux, etc.
- Avantages : réduction des coûts de stationnement, sentiment d'égalité pour tous les quartiers, augmentation de la sécurité des quartiers, augmentation de la valeur des propriétés (donc des revenus de taxes foncières).
- Projets connexes : plans directeurs relatifs au développement municipal et au transport.
- Partisans : administration municipale, politiciens, regroupements communautaires, résidents.
- Opposants : anciens propriétaires d'épicerie de quartier ayant vendu des propriétés en incluant des clauses restrictives qui empêchent les nouveaux propriétaires de tenir des épicerie de détail (d'une certaine taille) pour un nombre d'années donné.
- Cibler les nouveaux quartiers, mais possibilité de se pencher sur d'autres quartiers existants.
- Mesure à prendre : rencontrer les détaillants pour vérifier s'il serait possible de regrouper certains services si près les uns des autres.
- Exigences en fait de densité à déterminer.
- Possibilité de taxer les entreprises d'épicerie qui empêchent d'autres entreprises d'épicerie de rouvrir leurs anciennes succursales (p. ex., contre-incitation au recours à des clauses restrictives).

- Il faut prendre en considération la façon dont le climat hivernal pourrait être un obstacle aux déplacements actifs.
- Il reste à déterminer quelles sont les commodités clés.

Maladies chroniques

- Stratégie : transformer les quartiers en aménagements axés sur le transport en commun qui offre une diversité de possibilité en matière de logement. Divers types de logements seraient étalés dans tout le secteur. Des logements plus abordables que ceux dictés par la législation actuelle seraient alors offerts.
- Avantages : sécurité, amélioration de la santé environnementale, amélioration de la compréhension des personnes composant la société (favorise la sensibilisation).
- Groupes bénéficiant de cette stratégie : les aînés, les groupes à faible statut socioéconomique, les jeunes, les familles, les personnes perçues comme indésirables, les personnes souffrant de troubles mentaux.
- Projets connexes : *Housing First* (Le logement d'abord), *Habitat for Humanity's Strathern project*, *Edmonton neighbourhood* (projet Habitat pour l'humanité de Strathern, secteur d'Edmonton), *Canmore's perpetual affordability policy* (Politique de la disponibilité perpétuelle de Canmore).
- Opposants : les personnes adhérant au principe du « pas dans ma cour », les constructeurs, les promoteurs, les personnes qui manipulent le marché.
- Obstacles : il pourrait être difficile de poursuivre dans cette voie, un terrain pourrait rester vacant si personne ne souhaite l'aménager; il est nécessaire de s'assurer que le pire scénario ne se réalise pas (que l'endroit devienne un ghetto seulement parce qu'il comporte des logements sociaux).
- Le projet devrait être présenté comme un projet de logements diversifiés et non de logements sociaux, car les gens ne veulent pas vivre à proximité de ces derniers.

3 RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Cet atelier avait pour but d'amorcer des discussions à propos des répercussions des politiques de transport sur la création ou la reproduction d'inégalités en santé, un problème souvent considéré comme controversé et pour lequel il n'existe aucune solution facile ou évidente. Le premier objectif était d'acquérir une compréhension collective des inégalités en santé induites par les politiques de transport. Le deuxième objectif était de trouver collectivement des pistes de solution visant à mitiger ou à réduire les effets inégalitaires de ces politiques. Ce dernier exercice devait s'effectuer en tenant compte de la faisabilité politique de ces solutions dans la région d'Edmonton ainsi que de la diversité des acteurs, des coalitions et des rationalités gouvernementales à l'échelle locale. Entre autres choses, les discussions ont mis en lumière les multiples façons possibles de cadrer la question du transport et des inégalités en santé, ainsi que les conséquences de tels cadrages sur les diverses solutions politiques envisagées pour s'attaquer aux inégalités liées aux transports.

ANNEXE A

GRILLE DE DISCUSSION 1 – CARTOGRAPHIER LES PROBLÈMES : UN GUIDE DE DISCUSSION

GRILLE DE DISCUSSION 1 – CARTOGRAPHIER LES PROBLÈMES : UN GUIDE DE DISCUSSION

<p>États de santé (p. ex., maladies respiratoires)</p>	<p>Déterminants (p. ex., pollution atmosphérique)</p>	<p>Le(s) groupe(s) défavorisé(s) et le point de comparaison (p. ex., vivre à 200 m ou moins d'une route principale – c.-à-d. 30 000 autos ou camions ou plus par jour et par quartier en moyenne)</p>	<p>De quelle manière les politiques de transport ou celles qui sont liées au transport jouent-elles? (p. ex., le zonage permet des résidences situées à l'intérieur de certaines distances des routes principales ou la circulation est canalisée vers des routes précises par le biais de l'élargissement de celles-ci)</p>

ANNEXE B

GRILLE DE DISCUSSION 2 – IMAGINER DES RÉSOLUTIONS I : UN GUIDE DE DISCUSSION POUR UNE ÉVALUATION STRATÉGIQUE DE BASE

GRILLE DE DISCUSSION 2 – IMAGINER DES RÉOLUTIONS I : UN GUIDE DE DISCUSSION POUR UNE ÉVALUATION STRATÉGIQUE DE BASE

Deuxième colonne : quelles inégalités en matière de santé et quels déterminants sont ciblés par la stratégie proposée?

Troisième colonne : quels groupes peuvent bénéficier de la stratégie proposée (peut souvent être formulé de différentes façons)?

Quatrième colonne : quels sont les bienfaits potentiels de la stratégie proposée (en matière de résultats et d'importance des effets)?

Cinquième colonne : quelles sont les conséquences non désirées potentielles de la stratégie proposée (en matière de résultats et d'importance)?

<p>Stratégie (p. ex., stratégie d'apaisement de la circulation dans les quartiers à faible statut socioéconomique, puis dans les quartiers à statut socioéconomique moyen)</p>	<p>Inégalités et déterminants (p. ex., blessures et décès issus du transport terrestre par le biais d'actions sur les volumes et sur la vitesse des automobiles; maladies respiratoires et chroniques et santé mentale par le biais d'actions sur les volumes d'automobiles, la pollution atmosphérique et le bruit)</p>	<p>Groupes qui en bénéficient (p. ex., groupes à faible statut socioéconomique, puis les groupes à statut socioéconomique moyen; aînés et enfants – ou personnes avec des besoins spécifiques en matière de mobilité; piétons et cyclistes)</p>	<p>Bienfaits potentiels (p. ex., baisse importante des blessures et des décès; réduction du bruit et de la pollution atmosphérique; transport actif plus attrayant)</p>	<p>Conséquences non désirées potentielles (p. ex., si le processus est difficile, il pourrait générer des tensions au sein de la communauté; si la stratégie n'est pas systématique, cela pourrait simplement déplacer les automobiles vers d'autres rues)</p>

ANNEXE C

GRILLE DE DISCUSSION 3 – IMAGINER DES RÉOLUTIONS II : UN GUIDE DE DISCUSSION POUR ÉVALUER LA FAISABILITÉ POLITIQUE

GRILLE DE DISCUSSION 3 – IMAGINER DES RÉOLUTIONS II : UN GUIDE DE DISCUSSION POUR ÉVALUER LA FAISABILITÉ POLITIQUE

Deuxième colonne : quel est le rapport entre la stratégie proposée et les rationalités d'ensemble qui organisent les politiques de transport ou celles qui sont liées au transport à Edmonton? Quel est le rapport entre cette stratégie et le rôle légitime des autorités gouvernementales d'agir sur certains phénomènes?

Troisième colonne : quel est le rapport entre la stratégie proposée et les objectifs et les horizons temporels dans les stratégies ou les projets existants ou planifiés?

Quatrième et cinquième colonnes : quels acteurs pourraient potentiellement être intéressés, avoir une position neutre ou être opposés à la stratégie proposée?

Stratégie (p. ex., stratégie d'apaisement de la circulation dans les quartiers à faible statut socioéconomique)	Rationalité politique (p. ex., possibilité de tensions avec l'idée de soutenir plus de kilométrages parcourus en automobile ou avec l'idée selon laquelle le gouvernement ne devrait pas gêner le mouvement des automobiles; cette stratégie pourrait être avancée pour être en accord avec son rôle légitime d'amélioration des conditions de vie et des conditions économiques)	Stratégies ou projets existants ou planifiés (p. ex., pourraient être perçues comme une initiative cohérente par rapport aux stratégies existantes de revitalisation des zones centrales)	Acteurs potentiellement intéressés (p. ex., certains ingénieurs des transports pourraient apporter leur soutien à la stratégie; des groupes de défense des aînés; des directeurs d'école et des groupes de parents; certains élus municipaux pourraient la percevoir comme un moyen d'améliorer la base fiscale)	Acteurs potentiellement neutres ou opposés (p. ex., certains ingénieurs des transports pourraient s'y opposer; certains résidents pourraient s'y opposer; certains élus municipaux pourraient être inquiets par rapport aux coûts ou à la réaction de l'électorat)

www.ccnpps.ca



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 