

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

www.ccnpps.ca

Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada



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

Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada

Février 2020

AUTEUR

Thierno Diallo
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

SOUTIEN À L'ÉDITION

Olivier Bellefleur et Marianne Jacques
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Sophie Michel
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Le contenu présenté dans ce document est basé sur un travail de recherche réalisé en collaboration avec Ketan Shankardass, Ruth Cameron et Lisha D'Lima de l'Université Wilfrid Laurier. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) souhaite souligner la contribution de ces partenaires dans la réalisation du document.

Le CCNPPS souhaite également remercier toutes les organisations qui ont fourni des informations pour alimenter la rédaction des études de cas.

Le CCNPPS tient enfin à remercier Louise St-Pierre (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec) et Alice Miro (Vancouver Coastal Health) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Diallo, T. (2020). *Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada*. Montréal, Québec : 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 se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

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.

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 on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the Institut national de santé publique du Québec website 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 : <http://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 – 1^{er} trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-86099-0 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-550-86098-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

Table des matières

1	Résumé	1
2	Introduction	3
3	La Stratégie de Vancouver pour une ville en santé (<i>A Healthy City for All: Vancouver's Healthy City Strategy</i>) – Colombie-Britannique.....	5
	3.1 Origine et objectifs.....	5
	3.2 Acteurs.....	6
	3.3 Exemples d'actions.....	6
	3.4 Bilan	7
	3.4.1 Évaluation.....	7
	3.4.2 Recommandations.....	7
4	L'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé (<i>Healthy built environment initiative</i>) – Saskatoon, Saskatchewan.....	9
	4.1 Origine et objectifs.....	9
	4.2 Acteurs.....	9
	4.3 Exemples d'actions.....	10
	4.3.1 Élaborer un cadre de référence pour guider le travail du Service de santé publique sur l'équité en santé dans l'environnement bâti.....	10
	4.3.2 Participer, dans le cadre d'un partenariat multisectoriel, à une campagne de sensibilisation visant à souligner l'importance de l'équité en santé dans l'environnement bâti, lors d'une élection municipale	10
	4.3.3 Réaliser une évaluation d'impact sur l'équité en santé (EIES)	11
	4.3.4 Développer un cadre de suivi et d'évaluation des enjeux d'équité en santé dans le milieu bâti	11
	4.4 Bilan	12
5	Le Partenariat pour des communautés en santé (<i>Healthy Communities Partnership</i>) – Région de Grey Bruce, Ontario.....	13
	5.1 Origine et objectif.....	13
	5.2 Acteurs.....	13
	5.3 Exemples d'actions.....	13
	5.3.1 Transport.....	13
	5.3.2 Logement	14
	5.3.3 Stratégie pour les élections municipales	14
	5.4 Bilan	14
6	La Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) de la Mauricie – Québec.....	15
	6.1 Origine et objectif.....	15
	6.2 Acteurs.....	15

6.3	Exemples d'actions.....	15
6.4	Bilan des activités de la TIR-SHV de la Mauricie.....	16
6.5	Exemple d'évolution des TIR-SHV.....	16
7	L'initiative pour un marché alimentaire mobile (<i>Mobile Food Market initiative</i>) – Halifax, Nouvelle-Écosse	19
7.1	Origine et objectifs	19
7.2	Acteurs	20
7.3	Exemples d'actions.....	20
7.4	Bilan	20
8	Analyse comparative et principaux enseignements.....	23
9	Conclusion	29
10	Références	31
11	Annexes.....	35

1 Résumé

Ce document présente et analyse cinq expériences canadiennes en matière d'action intersectorielle en faveur de la santé en lien avec des gouvernements locaux et régionaux. L'objectif principal de ce document est de fournir des exemples aux institutions qui souhaiteraient s'en inspirer. Il s'adresse autant aux organisations locales et régionales de santé qu'aux décideurs locaux et aux organisations non gouvernementales.

Les cas présentés sont les suivants :

- La Stratégie de Vancouver pour une ville en santé, Colombie-Britannique;
- L'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé à Saskatoon, Saskatchewan;
- Le Partenariat pour des communautés en santé de la région de Grey Bruce, Ontario;
- La Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) de la Mauricie, Québec;
- L'initiative pour un marché alimentaire mobile de la région d'Halifax, Nouvelle-Écosse.

Pour chaque cas sont présentés l'origine et les objectifs de l'action intersectorielle en faveur de la santé, les acteurs impliqués, des exemples d'actions mises en œuvre et un bilan des activités. Une analyse comparative des cas, qui comprend les enseignements tirés de l'examen des cas, est également présentée.

Les principaux éléments ressortis de l'analyse des cas sont les suivants :

- Élaboration d'une stratégie claire avec des objectifs partagés;
- Soutien fort des autorités municipales et dirigeantes;
- Développement d'un leadership collaboratif;
- Stabilité des structures et des organisations impliquées dans le partenariat;
- Stabilité du mécanisme de financement.

Ces éléments peuvent faciliter la collaboration intersectorielle en faveur de la santé aux échelles municipales et régionales.

2 Introduction

Ce document décrit cinq expériences canadiennes en matière d'action intersectorielle en faveur de la santé en lien avec les gouvernements locaux et régionaux. L'objectif principal de ce document est de fournir des exemples aux institutions qui souhaiteraient s'en inspirer. Il s'adresse autant aux organisations locales et régionales de santé qu'aux décideurs locaux et aux organisations non gouvernementales.

Plusieurs gouvernements locaux à travers le monde ont développé des initiatives visant à promouvoir la santé de la population selon une approche intersectorielle. En effet, la santé d'une population est déterminée, au-delà des soins médicaux, par des facteurs économiques, sociaux et environnementaux, qui sont très souvent liés à des politiques publiques se situant hors du champ et des compétences des autorités sanitaires. L'Association médicale canadienne (2013) estime, par exemple, que l'état de santé des Canadiens est influencé à 50 % par les conditions de vie et le style de vie, à 25 % par les soins de santé, à 15 % par la biologie et à 10 % par l'environnement. Ainsi, le maintien et l'amélioration de l'état de santé des individus nécessitent une coopération entre le secteur de la santé et les secteurs non sanitaires. L'action intersectorielle en faveur de la santé fait souvent référence à la manière dont différents secteurs collaborent pour améliorer la santé et influencer ses déterminants (Larsen, Rantala, Koudenburg et Gulis, 2014).

La stratégie de la Santé dans toutes les politiques (SdTP) s'inscrit dans ce contexte. Il s'agit d'une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé (OMS, 2013). Cette approche se distingue des initiatives d'action intersectorielle en faveur de la santé dans le sens où elle ne se limite pas à un ou deux secteurs, mais vise une prise en compte **systématique** des préoccupations de santé dans les décisions de tous les secteurs et le développement de relations de collaboration intersectorielle **pérennes**.

De nombreux textes de référence¹ au niveau international préconisent une action intersectorielle pour promouvoir la santé (Rantala, Bortz et Armada, 2014). En dépit de cela, la mise en œuvre d'une action intersectorielle en faveur de la santé reste toujours confrontée à des défis. Ceux-ci sont liés, par exemple, à la logique sectorielle dans le fonctionnement de certaines administrations publiques, à la disponibilité de financements suffisants et stables pour développer et renforcer le travail intersectoriel en faveur de la santé ou à la perception « d'impérialisme » du secteur de la santé vis-à-vis des autres secteurs. En outre, il existe peu de revues systématiques des expériences d'action intersectorielle en faveur de la santé impliquant des gouvernements locaux ou de conseils pratiques pour son déploiement à ce niveau de la gouvernance (Rantala *et al.*, 2014). Cela est d'autant plus étonnant que les autorités locales et régionales se situent à un niveau propice pour diriger des processus intersectoriels, car elles ont une influence sur plusieurs secteurs essentiels à la santé tels que l'aménagement du territoire, les transports, la protection de l'environnement, les parcs et les loisirs, l'éducation, et le développement communautaire (Larsen *et al.*, 2014).

¹ La Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978), la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (OMS et Gouvernement d'Australie-Méridionale, 2010), la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2011) et la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques (WHO et Government of Finland, 2013).

Pour contribuer à combler cette lacune, cette note documentaire partage les expériences d'action intersectorielle en faveur de la santé afin de rendre plus explicites les processus et les conditions liés à son implantation au sein des gouvernements locaux et régionaux. Cinq expériences canadiennes² en la matière aux niveaux local et régional y sont décrites pour servir d'exemples aux institutions qui souhaiteraient s'en inspirer, soit :

- La Stratégie de Vancouver pour une ville en santé, Colombie-Britannique;
- L'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé à Saskatoon, Saskatchewan;
- Le Partenariat pour des communautés en santé de la région de Grey Bruce, Ontario;
- La Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) de la Mauricie, Québec;
- L'Initiative pour un marché alimentaire mobile de la région d'Halifax, Nouvelle-Écosse.

Les sections qui suivent décrivent, pour chaque cas sélectionné, **l'origine et les objectifs** de l'action intersectorielle en faveur de la santé, **les acteurs impliqués**, **des exemples d'actions mises en œuvre** et un **bilan des activités**. Il s'ensuivra une analyse comparative des cas et les principaux enseignements qui peuvent en être tirés (voir tableau 2 à la p. 25).

² Ces cinq cas ont été extraits d'une revue exploratoire (*scoping review*) de la littérature grise et scientifique sur des approches qui ressemblent à la stratégie de la santé dans toutes les politiques ou à une action intersectorielle en faveur de la santé à l'échelle municipale ou régionale au Canada.

Cette revue de la littérature s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur les approches de la santé dans toutes les politiques des gouvernements locaux au Canada. Ce projet est mené par l'Université Wilfrid-Laurier (Ontario) avec un appui du CCNPPS. Les critères qui ont présidé au choix de ces cas sont :

- la similarité de l'approche avec la stratégie de la santé dans toutes les politiques ou une action intersectorielle qui améliore la santé et/ou l'équité en santé, et qui implique les gouvernements locaux;
- la diversité des cas;
- la diversité des provinces concernées;
- la disponibilité de l'information et de la documentation.

La collecte de l'information a été réalisée par le biais d'une recherche documentaire permettant de décrire davantage les initiatives. Cette recherche a été complétée par des échanges de courriels avec des représentants et représentantes de la Ville de Vancouver, du Service de santé publique et des populations de la Région sanitaire de Saskatoon et du Bureau de santé de Grey Bruce, en Ontario. D'autres correspondances et entretiens téléphoniques ont été menés avec le coordonnateur national du réseau des Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie, le coordonnateur de la TIR-SHV de la Mauricie et la coordinatrice de la Table Santé-Qualité de vie de la Côte-Nord.

3 La Stratégie de Vancouver pour une ville en santé (*A Healthy City for All: Vancouver's Healthy City Strategy*) — Colombie-Britannique

3.1 Origine et objectifs

Dans un contexte de vieillissement démographique et face aux inégalités croissantes des revenus, aux problèmes de précarité de l'emploi, d'abordabilité du logement, de santé mentale et de dépendance, etc., la Ville de Vancouver a décidé d'élaborer la Stratégie de Vancouver pour une ville en santé (2014-2025) (*Vancouver's Healthy City Strategy*). La stratégie est guidée par la vision d'une ville saine pour tous dans laquelle il est possible de créer et d'améliorer constamment les conditions permettant à tout un chacun de jouir du meilleur niveau de santé et de bien-être possible.

Les trois domaines d'intervention constituant le cadre global qui sous-tend la Stratégie pour une ville en santé sont : les gens en santé, les communautés en santé et les environnements sains. Le but est d'engager tous les résidents et secteurs de la communauté à prendre des mesures pour construire une ville en santé pour tous. La Stratégie pour une ville en santé a été approuvée à l'unanimité par le conseil municipal de Vancouver en 2014. Dans une perspective de développement durable, cette stratégie représente le pilier de la durabilité sociale de la ville et vient ainsi renforcer le pilier de la ville la plus verte et celui de l'action économique pour un développement durable de la municipalité. La stratégie contient 13 objectifs, 21 cibles et 45 indicateurs pour suivre les progrès et les résultats sur dix ans (2014-2025) (Craig, 2017). Ces objectifs sont les suivants :

- Avoir un « bon départ » dans la vie (*A Good Start*);
- Avoir accès à un logement;
- Bien se nourrir;
- Avoir accès à des services sociaux de bonne qualité;
- Disposer d'un revenu suffisant pour couvrir les besoins de base et avoir accès à des opportunités d'emplois et de milieux de travail sains;
- Être et se sentir en sécurité, et développer un sentiment d'appartenance à son milieu;
- Cultiver des liens;
- Mener une vie active et avoir des loisirs;
- Faire des apprentissages tout au long de la vie;
- Être en mesure de s'exprimer;
- Être en mesure de se déplacer;
- Avoir accès à des environnements qui permettent de s'épanouir;
- Profiter d'un leadership collaboratif en faveur d'une ville en santé pour tous.

Le premier plan d'action quadriennal (2015-2018) a également été adopté à l'unanimité par le conseil municipal en 2015. Il contient 19 actions sélectionnées en fonction de leur impact significatif sur les objectifs et les cibles de la Stratégie pour une ville en santé (City of Vancouver, 2015).

3.2 Acteurs

La santé et le bien-être des citoyens ne relèvent pas d'un seul secteur, mais sont une responsabilité collective. La direction et le suivi de la Stratégie de la ville en santé (*Healthy City Strategy*) ont été confiés à la Table de leadership de la ville en santé pour tous (*Healthy City for All Leadership Table*), composée d'une trentaine de membres issus d'institutions publiques, d'organismes provinciaux et fédéraux, de fondations et du secteur privé (voir annexe 1). Elle est coprésidée par le directeur municipal de la Ville de Vancouver et le médecin-hygiéniste en chef. Ce partenariat a été fondé sur un protocole d'entente entre la Ville de Vancouver et Vancouver Coastal Health (l'Autorité régionale de santé), créant une relation de collaboration solide entre les deux institutions pour travailler sur les enjeux de santé et de bien-être de tous les résidents.

La mise en œuvre des actions contenues dans le plan d'action (2015-2018) est un travail collaboratif entre le personnel de la Ville, des membres de l'Autorité régionale de santé, des organisations à but non lucratif, des entreprises, des chercheurs et des résidents.

3.3 Exemples d'actions

Le tableau ci-dessous présente des exemples d'actions figurant dans le Plan d'action en faveur d'une ville en santé pour tous (2015-2018).

Tableau 1 Exemples d'actions contenus dans le Plan d'action en faveur d'une ville en santé pour tous

Actions	Responsable(s)
Créer les conditions pour le bon développement des enfants et des jeunes de la Ville de Vancouver, de la naissance à 24 ans.	Personnel de la politique sociale de la Ville et Autorité régionale de santé
Soutenir la mise en œuvre des priorités établies grâce aux efforts du groupe de travail du maire sur la santé mentale et les dépendances.	Personnel de la politique sociale de la Ville et Autorité régionale de santé
Déterminer comment la ville et les communautés locales peuvent, par le biais de politiques et de pratiques proactives, contribuer à réduire la pauvreté et inciter d'autres niveaux du gouvernement à agir et à faire progresser la stratégie de réduction de la pauvreté de la BC Poverty Reduction Coalition.	BC Poverty Reduction Coalition Vancity
Offrir des possibilités d'améliorer les compétences pour travailler efficacement avec les communautés des Premières Nations et les communautés autochtones urbaines.	Bureau du directeur municipal, Autorité régionale de santé et Office pour l'égalité d'accès à l'emploi
Continuer à encourager le renforcement des liaisons pédestres tout au long du processus de planification communautaire, en accordant la priorité aux zones comptant le plus grand nombre de résidents mal desservis.	Département de l'aménagement du territoire et Autorité régionale de santé
Créer et améliorer des lieux et des espaces publics temporaires et permanents dans toute la ville.	Département de l'aménagement du territoire et Département des transports

3.4 Bilan

Un rapport de la Ville de Vancouver destiné au conseil municipal et datant de novembre 2017 a permis de mesurer l'état d'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action pour une ville en santé (2015-2018). Cette étude a révélé que 79 % des actions énoncées dans le plan d'action étaient achevées ou en cours de réalisation (City of Vancouver, 2017).

3.4.1 ÉVALUATION

La Ville a également mandaté une coopérative enregistrée, SHIFT Collaborative, pour effectuer une évaluation de la Stratégie pour une ville en santé. Ce travail a porté spécifiquement sur les collaborations déployées dans le cadre de cette stratégie et le processus de mise en œuvre de celle-ci (Crawford, Klein et Goudriaan, 2017). Il visait non seulement à déterminer ce qui fonctionnait ou ne fonctionnait pas, mais également à évaluer les processus en vue d'améliorer, de renforcer et de clarifier les orientations futures. L'évaluation a souligné que la Stratégie pour une ville en santé a permis d'améliorer la compréhension commune des facteurs contribuant à la santé et au bien-être, aussi bien au sein des départements de la Ville de Vancouver concernés que de la communauté. Elle mentionne également le grand potentiel de cette stratégie comme plateforme d'engagement intersectoriel et comme cadre d'action collective entre la Ville, l'Autorité régionale de santé et les partenaires communautaires. Le comité sur l'environnement bâti favorable à la santé a été cité comme exemple de la manière dont ce partenariat mobilise l'engagement et l'expertise de la Ville et de l'Autorité régionale de santé afin d'avoir un impact plus efficace et plus efficient.

De plus, la stratégie apparaît comme un cadre qui aide les partenaires et les structures de la Ville à prendre conscience de la façon dont leurs processus de planification sont intégrés aux objectifs de santé et de bien-être. Le personnel de la Ville et les partenaires perçoivent la stratégie comme une opportunité d'approcher les gouvernements régionaux, provinciaux et fédéraux, de se coordonner et de collaborer avec eux dans plusieurs domaines visés par la stratégie tels que le logement, la petite enfance, les services de santé, etc. Elle inclut explicitement les considérations d'équité, offrant ainsi une opportunité pour la prise en compte des besoins des populations vulnérables dans la planification et les programmes de la Ville.

3.4.2 RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'évaluation montrent aussi que la plupart des personnes sondées estiment que plus de ressources sont nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie aussi ambitieuse. Ces personnes considèrent qu'une plus grande attention devrait être portée aux ressources humaines afin de fournir le soutien approprié en matière de gestion, de coordination et de collaboration à une initiative de cette taille et de cette complexité. Une série de recommandations a été formulée, portant entre autres sur :

- le développement d'un processus visant à renforcer le leadership collaboratif, la responsabilité partagée, l'innovation et la capacité collective de faire avancer les objectifs et la vision de la stratégie;
- l'identification de quelques domaines d'intervention prioritaires en collaboration avec les partenaires et les parties prenantes de la stratégie;
- la mise à disposition de ressources humaines et financières adéquates pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie, notamment en ce qui a trait à certaines activités clés telles que le secrétariat, l'implantation de groupes de travail, l'innovation et le changement de culture, etc.;

- l'harmonisation et/ou l'intégration de la Stratégie pour une ville en santé avec d'autres programmes existants ou en développement afin de maximiser l'impact et de renforcer le leadership, les plans de travail et l'affectation des ressources pour obtenir le plus grand bénéfice (Crawford *et al.*, 2017).

4 L'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé (*Healthy built environment initiative*) — Saskatoon, Saskatchewan

4.1 Origine et objectifs

Depuis plusieurs années, le Service de santé publique et des populations de la Région sanitaire de Saskatoon travaille au développement de milieux de vie favorables à la santé. Par exemple, le Département de la promotion de la santé du Service de santé publique et des populations a été très actif dans le domaine du transport actif, tant au sein de la communauté qu'avec la municipalité. À la fin de l'année 2015 et au début de l'année 2016, le Service de santé publique et des populations a décidé d'aller plus loin et de porter une attention particulière aux questions d'équité en santé. Dans cette perspective, il a mis en œuvre une initiative pour coordonner, à l'échelle locale, les activités soutenant le développement équitable d'environnements bâtis favorables à la santé. Parmi ces activités, on retrouve une analyse des données probantes, une consultation des partenaires pour mieux saisir les enjeux entourant l'équité en santé dans les milieux bâtis et une identification de pratiques exemplaires pour faire face à ces enjeux (Janzen, Marko et Schwandt, 2018).

4.2 Acteurs

Les partenaires impliqués dans l'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé peuvent être classés en quatre catégories :

- **Les départements du Service de santé publique et des populations (SSPP) de la Région sanitaire de Saskatoon** : la Promotion de la santé, l'Observatoire de la santé publique, la Santé publique environnementale et le Bureau des médecins hygiénistes.
- **La Ville de Saskatoon** : la Division des transports et la Division de la planification et du développement.
- **Un partenaire du milieu universitaire** : l'Université de la Saskatchewan.
- **Des acteurs associatifs** : Saskatoon Cycles, qui plaide pour une ville dans laquelle le cyclisme est un mode de transport viable, accessible à longueur d'année, sûr et pratique pour les citoyens de tous les âges; Upstream, une organisation à but non lucratif qui se fonde sur les données probantes en lien avec les déterminants sociaux de la santé pour favoriser la création d'une société en meilleure santé; Liveable YXE, une initiative communautaire qui vise à sensibiliser les citoyens à l'importance de la qualité de vie en ville grâce à la démocratie locale.

Le travail des membres de l'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé n'est pas encadré par une directive formelle. Cependant, les actions menées sont soutenues et appréciées par les dirigeants du Service de santé publique et des populations (le gestionnaire, les médecins hygiénistes, le directeur), notamment la collaboration et les liens établis avec la Ville de Saskatoon.

4.3 Exemples d'actions

Les partenaires de l'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé ont ciblé et entrepris les quatre projets suivants pour illustrer une démarche d'équité en santé dans les interventions relatives aux milieux bâtis (Janzen *et al.*, 2018) :

- Élaborer un cadre de référence pour guider le travail du Service de santé publique sur l'équité en santé dans l'environnement bâti;
- Participer, dans le cadre d'un partenariat multisectoriel, à une campagne de sensibilisation visant à souligner l'importance de l'équité en santé dans l'environnement bâti, lors d'une élection municipale;
- Réaliser une évaluation d'impact sur l'équité en santé (EIES);
- Développer un cadre de suivi et d'évaluation des enjeux d'équité en santé dans le milieu bâti.

4.3.1 ÉLABORER UN CADRE DE RÉFÉRENCE POUR GUIDER LE TRAVAIL DU SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS L'ENVIRONNEMENT BÂTI

En 2016, un cadre de référence³ pour guider le travail sur l'équité en santé dans les milieux bâtis a été élaboré sur la base de problèmes en la matière ciblés par les membres de l'initiative pour un environnement bâti favorable à la santé. Ce cadre de référence s'inscrit dans la vision suivante : « un environnement bâti sain contribuant à améliorer la santé de la population et l'équité en santé ». Il se concentre sur quatre axes principaux : des systèmes alimentaires, des logements, des milieux de vie ainsi que des réseaux de transport favorables à la santé. Un modèle logique sur l'équité en santé dans l'environnement bâti a été élaboré pour guider les différents départements et praticiens du Service de santé publique et des populations dans l'implantation du cadre de travail et dans les actions à mener sur les quatre axes ciblés.

4.3.2 PARTICIPER, DANS LE CADRE D'UN PARTENARIAT MULTISECTORIEL, À UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION VISANT À SOULIGNER L'IMPORTANCE DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS L'ENVIRONNEMENT BÂTI, LORS D'UNE ÉLECTION MUNICIPALE

Les objectifs clés étaient : 1) d'amener les candidats aux élections municipales à participer à une conversation sur la qualité de vie dans les villes; 2) de faire connaître leurs positions sur divers enjeux tels que l'équité, la santé, le transport actif, les changements climatiques, l'économie, le logement, l'alimentation, la planification urbaine, etc.; et 3) d'aider les citoyens à cerner le point de vue des candidats sur ces enjeux par l'entremise d'une fiche. Celle-ci a servi de point de départ à des discussions continues sur la manière dont la Ville peut atteindre ses objectifs déjà existants tout en améliorant l'équité en matière de santé grâce à la qualité de vie en ville. La campagne de sensibilisation a, quant à elle, servi de point de départ à la communauté pour souligner le rôle que joue l'administration municipale dans l'atteinte de l'équité en santé pour les citoyens.

³ Voir : http://www.ccnsse.ca/sites/default/files/forum-files/HBEFramework_2018Apr10.pdf

4.3.3 RÉALISER UNE ÉVALUATION D'IMPACT SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ (EIES)

Le Service de santé publique et des populations de la Région sanitaire de Saskatoon a entrepris, en partenariat avec l'organisation Upstream, une EIES du plan de croissance de la Ville de Saskatoon pour les trente ou quarante prochaines années. La méthode d'EIES utilisée s'inspire de celle développée par le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée⁴ et des travaux du Wellesley Institute en la matière⁵. L'EIES s'est concentrée sur trois initiatives du plan de croissance : le transport actif, le transport collectif et la croissance dans les principaux corridors de déplacement. Treize recommandations ont été formulées pour maximiser les impacts potentiels positifs et minimiser les impacts potentiels négatifs du plan de croissance, notamment pour les groupes de population à risque tels que les résidents au revenu modeste, les personnes âgées ou les personnes vivant avec un handicap. Les recommandations proposées étaient toutes compatibles avec les principales initiatives du plan de croissance (Sharpe *et al.*, 2016). L'EIES a permis de mettre en évidence le lien qui existe entre la santé et le bien-être de la population, l'équité en matière de santé entre les groupes et les responsabilités du secteur municipal. Elle a aussi montré comment la santé de certains groupes de population peut être améliorée significativement par des interventions dans des domaines comme l'aménagement du territoire ou les transports (actif et collectif).

4.3.4 DÉVELOPPER UN CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES ENJEUX D'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LE MILIEU BÂTI

Sous la direction de l'Observatoire de la santé publique du Service de santé publique et des populations, une série d'indicateurs a été développée en collaboration avec la Ville de Saskatoon et l'Université de la Saskatchewan. Ces indicateurs sont déclinés selon les trois catégories suivantes : 1) politique, planification, infrastructure; 2) comportements et expositions en matière de santé; 3) résultats pour la santé (Janzen *et al.*, 2018). À l'intérieur de chacune des catégories, l'équité est intégrée en examinant chaque indicateur sous l'angle socioéconomique, c'est-à-dire en stratifiant les mesures selon la défavorisation par secteur, le sexe, l'âge et d'autres éléments en lien avec le plan susceptibles d'avoir une incidence sur l'équité en santé.

De plus, le Service de santé publique et des populations avait envisagé de concevoir, au cours de l'année 2019, un ensemble complet d'indicateurs pour suivre et évaluer chaque volet du cadre de référence sur l'équité en santé dans le milieu bâti ainsi que pour soutenir la ville dans sa stratégie de suivi de son plan de croissance. Ce travail de détermination des indicateurs permet de créer des synergies entre les acteurs de la santé et ceux de l'administration municipale et du milieu universitaire afin de suivre et d'évaluer les progrès de l'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé. Il peut aussi servir à démontrer la valeur ajoutée de la collaboration du secteur municipal avec le Service de santé publique et des populations et offrir aux autorités de la municipalité la possibilité d'utiliser des données sur la santé et l'équité en santé dans l'évaluation de leurs politiques, plans ou projets et dans la prise de décision (Janzen *et al.*, 2018).

⁴ Voir : <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/heaia/>

⁵ Voir : <https://www.wellesleyinstitute.com/topics/health-equity/health-equity-impact-assessment/>

4.4 Bilan

L'initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Toutefois, l'élaboration en cours des indicateurs de suivi et d'évaluation du cadre de référence sur l'équité en santé dans l'environnement bâti devrait permettre de fournir des informations sur les répercussions de cette initiative à l'échelle locale.

Dans leur article documentant cette initiative, Janzen *et al.*, (2018) évoquent ses limites et les défis rencontrés lors de sa mise en œuvre. Par exemple, l'initiative n'a pas pu mettre l'accent sur l'intégration des questions d'équité en santé en milieu rural, et cela, bien que le cadre de référence sur l'équité en santé ait été conçu de façon à s'appliquer à l'ensemble de la population et de la géographie de la Région sanitaire de Saskatoon. Deux raisons pourraient expliquer cette limite, selon Janzen et ses collègues, soit un manque de capacité du Service de santé publique et des populations et l'attente d'une orientation plus claire après la fusion de douze régions sanitaires en une seule autorité sanitaire provinciale (la Saskatchewan Health Authority), en décembre 2017. Cette fusion a eu aussi pour conséquence de ralentir le rythme de la mise en œuvre complète du cadre de travail sur l'équité en santé dans le milieu bâti (Janzen *et al.*, 2018).

5 Le Partenariat pour des communautés en santé (*Healthy Communities Partnership*) — Région de Grey Bruce, Ontario

5.1 Origine et objectif

Depuis 2009, dans le cadre du lancement de sa stratégie d'harmonisation municipale, le Bureau de santé de Grey Bruce travaille sur le thème de la Santé dans toutes les politiques. Ce bureau part de l'idée que les municipalités, en partenariat avec la santé publique et d'autres parties prenantes de la communauté, peuvent contribuer à améliorer de manière positive la santé et le bien-être des citoyens en adoptant l'approche de la Santé dans toutes les politiques.

Dans cette perspective, le Partenariat pour des communautés en santé de Grey Bruce a été créé en 2010. Son objectif est d'œuvrer à l'élaboration de politiques favorisant la santé des résidents de la région. L'approche de la Santé dans toutes les politiques est le cadre qui soutient ce partenariat.

5.2 Acteurs

Le Partenariat pour des communautés en santé de Grey Bruce regroupe une trentaine d'acteurs, soit des dirigeants communautaires, des décideurs et différentes organisations (voir la liste des organisations à l'annexe 2). Le groupe se réunit mensuellement pour discuter des principaux problèmes de santé des résidents de Grey Bruce et pour trouver des solutions appropriées pour la communauté. De manière plus précise, il inclut le Bureau de santé de Grey Bruce, les élus, le personnel municipal, les responsables des conseils scolaires et d'autres organisations communautaires concernées.

5.3 Exemples d'actions

Des exemples d'actions entreprises dans le cadre du Partenariat pour des communautés en santé de la région de Grey Bruce sont présentés dans les paragraphes suivants.

5.3.1 TRANSPORT

Le transport est un enjeu important pour les comtés de Grey et de Bruce étant donné leur relatif isolement géographique. La grande étendue du territoire de Grey Bruce et un réseau de transport collectif peu développé font de l'automobile un moyen de transport essentiel pour les déplacements quotidiens de la population (Grey Bruce Health Unit, 2014).

La santé publique a accompagné le Comté de Grey dans l'élaboration de son Plan directeur des transports, en qualité de membre du comité de pilotage consultatif et technique. Le Plan directeur des transports est un plan stratégique qui orientera les politiques et initiatives en matière d'infrastructures pour le système de transport du comté au cours des vingt-cinq prochaines années. La santé publique et le Comté de Grey ont travaillé ensemble pour proposer, dans le plan, des mesures liées à la promotion du transport actif. Dans cette optique, le but premier du Plan directeur des transports est le suivant : « Créer une vision pour tous les modes de transport dans le Comté de Grey, en mettant un accent particulier sur l'encouragement des options de transport actif (vélo, marche/course) ». De plus, les deux ont collaboré pour organiser un atelier sur les « solutions pour le transport actif » (Grey County, 2019).

En outre, les comtés de Grey et de Bruce, en partenariat avec le Bureau de santé de Grey Bruce, ont joué un rôle actif pour soutenir l'élaboration d'un rapport local sur les « rues conviviales », un des premiers rapports de ce type pour les communautés rurales de l'Ontario.

5.3.2 LOGEMENT

Le projet *Above Standard Housing*, lancé en 2014, est une initiative intersectorielle œuvrant aux paliers local et provincial. Ce projet est un partenaire du programme *RentSafe*, instigué par la province de l'Ontario, qui, avec la participation active de nombreux acteurs, vise à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement intérieur (moisissures, humidité, organismes nuisibles, etc.) affectant les locataires à faibles revenus.

L'approche de la Santé dans toutes les politiques de Grey Bruce a permis une adaptation locale du projet *Above Standard Housing*, par le biais d'une implication active du Bureau de santé de Grey Bruce. À cette échelle, le programme cherche des moyens d'améliorer les conditions de logement des populations vulnérables. L'objectif est, dans un premier temps, de comprendre les facteurs locaux qui contribuent à la persistance de mauvaises conditions de logements et, dans un second temps, d'élaborer des stratégies et initiatives visant à améliorer ces conditions pour les personnes vulnérables. Les acteurs impliqués dans ce projet sont le Bureau de santé de Grey Bruce, des gestionnaires de logements sociaux, des agents d'application des règlements municipaux, des services du logement, des agences de prévention de l'itinérance, des centres d'hébergement pour femmes, les locataires et les propriétaires.

5.3.3 STRATÉGIE POUR LES ÉLECTIONS MUNICIPALES

Une autre initiative en matière de Santé dans toutes les politiques entreprise par le Bureau de santé de Grey Bruce est la stratégie pour les élections municipales. L'objectif du Bureau de santé est de faire prendre conscience aux candidats que leurs actions affecteront la santé de la communauté, l'équité et la durabilité, et de les amener à considérer la santé à travers l'approche de la Santé dans toutes les politiques dans le processus décisionnel municipal. Dans cette perspective, un document présentant succinctement la Santé dans toutes les politiques et un outil pour des communautés en santé (*the Healthy Communities Tool*) a été distribué aux candidats lors des élections municipales de 2018.

5.4 Bilan

Une évaluation du Partenariat pour des communautés en santé de Grey Bruce réalisée en 2015 a montré que les membres sont globalement satisfaits de ce partenariat, même s'ils considèrent que celui-ci peut encore s'améliorer. Les avantages globaux de la participation continue au partenariat qui ont été évoqués concernent entre autres l'échange d'information, la sensibilisation et une meilleure compréhension des problèmes et des opportunités existant au sein de la communauté et des initiatives des autres organisations. Le partenariat permet aussi de créer des opportunités de collaboration, de réseautage et d'action qui mèneront à une communauté plus en santé.

Dans le rapport d'évaluation, on suggère de clarifier la finalité et les objectifs du partenariat en mettant l'accent sur les objectifs stratégiques et en développant un processus de priorisation des actions. On y recommande également de mieux définir les populations cibles; d'élargir le bassin des membres; de former des groupes de travail composés d'acteurs clés pouvant élaborer des stratégies pratiques pour atteindre les objectifs politiques ou stratégiques; et d'élaborer un plan financier à long terme (MacDermid, 2015).

6 La Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) de la Mauricie — Québec

6.1 Origine et objectif

La première Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) a été créée dans la région de Québec en 2004. De 2004 à 2009, les 17 régions administratives du Québec ont mis en place des TIR-SHV, qui sont des structures de concertation (Mongeau, Pelletier et Marion, 2016) dont l'objectif principal est d'œuvrer à la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie.

Dans la plupart des cas, comme en Mauricie, les TIR-SHV ont été associées aux conférences administratives régionales⁶, qui regroupent des représentants régionaux de différents ministères et organismes. Tout comme les autres TIR-SHV, celle de la Mauricie trouve son origine dans le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012) — Investir pour l'avenir*, lancé à l'automne 2006. La mission de la TIR-SHV de la Mauricie est la valorisation et la promotion des saines habitudes de vie en Mauricie par la mobilisation, la concertation, le partenariat et l'harmonisation des actions en saine alimentation et en mode de vie physiquement actif (Lefebvre, 2018). Il est important de noter que la TIR-SHV assure un accompagnement et un soutien aux milieux de vie (municipal, petite enfance et scolaire) en travaillant de concert avec les acteurs locaux et régionaux pour la détermination des objectifs et la réalisation des stratégies et des actions dans ces milieux, en lien avec les saines habitudes de vie.

6.2 Acteurs

La TIR-SHV de la Mauricie est composée des directions régionales de santé publique, de ministères et d'organismes non gouvernementaux (état de la situation octobre 2018) (voir annexe 3). La TIR-SHV est présidée par la directrice de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En sus de nombreuses activités de suivi effectuées par courrier électronique, la Table se réunit deux fois par année afin de s'informer des actions réalisées, d'échanger sur des problèmes particuliers et de prendre des décisions importantes.

6.3 Exemples d'actions

Pour remplir sa mission de développement d'environnements favorisant les saines habitudes de vie, la TIR-SHV élabore un plan d'action pluriannuel qui définit ses interventions pour soutenir les différents milieux de vie (municipal, petite enfance, scolaire). Les projets et plans d'action des cinq dernières années sont les suivants (Lefebvre, 2018) :

- Projet régional « Ça mijote en Mauricie » (2012-2014);
- Plan d'action régional — Saines habitudes de vie 0-17 ans de la Mauricie (2014-2017);
- Plan d'action régional — Saines habitudes de vie 0-17 ans de la Mauricie (2017-2019).

⁶ Les conférences administratives régionales se composent de responsables régionaux des ministères et organismes gouvernementaux dont l'action a une incidence sur le développement de la région. Voir : <https://www.mamh.gouv.qc.ca/developpement-territorial/concertation/>

Voici des exemples d'actions contenues dans le plan d'action (2017-2019)⁷ de la TIR-SHV de la Mauricie :

- Travailler à une utilisation harmonieuse et cohérente des leviers des ministères et des ONG à la suite de l'identification de leurs ancrages dans les saines habitudes de vie;
- Outiller les décideurs pour faciliter le développement d'une vision intégrée des saines habitudes de vie au niveau local par la tenue de rencontres thématiques (transfert de connaissances);
- Informer les acteurs (élus, gestionnaires et intervenants) sur l'impact de leurs décisions sur l'adoption et le maintien d'une saine alimentation;
- Accompagner (informer, soutenir et outiller) les communautés locales dans leur démarche d'amélioration de l'offre alimentaire dans les lieux de pratique d'activités physiques, dans les clubs sportifs et lors d'événements;
- Travailler à la compréhension et à l'adhésion des décideurs et intervenants du préscolaire et des organismes famille (0-5 ans) aux concepts clés du cadre de référence Gazelle et Potiron⁸;
- Mobiliser et réseauter les décideurs en faveur du transport actif;
- Contribuer aux démarches de planification municipale, dont les schémas d'aménagement et les politiques de mobilité durable.

6.4 Bilan des activités de la TIR-SHV de la Mauricie

Un bilan des activités de la TIR-SHV de la Mauricie a été réalisé par la coordonnatrice du Plan d'action régional — Saines habitudes de vie 0-17 ans de la Mauricie et par le coordonnateur de la TIR-SHV. Ce bilan prend en compte la période du 1^{er} juillet 2016 au 31 mars 2017. Sur les 13 objectifs fixés, 12 ont été atteints en partie et 1 n'a pas été atteint (voir annexe 4). Ce résultat s'explique entre autres par les changements intervenus dans différentes organisations et structures partenaires de la TIR-SHV qui ont entraîné un ralentissement dans la mise en œuvre de certaines actions du plan d'action régional sur les saines habitudes de vie (Houde et Lefebvre, 2017). En outre, les activités de la TIR-SHV ne répondent pas à des livrables, mais constituent plutôt un travail de concertation avec les acteurs locaux et régionaux, ce qui pourrait justifier l'atteinte partielle des objectifs. En effet, l'implantation de plusieurs actions se poursuivra dans le cadre de la mise œuvre du prochain plan d'action (2017-2019) de la TIR-SHV.

6.5 Exemple d'évolution des TIR-SHV

Dans la région de la Côte-Nord, la TIR-SHV créée en 2009 a migré vers une Table Santé-Qualité de vie en 2017, répondant ainsi à la volonté des décideurs de la Conférence administrative régionale de la Côte-Nord. Cette stratégie s'inscrit dans la volonté d'œuvrer à une meilleure intégration et à une plus grande cohérence des actions visant le développement social et la santé des communautés (CISSS, 2017). Un autre avantage de cette transformation est l'optimisation de la sollicitation des partenaires (DeChamplain, 2017) afin d'éviter une multiplication des instances de concertation et de favoriser une synergie réelle de tous les acteurs pour agir sur la santé et la qualité de vie des habitants de la région.

⁷ Voir : http://www.urlsmauricie.com/wp-content/uploads/2017/11/7.1-PAR-SHV-2017-2019_Mauricie_VF.pdf

⁸ Voir : https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/documents/guide_gazelle_potiron.pdf

Contrairement à la TIR-SHV qui était présidée par le directeur de la santé publique de la Côte-Nord, la Table Santé-Qualité de vie est coprésidée par la santé publique et la Direction régionale du ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire⁹. Elle vise à promouvoir le développement social et celui des communautés par la priorisation d'actions interministérielles sur les déterminants sociaux de la santé, et ce, afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des habitants de la région (CISSS, 2017).

⁹ Maintenant ministère des Affaires municipales et de l'Habitation.

7 L'initiative pour un marché alimentaire mobile (*Mobile Food Market initiative*) – Halifax, Nouvelle-Écosse

7.1 Origine et objectifs

La population de la région d'Halifax réside dans des communautés urbaines, suburbaines et rurales. Les recherches continuent de mettre en évidence l'insécurité alimentaire que vivent certains habitants de la région (Tarasuk, Mitchell et Dachner, 2014). Pour les personnes vivant dans les zones rurales, l'accès à la nourriture est parfois difficile en raison de l'éloignement des épiceries et de l'accès limité aux transports collectifs. Plusieurs rapports ont mis en exergue la nécessité de se pencher sur cette question, tels que la *Stratégie de planification de la municipalité régionale d'Halifax (Halifax Regional Municipal Planning Strategy 2014)* ou le *Plan du centre d'Halifax (Halifax Centre Plan 2017¹⁰)*.

Au début de l'année 2015, des représentants du gouvernement et des partenaires communautaires locaux ont commencé à travailler ensemble pour résoudre les problèmes d'accès à la nourriture saine dans la région d'Halifax. L'équipe a passé plusieurs mois à créer une structure de gouvernance collaborative et un plan de projet détaillé afin de développer et de mettre en œuvre une initiative pour un marché alimentaire mobile. La vision de cette initiative est la création de communautés saines, fortes et dynamiques en agissant sur l'alimentation. Sa mission est de faciliter l'accès des communautés à des fruits et légumes frais, abordables et qui conviennent aux membres des différentes communautés culturelles. Cette initiative novatrice vise à contribuer à la création de systèmes alimentaires sains, plus justes et durables en Nouvelle-Écosse (Kemp, 2018). Les villes de Toronto et d'Ottawa ont développé des approches similaires (respectivement le Mobile Good Food Market et le Market Mobile).

Les objectifs spécifiques du marché alimentaire mobile sont les suivants :

- Améliorer l'accessibilité des fruits et légumes frais et de haute qualité pour les résidents;
- Accroître l'engagement et la collaboration entre les partenaires existants et les nouveaux partenaires;
- Renforcer les capacités des bénévoles communautaires et des organisations hôtes locales à jouer un rôle actif dans la conception des systèmes alimentaires dans leurs communautés;
- Améliorer le sentiment de fierté du quartier et l'engagement communautaire des résidents, des visiteurs du marché alimentaire mobile et des clients;
- Évaluer le potentiel du marché pour d'autres méthodes de distribution d'aliments pour les communautés mal desservies dans la région d'Halifax.

La population cible comprend les résidents à faible revenu, les aînés, les nouveaux arrivants au Canada, les personnes présentant un handicap, les familles monoparentales et toute autre personne ayant des difficultés à accéder aux épiceries ou aux marchés. Ces groupes de population peuvent être confrontés à des problèmes d'accès à l'alimentation en raison d'une absence de moyens de

¹⁰ Voir : https://static1.squarespace.com/static/57d9ead9b8a79b34c8a8c227/t/59121656d2b857331952903b/1494357635810/Attachment_A_compressed2.pdf

transport, d'un manque d'argent pour s'acheter les aliments disponibles, d'un manque d'accès à des aliments culturellement appropriés ainsi qu'une combinaison de ces facteurs (NSHA, 2017).

7.2 Acteurs

Le marché alimentaire mobile, créé en 2015, est une initiative à but non lucratif impliquant les résidents, les communautés, les entreprises locales, les organisations communautaires et le secteur public. Les premières réflexions sur ce projet ont été menées par les acteurs de la santé publique de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Health Authority) et le Bureau du maire. La liste détaillée des partenaires de l'initiative sur le marché alimentaire mobile se trouve à l'annexe 5. La gouvernance et l'opérationnalisation sont organisées autour des trois structures suivantes (Smillie, 2018) :

- **Un comité consultatif**, dont le rôle est de fournir des conseils et de l'expertise pour appuyer la planification, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation de projets en cours portant sur le marché alimentaire mobile;
- **Une équipe composée d'un gestionnaire, d'un coordinateur et de volontaires**, qui assure la logistique quotidienne comme la planification et la préparation des activités, la coordination du marché, la gestion et le soutien des bénévoles, les communications et l'administration, ainsi que la rédaction des comptes rendus du comité consultatif;
- **Une équipe d'hôtes locaux et de bénévoles**, qui apporte du soutien sur les sites de mise en œuvre du marché alimentaire mobile et se concentre aussi sur l'établissement de partenariats, la sensibilisation de la communauté, la logistique opérationnelle, le recrutement et la gestion de bénévoles, et les communications.

7.3 Exemples d'actions

Le marché alimentaire mobile est présent sur 13 sites répartis dans 6 communautés, soit North Preston, North End Halifax, Fairview, East Preston, Spryfield et East Dartmouth. Il propose des fruits et des légumes frais de haute qualité et abordables (vendus à prix réduit) à plusieurs communautés vivant dans la région d'Halifax. Le marché a été aménagé dans un autobus du Service des transports collectifs d'Halifax, qui a été reconverti en un marché alimentaire sur roues. Un calendrier complet indiquant les emplacements et les horaires du marché alimentaire mobile apparaît sur le site de l'initiative : <http://www.mobilefoodmarket.ca/>.

7.4 Bilan

Une évaluation des activités du projet de marché alimentaire mobile pour la période de l'hiver-printemps 2017 a été réalisée. Elle visait principalement à vérifier l'atteinte des objectifs initiaux du marché alimentaire mobile et à tirer et mettre en évidence les principaux enseignements pour orienter les prochaines étapes. Plus précisément, cette évaluation s'est penchée sur les questions suivantes :

- Le marché alimentaire mobile améliore-t-il l'accessibilité physique et l'abordabilité des fruits et des légumes frais de haute qualité pour les résidents des communautés visés?
- Le marché atteint-il les populations visées?
- Quel impact ce marché a-t-il sur le sentiment de fierté du quartier et sur l'engagement des résidents, des visiteurs et des clients?
- Quel impact (le cas échéant) le marché alimentaire mobile a-t-il sur l'évolution de la politique municipale relative aux systèmes alimentaires?

Plusieurs méthodes et outils de collecte de données ont été développés pour appuyer l'évaluation, comme des enquêtes auprès des clients, des témoignages de clients, un suivi des ventes du marché et des entretiens avec des informateurs clés. Il ressort de cette évaluation que le marché alimentaire mobile contribue à améliorer la sécurité alimentaire en facilitant l'accessibilité physique aux aliments sains, frais et abordables. La plupart des personnes sondées ont souligné les temps de déplacements courts pour se rendre au marché alimentaire mobile et le prix abordable des aliments. Le projet participe aussi à la littératie alimentaire des résidents grâce à la mise en place de partenariats avec divers organismes communautaires qui développent et renforcent les compétences alimentaires des résidents.

L'évaluation a montré que le marché alimentaire mobile continue d'étendre sa portée au sein des communautés par la multiplication des moyens de rejoindre les gens, en offrant, par exemple, des services de livraison à domicile ou en ajoutant des emplacements pour inclure un complexe de personnes âgées. Il a aussi contribué à renforcer la fierté et l'engagement des communautés grâce, entre autres, à la création d'espaces de rencontre dynamiques et au développement d'activités récréatives pour les familles.

L'évaluation de la mise en œuvre du marché alimentaire mobile a également démontré que le projet permettait d'impliquer les décideurs, en offrant une plateforme pour influencer les politiques, les programmes et les initiatives de la municipalité. Elle a surtout mis en évidence la nécessité de mettre à jour les politiques municipales pour favoriser la création de communautés à vocations multiples. De plus, le projet a été défini comme un moyen de sensibiliser les élus et le personnel municipal aux enjeux de la sécurité alimentaire, tout en mettant en exergue les contributions potentielles que les départements municipaux peuvent apporter à la résolution de problèmes sociaux comme l'insécurité alimentaire et la pauvreté (Kemp, 2018).

8 Analyse comparative et principaux enseignements

Une synthèse des cinq cas d'actions intersectorielles en faveur de la santé est présentée au tableau 2.

L'étude des différents cas montre que l'élaboration d'une stratégie ou d'un plan clairs avec des objectifs partagés est un élément important pour appuyer l'action intersectorielle en faveur de la santé. Selon la littérature, le développement des stratégies pour une action intersectorielle en faveur de la santé repose sur la définition d'objectifs partagés et d'une vision commune entre le secteur de la santé et le milieu municipal ou régional. En effet, selon Larsen et ses collègues (2014), l'absence d'objectifs communs n'incite pas les secteurs à travailler sur des enjeux intersectoriels tels que la santé, et un des facteurs essentiels de la réussite des actions intersectorielles en faveur de la santé est de s'assurer que les parties prenantes ont une compréhension commune des problèmes clés et des actions nécessaires pour y remédier (Rantala *et al.*, 2014). De plus, une communication efficace entre les secteurs et l'utilisation de stratégies de type « gagnant-gagnant » peut faciliter l'établissement d'une vision commune entre les principaux acteurs engagés dans le partenariat (Guglielmin, Muntaner, O'Campo et Shankardass, 2018). Ces stratégies peuvent impliquer que les partenaires de l'action intersectorielle en faveur de la santé poursuivent d'autres objectifs que celui de la santé de la population (par exemple la qualité de vie, la satisfaction des citoyens, etc.).

L'analyse des cas montre également que le travail intersectoriel ne s'est pas basé sur une politique ou une directive obligeant les secteurs à œuvrer ensemble sur des enjeux de santé, mais sur des politiques incitatives, comme c'est le cas pour les TIR-SHV en Mauricie et au Québec en général, ou sur d'autres formes d'encouragement à la collaboration intersectorielle, telles que la Stratégie de durabilité et le protocole d'entente à Vancouver. Dans le cas de la Ville de Saskatoon, c'est le soutien des dirigeants du Service de la santé publique et des populations ainsi que les connexions établies avec la municipalité qui ont favorisé l'action intersectorielle en faveur de la santé. La volonté de la municipalité a joué un rôle important, comme dans le cas du projet de marché alimentaire mobile à Halifax, dans lequel le Bureau du Maire s'est fortement impliqué.

Le leadership collaboratif semble aussi être un élément important pour favoriser une collaboration solide et l'instauration d'un climat de confiance mutuelle. Demander à des professionnels de travailler ensemble dans un contexte de fonctionnement en silos peut s'avérer insuffisant. Les dirigeants doivent montrer l'exemple en s'engageant à partager les responsabilités et à œuvrer ensemble pour un but commun, comme l'amélioration de la santé des populations et la réduction des inégalités. L'évolution de la TIR-SHV, présidée par la santé publique, vers la Table Santé-Qualité de vie, coprésidée par la direction de santé publique et le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire¹¹ s'inscrit dans cette perspective. De même, une des recommandations issues de l'évaluation de la Stratégie de Vancouver pour une ville en santé préconise de considérer le « leadership collaboratif » comme un objectif fondamental et un principe à exprimer dans tous les objectifs de la stratégie.

De plus, comme cela a été constaté à la TIR-SHV de la Mauricie ou avec l'Initiative en faveur d'un environnement bâti favorable à la santé à Saskatoon, les changements (suppression, réorganisation ou modification d'orientations) pouvant intervenir au sein des organisations et des structures impliquées dans le partenariat peuvent ralentir le processus de déploiement des démarches d'actions intersectorielles favorables à la santé.

¹¹ Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation.

En outre, les bilans des différentes initiatives présentées dans ce rapport ont révélé l'importance de disposer d'un financement suffisant et stable pour assurer la pérennisation du processus et des actions engagées.

Une comparaison des cas permet ainsi de tirer cinq enseignements principaux pour les acteurs qui souhaitent mettre en œuvre des initiatives intersectorielles à l'échelle locale ou régionale :

- Élaborer une stratégie claire avec des objectifs partagés;
- Disposer du soutien des autorités dirigeantes;
- Développer un leadership collaboratif;
- Bénéficier d'une stabilité des structures et des organisations impliquées dans le partenariat;
- Avoir un financement suffisant et stable.

Les facteurs relatifs aux objectifs partagés, à la vision commune, au soutien politique et au financement sont similaires à ceux trouvés dans la littérature. Les données issues de la littérature évoquent aussi, notamment, l'implication et la participation de la population, l'apport des médias locaux dans la diffusion de l'information (Larsen *et al.*, 2014) et les obligations légales (Gakh, 2015). Sur ce dernier point, Rantala et ses collègues (2014) estiment qu'une base légale qui obligerait les secteurs à travailler ensemble pourrait apporter une solution partielle, mais qu'il est peu probable qu'elle soit suffisante pour favoriser la collaboration intersectorielle s'il n'y a pas de volonté de coopérer.

Tableau 2 Synthèse des cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé

	Enjeux	Objectif	Acteurs impliqués	Stratégie de collaboration intersectorielle	Directives, politiques ou stratégies pour la collaboration intersectorielle
Stratégie de Vancouver pour une ville en santé (C.-B.)	Inégalité croissante des revenus, augmentation des problèmes de logements inabordables, de santé mentale et de dépendance	Améliorer la santé et le bien-être des citoyens de la ville de Vancouver	Institutions publiques, organismes provinciaux et fédéraux, fondations et secteur privé	Développement d'un protocole d'entente entre la Ville de Vancouver et l'Autorité régionale de santé	Stratégie de durabilité de la ville
Initiative en faveur d'un environnement bâti sain – Saskatoon (Sask.)	Équité en santé dans l'environnement bâti	Intégrer l'équité en santé dans les milieux bâtis à l'échelle locale	Service de santé publique et des populations de la Région sanitaire de Saskatoon, Ville de Saskatoon, Université de la Saskatchewan, acteurs associatifs	Appui des dirigeants de la santé publique au travail intersectoriel ainsi qu'à la collaboration et aux liens établis avec la municipalité	Énoncé de position sur l'équité en santé
Partenariat pour des communautés en santé – Région de Grey Bruce (Ont.)	Accessibilité à des logements abordables et sûrs, à une saine alimentation, à des emplois stables, à un réseau de transport sain, etc.	Établir un partenariat pour une communauté en santé afin d'offrir un accès à un logement abordable, sûr et approprié, à des options de transport à faible coût, à une alimentation saine, à l'éducation et à l'emploi, à un environnement sûr, etc.	Bureau de santé de Grey Bruce, élus, personnel municipal, représentants des conseils scolaires et d'autres organisations communautaires concernées	Promotion de la Santé dans toutes les politiques à travers le déploiement de la stratégie d'harmonisation municipale	Normes de santé publique de l'Ontario, Déclaration de principes provinciale, etc.
Table intersectorielle régionale en saines habitudes de vie (TIR-SHV) de la Mauricie (Qc)	Mobilisation/ communication, saine alimentation, mode de vie physiquement actif, petite enfance et transport actif	Favoriser la mobilisation et la concertation des acteurs locaux et régionaux pour la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie	Organismes gouvernementaux (directions régionales de plusieurs ministères) et non gouvernementaux	Travail de concert avec les acteurs locaux et régionaux autour d'un plan d'action commun pour la promotion des saines habitudes de vie	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (2006-2012) et Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (2007)

Tableau 2 Synthèse des cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé (suite)

	Enjeux	Objectif	Acteurs impliqués	Stratégie de collaboration intersectorielle	Directives, politiques ou stratégies pour la collaboration intersectorielle
Initiative pour un marché alimentaire mobile – Halifax (N.-É.)	Insécurité alimentaire	Améliorer l'accès des communautés à des aliments sains et abordables	Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Bureau du Maire, entreprises locales, organisations communautaires, résidents	Création d'une structure de gouvernance basée sur l'engagement des parties prenantes	Stratégie de planification de la municipalité régionale d'Halifax, Plan du centre d'Halifax, etc.

Il convient de noter que les évaluations des initiatives présentées ici sont des évaluations de processus ou sont basées sur l'appréciation de la réalisation des actions. Elles ne présentent pas de données montrant des changements dans la santé de la population. Il s'avère donc difficile d'apprécier de manière précise leur impact réel sur la santé des populations. Cela traduit l'importance des efforts de surveillance de la santé publique pour collecter des données de base sur les indicateurs de santé de la population et contrôler l'effet réel de ce type d'initiative sur la santé des populations.

De plus, même si le niveau local a un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, il est peu probable que les efforts locaux et régionaux à eux seuls permettent d'adresser efficacement les déterminants de la santé, sans une action stratégique complémentaire fondée sur des données probantes aux niveaux provincial, territorial et fédéral.

9 Conclusion

Les gouvernements locaux constituent le palier de décision le plus proche des citoyens et le plus accessible pour eux. De ce fait, ces gouvernements ont un rôle important à jouer dans la création de communautés en santé et ils représentent une opportunité pour l'implantation d'actions intersectorielles.

De nombreuses initiatives d'amélioration de la santé selon une approche intersectorielle à l'échelle des gouvernements locaux existent au Canada et ailleurs dans le monde. Toutefois, il existe peu de revues systématiques de ces expériences ou de conseils pratiques en lien avec le déploiement de l'approche à ce palier de gouvernance par rapport aux initiatives entreprises dans les autres paliers de décision. Cette note documentaire visait à contribuer à combler cette lacune en présentant des exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé aux niveaux local et régional au Canada. Elle a montré que les approches adoptées étaient diversifiées. Malgré cela, il ressort des éléments communs aux cas présentés, lesquels facilitent la collaboration intersectorielle en faveur de la santé aux échelles municipales et régionales. Il s'agit :

- de l'élaboration d'une stratégie claire avec des objectifs partagés;
- du fort soutien des autorités municipales et dirigeantes;
- du développement d'un leadership collaboratif;
- de la stabilité des structures et des organisations impliquées dans le partenariat;
- de la stabilité du mécanisme de financement.

10 Références

- Association médicale canadienne. (2013). *Les soins de santé au Canada : Qu'est-ce qui nous rend malades?* — Rapport des assemblées publiques de l'Association médicale canadienne. Ottawa, Ontario : Association médicale canadienne.
- Centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] — Côte-Nord. (2017). *Plan d'action régional 2017-2019 pour la promotion des saines habitudes de vie. Table Santé-Qualité de vie de la Côte-Nord — Axe 1.* Baie-Comeau, Québec : Direction de la santé publique. Consulté en ligne à : http://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss-cotenord/Documentation/Autres_publications/Plans_action/Plan_d_action_regional_2017-2019_pour_la_promotion_des_saines_habitudes_de_vie.pdf
- City of Vancouver. (2015). *A Healthy City For All. Healthy City Strategy – Four Year Action Plan 2015-2018, Phase 2.* City of Vancouver: Community Services – Social Policy and Projects. Consulté en ligne à : <https://vancouver.ca/files/cov/Healthy-City-Strategy-Phase-2-Action-Plan-2015-2018.pdf>
- City of Vancouver. (2017). *Implementation Update — Healthy City Action Plan (2015-2018).* Administrative Report. Vancouver, Colombie-Britannique : City of Vancouver. Consulté en ligne à : <https://council.vancouver.ca/20171128/documents/rr2.pdf>
- Craig, K. (2017). *Vancouver's Social Sustainability Plan.* Presentation to MAG Bicycle and Pedestrian Committee – Jan. 17, 2017. [Diapositives PowerPoint.] Consulté en ligne à : https://azmag.gov/Portals/0/Documents/BaP_2017-01-17_Healthy-City-Strategy-Vancouvers-Social-Sustainability-Plan-Presentation.pdf?ver=2017-04-06-110824-513
- Crawford, E., Klein, K. et Goudriaan, D. (2017). *Executive Summary. City of Vancouver Healthy City Strategy Evaluation.* Vancouver : SHIFT Collaborative.
- DeChamplain, M-L. (2017). *Bilan — Plan d'action régional Tables intersectorielles régionales.* Baie-Comeau, Québec : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord.
- Gakh, M. (2015). Law, the health in all policies approach, and cross-sector collaboration. *Public Health Reports*, 130(1), 96–100.
- Grey Bruce Health Unit. (2014). *Grey Bruce Healthy Community Picture – 2014 Supplement.* Owen Sound, Ontario: Grey Bruce Health Unit. Consulté en ligne à : https://www.publichealthgreybruce.on.ca/Portals/0/Documents/Publications/General%20Reports/2014_Grey_Bruce_Healthy_Community_Picture-FINAL-Aug_15_2014.pdf
- Grey County. (2019). *Transportation Master Plan.* Consulté en ligne le 11 octobre 2019: <https://www.grey.ca/roads/transportation-master-plan>
- Guglielmin, G., Muntaner, C., O'Campo, P. et Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284-292.
- Houde, H. et Lefebvre, Y. (2017). *Bilan — Plan d'action régional – Tables intersectorielles régionales.* Région, Mauricie. Trois-Rivières, Québec : Québec en Forme.
- Janzen, C., Marko, J. et Schwandt, M. (2018). Embedding health equity strategically within built environments. *Canadian Journal of Public Health*, 109(4), 590-597.

- Kemp, J. M. (2018). *Mobile Food Market. Evaluation Report: Winter/Spring 2017*. Halifax: Mobile Food Market. Consulté en ligne à : <http://www.mobilefoodmarket.ca/evaluation>
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A. et Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 649-657.
- Lefebvre, Y. (2018). *Table intersectorielle régionale saines habitudes de vie de la Mauricie*. Drummondville : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle, CIUSSS Mauricie-et-Centre-du-Québec.
- MacDermid, L. (2015). *Grey Bruce Healthy Communities Partnership Self-Evaluation Results April 2015*. Owen Sound, Ontario : Grey Bruce Health Unit.
- Mongeau, L., Pelletier, C. et Marion, D. (2016). *La démarche Prendre soin de notre monde*. Québec : démarche Prendre soin de notre monde. Consulté en ligne à : <https://prendresoindenotremonde.com/wp-content/uploads/2016/02/prendre-soin-de-notre-monde-la-demarche.pdf>
- Nova Scotia Health Authority [NSHA]. (2017). *Mobile Food Market. Summer/Fall Pilot Evaluation Report*. Dartmouth, Nouvelle-Écosse : Nova Scotia Health Authority. Consulté en ligne à : <http://www.mobilefoodmarket.ca/evaluation>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Genève, Suisse : OMS. Consulté en ligne à : https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague, Danemark : OMS. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Suisse : OMS. Consulté en ligne à : https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2013). *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. Genève, Suisse : OMS. Consulté en ligne à : https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS] et Gouvernement d'Australie-Méridionale. (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Adélaïde, Australie. Consulté en ligne à : https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
- Rantala, R., Bortz, M. et Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International*, 29(Suppl 1), i92-i102.
- Sharpe, C., Janzen, C., Schwandt, M., Dunn-Pierce, T., Neudorf, C. et Meili, R. (2016). *Growing Healthier: A Health Equity Impact Assessment of Saskatoon's Growth Plan*. Saskatoon, Saskatchewan: Saskatoon Health Region and Upstream. Consulté en ligne à : <https://www.saskatoonhealthregion.ca/stories/Pages/2016/Growing-Healthier.aspx>
- Smillie, L. (2018). *Mobile Food Market – Long Term Support*. CPED Report. Halifax, Nouvelle-Écosse : Halifax Regional Municipality.

- Tarasuk, V., Mitchell, A. et Dachner, N. (2016). *Household food insecurity in Canada, 2014*. Toronto, Ontario: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). Consulté en ligne à : <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2016/04/Household-Food-Insecurity-in-Canada-2014.pdf>
- World Health Organization [WHO] et Government of Finland. (2013). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Genève, Suisse. Consulté en ligne à : https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

11 Annexes

Annexe 1 Membres de la Table de leadership de la ville en santé pour tous (*Healthy City for All Leadership Table*) (Vancouver, Colombie-Britannique)

1. City of Vancouver (Co-Président)
2. Vancouver Coastal Health (Co-Président)
3. Canadian Mental Health Association, Vancouver
4. YWCA
5. Metro Vancouver Aboriginal Executive Council
6. Greenest City Action Team
7. Association of Neighbourhood Houses of BC
8. Vancouver Board of Education
9. BC Healthy Living Alliance
10. Grants and Community Initiatives, Vancouver Foundation
11. BC Partners for Social Impact
12. Healthy Living Branch, Population and Public Health, BC Ministry of Health
13. SUCCESS
14. Reconciliation Canada
15. British Columbia Institute of Technology BCIT
16. Vancouver Foundation
17. Centre for Hip Health and Mobility
18. MOSAIC
19. Arts Umbrella
20. BC Ministry of Children and Family Development
21. Langara College
22. Vancity Credit Union
23. The Learning City
24. Ending Violence Association of BC
25. Rennie Marketing Systems
26. Greater Vancouver Food Bank Society
27. Western Region, Public Health Agency of Canada
28. Street to Home Foundation

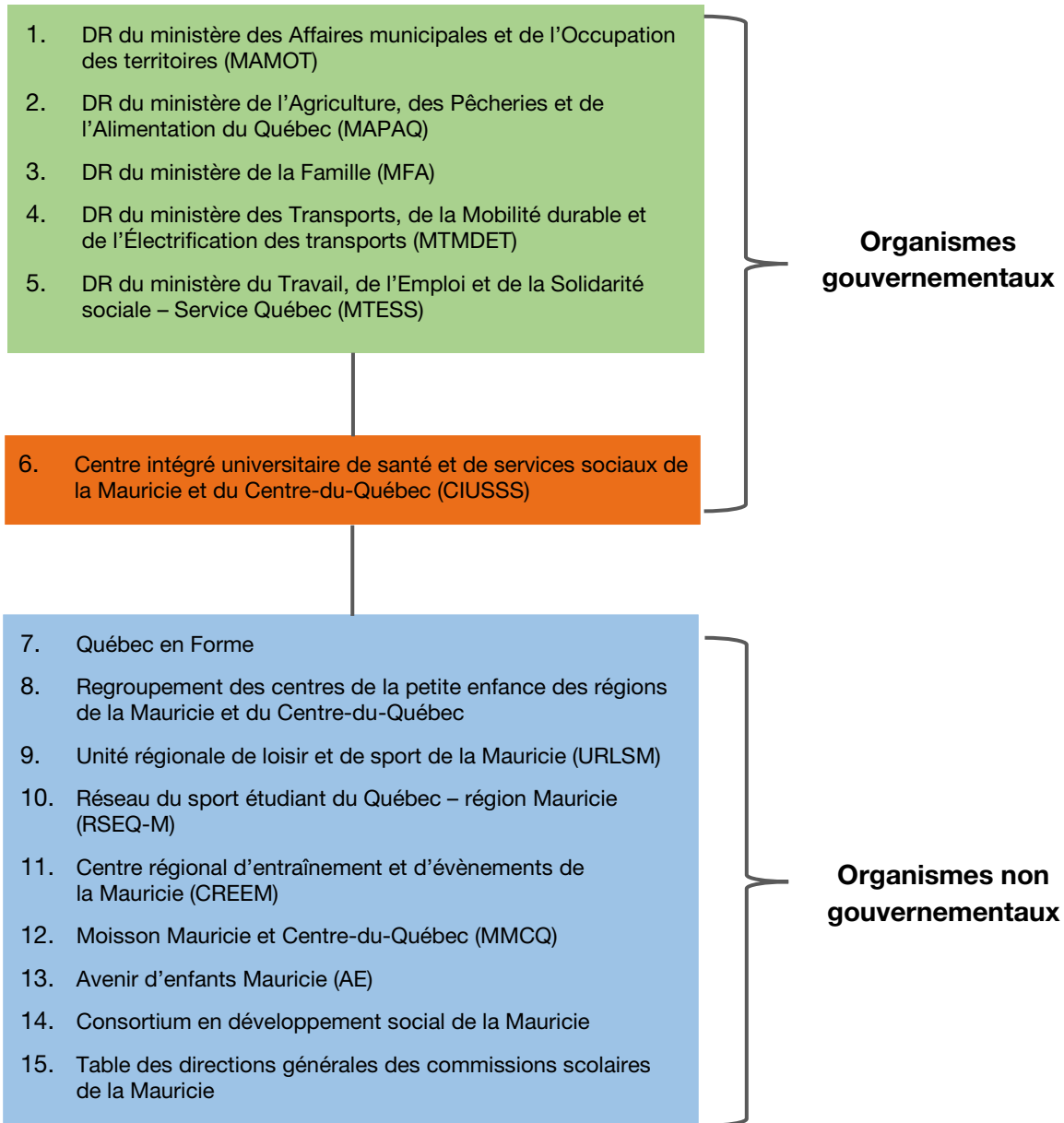
Source : City of Vancouver, 2015.

Annexe 2 Membres du Partenariat pour des communautés en santé de Grey Bruce (*Grey Bruce Healthy Communities Partnership membership List*) (Ontario)

1. Grey Bruce Health Unit
2. Community Council on Aging
3. Grey Bruce Board of Health
4. Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre
5. City of Owen Sound
6. Bluewater Canadian Cancer Society
7. DND Canadian Division Training Centre, Meaford
8. YMCA of Owen Sound Grey Bruce
9. Keystone Child, Youth & Family Services
10. United Way
11. Grey County
12. Bruce Grey Catholic District School Board
13. Grey Sauble Conservation Authority
14. Canadian Mental Health Grey Bruce Mental Health and Addiction Services
15. Bruce County
16. Community Voices, Poverty Task Force
17. M'Wikwedong
18. Municipality of Meaford
19. South East Grey Community Health Centre
20. Municipality of Grey Highlands
21. Community Foundation Bruce Grey
22. Southwest LHIN Grey Bruce

Source : Transmis par le Bureau de santé de Grey Bruce (*Grey Bruce Health Unit*).

Annexe 3 Membres de la Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie de la Mauricie (Québec) (état de la situation octobre 2018)



Source : Lefebvre, 2018.

Annexe 4 Bilan des objectifs du Plan d'action régional — Saines habitudes de vie 0-17 ans de la Mauricie (2014-2017) (Québec)

Période visée (1^{er} juillet 2016 au 31 mars 2017)

Objectifs atteints en partie :

- Que des acteurs clés et décideurs de tous les secteurs (municipal, scolaire, santé, communautaire, société civile, CPE et ministères) dans chaque communauté soient mobilisés autour des saines habitudes de vie (SHV) tant au palier local qu'au palier régional;
- Que chacune des instances locales et régionales se dote de moyens efficaces de communication répondant à leurs besoins respectifs;
- Que le plan d'action SHV « Petite enfance, grande forme » contribue de façon optimale aux changements de pratiques visés dans les services de garde éducatifs;
- Que les intervenants du préscolaire et des organismes famille (0-5 ans) comprennent les concepts clés du cadre de référence Gazelle et Potiron et qu'ils y adhèrent;
- Que les tables locales en sécurité alimentaire (SA) et les partenaires régionaux en SA disposent d'une ou de plusieurs solutions pour l'approvisionnement en aliments sains;
- Que l'accès physique et économique à des aliments sains soit une préoccupation présente chez les acteurs du milieu de l'agroalimentaire et les instances décisionnelles;
- Que les communautés locales soient soutenues dans l'amélioration de l'offre alimentaire saine dans les milieux de vie des enfants;
- Que les communautés locales soient soutenues afin qu'il y ait des environnements favorables à la saine alimentation dans les camps de jour;
- Que des municipalités et des écoles s'engagent dans une démarche favorisant l'implantation d'environnements favorables au mode de vie physiquement actif (MVPA);
- Qu'un mécanisme d'accompagnement des entraîneurs (n'ayant pas besoin d'un niveau PNCE¹² pour entraîner) soit mis en place pour favoriser une intervention de qualité et améliorer les messages SHV (SA et MVPA) auprès des jeunes;
- Que les décideurs et intervenants des milieux soient sensibilisés à la situation du développement moteur chez les jeunes du primaire;
- Que davantage de décideurs des milieux municipal et scolaire et du ministère des Transports du Québec aient mis à leur agenda le « transport actif »;
- Que les communautés (milieu municipal, milieu scolaire, ministère des Transports du Québec) se dotent de mécanismes favorisant une planification intégrée du « transport actif ».

Objectif non atteint :

- Que l'accès physique et économique à des aliments sains soit une préoccupation présente chez les acteurs du milieu de l'agroalimentaire et les instances décisionnelles.

Source : Houde et Lefebvre, 2017.

¹² Programme national de certification des entraîneurs

Annexe 5 Les partenaires et les contributeurs clés de l'initiative sur le marché alimentaire mobile (MAM) (Halifax, Nouvelle-Écosse)

1. Nova Scotia Health Authority
2. Halifax Regional Municipality
3. Halifax Mayor's Office
4. Ecology Action Centre
5. Partners for Care
6. Veith House
7. East Preston United Baptist Church
8. YWCA Halifax
9. MetroWorks
10. East Dartmouth Community Centre
11. Saint Thomas Baptist Youth Fellowship
12. Northwood Care
13. North Preston's Future
14. Mulgrave Park Caring & Learning Center
15. United Way Halifax
16. Atlantic Superstore
17. Noggins Farm
18. The Wooden Monkey
19. Freeman's Little New York
20. Halifax Transit
21. Halifax Public Libraries
22. Halifax Parks & Recreation
23. Halifax Fleet Services
24. Nova Scotia Department of Community Services
25. Stone Hearth Bakery
26. Elmridge Farm

Source : Smillie, 2018

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