



VILLE de

PINCOURT

Politique de développement social

Rapport sur les impacts potentiels et recommandations

AUTEURS

Chargés de projet – courtiers de connaissances

Kareen Nour, équipe Planification, évaluation-recherche

Émile Tremblay, responsable de l'Évaluation d'impact sur la santé

Membres du comité scientifique

Manon Blackburn, M.D., équipe Surveillance de l'état de santé de la population

Noël-André Delisle, équipe Déterminants sociaux de la santé

Geneviève Chénier, équipe Déterminants sociaux de la santé

Dominique Gagnon, équipe Déterminants sociaux de la santé

Jean-Pierre Landriault, coordonnateur - Programme adultes-personnes âgées

Julie Loslier, M.D., équipe Planification, évaluation-recherche

Gabrielle Manseau, équipe Saines habitudes de vie

Pierre Paquin, équipe Pratique clinique préventive

Carmen Schaefer, soutien à la recherche

PARTENAIRES

Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Vaudreuil-Soulanges

Carmen Hébert, organisatrice communautaire

Dominique Pilon, directeur des programmes généraux, spécifiques et santé

Ville de Pincourt

Clément Bergeron, conseiller principal en développement social, CRÉ de la Vallée-du-Haut-Saint Laurent.

Stéphane Boyer, conseiller municipal

Yvan Cardinal, maire

Simon Grenier, directeur des Loisirs et des Services communautaires

Jim Miron, conseiller municipal

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Extranet de l'Agence –

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/eis.fr.html>

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-89342-578-8 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :

Direction de santé publique. (2013). Évaluation d'impact sur la santé de la politique de développement social de la Ville de Pincourt : Rapport sur les impacts potentiels et recommandations. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 52 p.

© Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, février 2013

Table des matières

INTRODUCTION	5
1 CADRE THÉORIQUE	6
MUNICIPALITÉ ET SANTÉ	6
DE LA POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL À LA SANTÉ	8
LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	9
Accessibilité aux services et lieux publics	9
Activités physiques sécuritaires.....	10
Capital social	10
Capital économique	11
2 IMPACTS POTENTIELS ET RECOMMANDATION	13
ACTION INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATION CITOYENNE	13
Qu'est-ce que l'action intersectorielle et la participation citoyenne?.....	13
Quel est le lien entre les déterminants de la santé, l'action intersectorielle et la participation citoyenne?.....	14
Quel est l'état de situation à Pincourt?	15
TRAVAIL DE PROXIMITÉ	16
Qu'est-ce que le travail de proximité?	16
Qui est l'intervenant offrant le travail de milieu?	16
Où et comment intervient-il?.....	16
Quel est le lien entre le travail de milieu et les déterminants de la santé?.....	18
Quel est l'état de situation à Pincourt?	19
ACCUEIL ET INTÉGRATION DES IMMIGRANTS RÉCENTS	20
Qu'est-ce que l'intégration des nouveaux immigrants?	20
Pourquoi l'accueil et l'intégration des immigrants récents sont-ils importants pour la santé et ses déterminants?.....	20
Quel est l'état de situation à Pincourt?	21
LOGEMENTS LOCATIFS	22
Logement locatif acceptable.....	22
Lien entre le logement locatif acceptable et les déterminants de la santé	22
Quel est l'état de situation à Pincourt?.....	23
OFFRE DE SERVICES EN LOISIRS	24
Caractéristiques d'une offre de service de loisirs	24
Lien entre l'offre de service en loisirs et les déterminants de la santé	26
Quel est l'état de situation à Pincourt?	26
TRANSPORT ALTERNATIF	28
Qu'est-ce que le transport alternatif et comment favoriser son utilisation?	28
Quel est le lien entre le transport alternatif et les déterminants de la santé?.....	29
Quel est l'état de situation à Pincourt?	29
AMÉNAGEMENT DES RUES ET DES PISTES CYCLABLES	30
Quelles sont les caractéristiques porteuses de l'aménagement des rues et des pistes cyclables?	30
Quel est le lien entre l'aménagement des rues et des pistes cyclables et les déterminants de la santé?	31
Qu'est-ce qui peut être fait?	31
Quel est l'état de situation à Pincourt?	34
ANNEXE 1 : TABLEAU SYNTHÈSE DE L'EIS DE LA VILLE DE PINCOURT EN LIEN AVEC LES ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PDS	36
ANNEXE 2 : TABLEAU SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE L'EIS	37
ANNEXE 3 : ANALYSE DÉTAILLÉE DE L'ENVIRONNEMENT BÂTI FAVORABLE AUX DÉPLACEMENTS ACTIFS SÉCURITAIRES DE PINCOURT	38
RÉFÉRENCES	43

Liste des figures

Figure 1 : Écosystème municipal et la santé.....	7
Figure 2 : Schéma conceptuel.....	8
Figure 3 : Proportion de la population de 12 ans et plus atteinte de maladies cardiaques selon le quintile de revenu du ménage, Québec, 2009-2010	11
Figure 4 : Proportion de la population de 12 ans et plus percevant son état de santé mental excellent ou très bon selon le quintile de revenu du ménage, Montérégie, 2009-2010	12
Figure 5 : Modalités de participation publique selon le niveau de pouvoir consenti aux citoyens.....	14
Figure 6 : Continuum accueil-intégration	20

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dimensions liées à l'accessibilité aux services et lieux publics.....	9
Tableau 2 : Caractéristiques comparatives du travail de milieu et du travail de rue	17
Tableau 3 : Quatre grandes étapes d'implantation du travail de milieu	18
Tableau 4 : Dimensions de l'offre de loisir (programme et infrastructure) favorisant la participation.....	25
Tableau 5 : Offre de loisirs de la Ville de Pincourt	27
Tableau 6 : Caractéristiques de l'aménagement prometteuses pour la santé	32

I NTRODUCTION

Inspirée par la politique de développement social durable de la MRC de Vaudreuil-Soulanges, la Ville de Pincourt a entrepris d'élaborer sa propre politique en la matière. La politique de développement social (PDS) préparée par la Ville de Pincourt a pour objectif de mettre l'accent sur la participation citoyenne et propose un plan d'action sur trois ans « qui vise à favoriser la qualité de vie et l'épanouissement des citoyens et des citoyennes de tout âge et de toute condition ainsi qu'à favoriser le développement d'une communauté solidaire ». Pour répondre à cet objectif, la Ville a formé en 2011 un comité de pilotage municipal regroupant des citoyens, des élus municipaux et plusieurs partenaires publics et communautaires de son territoire. Cette concertation a conduit à la rédaction de la PDS et de son plan d'action identifiant les priorités prévues pour 2013-2015.

À la suite de cette planification, la Ville a accepté de participer à une démarche innovante en collaborant à une évaluation d'impact sur la santé (EIS). Menée sous le leadership de la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie et du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Vaudreuil-Soulanges, la présente démarche EIS et le rapport qui l'accompagne ont été réalisés en complémentarité avec le travail accompli par le comité de pilotage municipal.

Toutefois, bien que l'EIS se soit intéressée aux multiples effets potentiels de la PDS, l'objectif du présent rapport n'est pas de décrire avec exhaustivité les multiples effets possibles de la PDS, mais d'analyser ses principaux impacts potentiels sur la santé et la qualité de vie des citoyens de la Ville de Pincourt. Par la présentation d'analyses expliquant les impacts potentiels et la formulation de recommandations intégrables à la PDS, l'EIS vise à soutenir le travail du comité de pilotage et à nourrir sa réflexion sur différentes possibilités pour améliorer la santé et la qualité de vie des citoyens.

1 CADRE THÉORIQUE

La démarche de l'EIS repose sur une approche théorique décrivant l'influence des municipalités et leur responsabilité dans le processus de production de la santé. En tant que milieu de vie, les municipalités sont décrites comme une source d'influence marquante pour le développement de leurs citoyens. À titre d'exemple, mentionnons que sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés au cours du siècle dernier, seulement huit sont attribuables aux services de santé. Les 22 années supplémentaires sont redevables à des facteurs extérieurs aux services de santé, soit à l'amélioration de l'environnement, des conditions de vie et des habitudes de vie [1].

En nous appuyant sur cette conception, nous décrivons dans ce chapitre :

- Comment les municipalités influencent la santé et la qualité de vie de leurs citoyens.
- Quelles influences pourraient avoir la PDS sur les citoyens.
- Quels sont les effets sur la santé et la qualité de vie des principaux déterminants de la santé susceptibles d'être affectés par le projet.

MUNICIPALITÉ ET SANTÉ

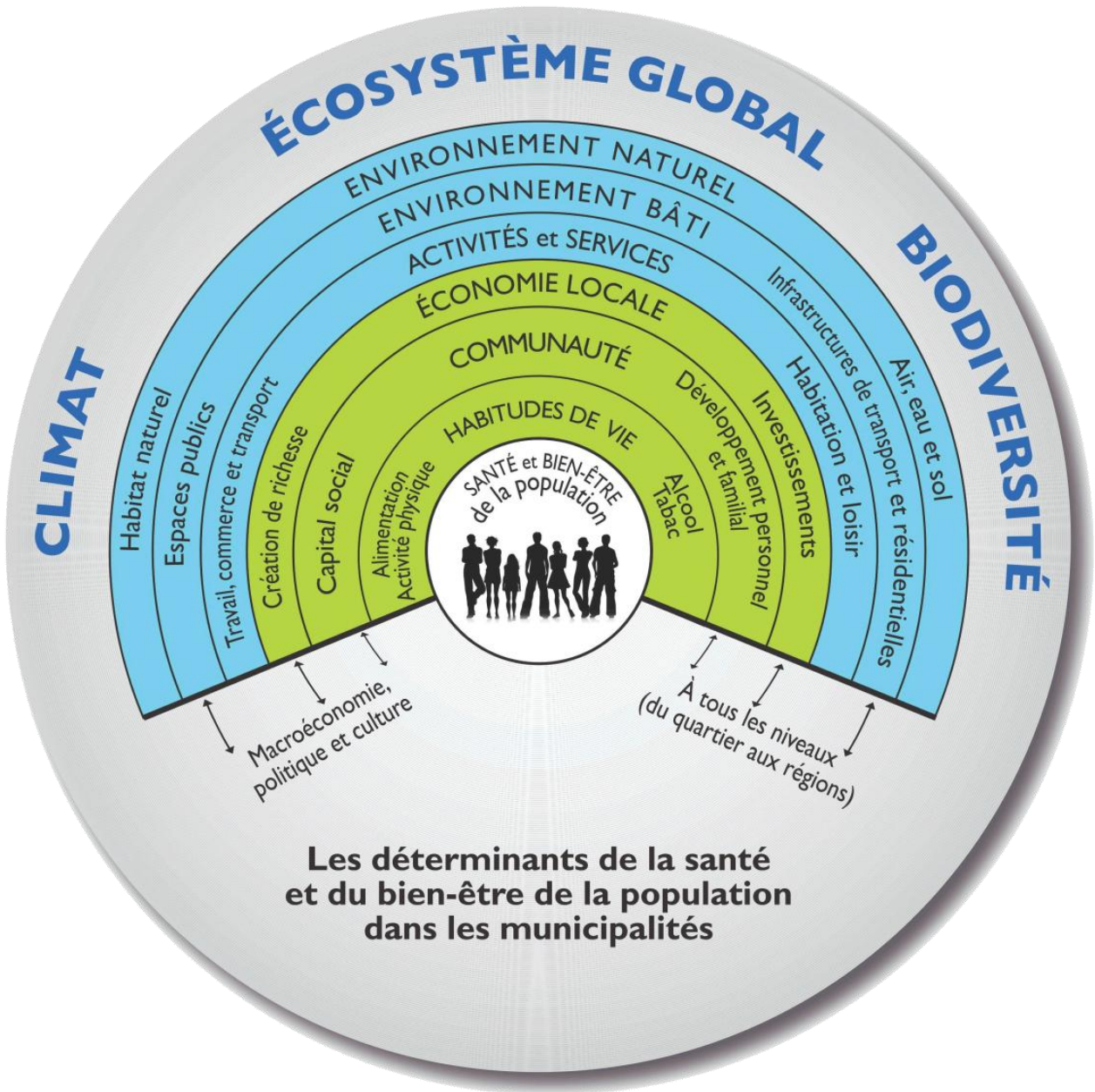
Les municipalités sont souvent définies comme étant des organisations dont la principale responsabilité est d'administrer des services destinés à leurs citoyens. Or, les municipalités sont également définies selon leur territoire et les communautés qui l'habitent, devenant ainsi un écosystème municipal (voir figure 1).

L'écosystème municipal est conçu comme étant un milieu de vie dans lequel les citoyens évoluent et entrent en relation les uns avec les autres, mais interagissent également avec leur environnement. Dans cette perspective, la municipalité devient un théâtre au sein duquel les interrelations entre les individus et leur environnement se développent et contribuent à l'évolution de la santé et de la qualité de vie des citoyens. Dans ce contexte, nous comprendrons que l'évolution de la santé des citoyens est étroitement liée à leur écosystème et que, la municipalité étant un écosystème en elle-même, on ne peut la dissocier de l'importance du rôle qu'elle occupe.

Pour illustrer nos propos, nous nous appuyons sur le schéma ci-dessous illustrant les sept composantes de l'écosystème municipal. Nous pouvons ainsi voir que ce dernier se compose d'un environnement naturel et bâti, d'activités et services municipaux, d'une économie locale, d'une communauté ayant des comportements (habitudes de vie) et de citoyens. La disposition réfléchie de ces sept composantes de l'écosystème reflète quant à elle les influences qu'elles ont les unes sur les autres et leur degré de proximité avec les citoyens.

Également, les différentes couleurs permettent de distinguer les zones d'action des municipalités de celles hors de leur emprise directe. Nous pouvons ainsi constater que les zones bleues correspondent aux secteurs traditionnels de responsabilités municipales. L'environnement naturel, l'environnement bâti et les activités et services se caractérisent donc en tant que zones d'actions municipales représentant des opportunités pour influencer l'économie locale, la communauté et les habitudes de vie; des facteurs contribuant tous à la santé et la qualité de vie des citoyens.

Figure 1 : Écosystème municipal et la santé



Traduit et adapté de Barton & Grant (2006) [1]

C'est en adoptant cette perspective que la présente EIS s'est déroulée et que l'écosystème de la Ville de Pincourt a été observé. En empruntant la démarche de l'EIS, le comité conjoint s'est penché sur la PDS proposée afin d'identifier des caractéristiques

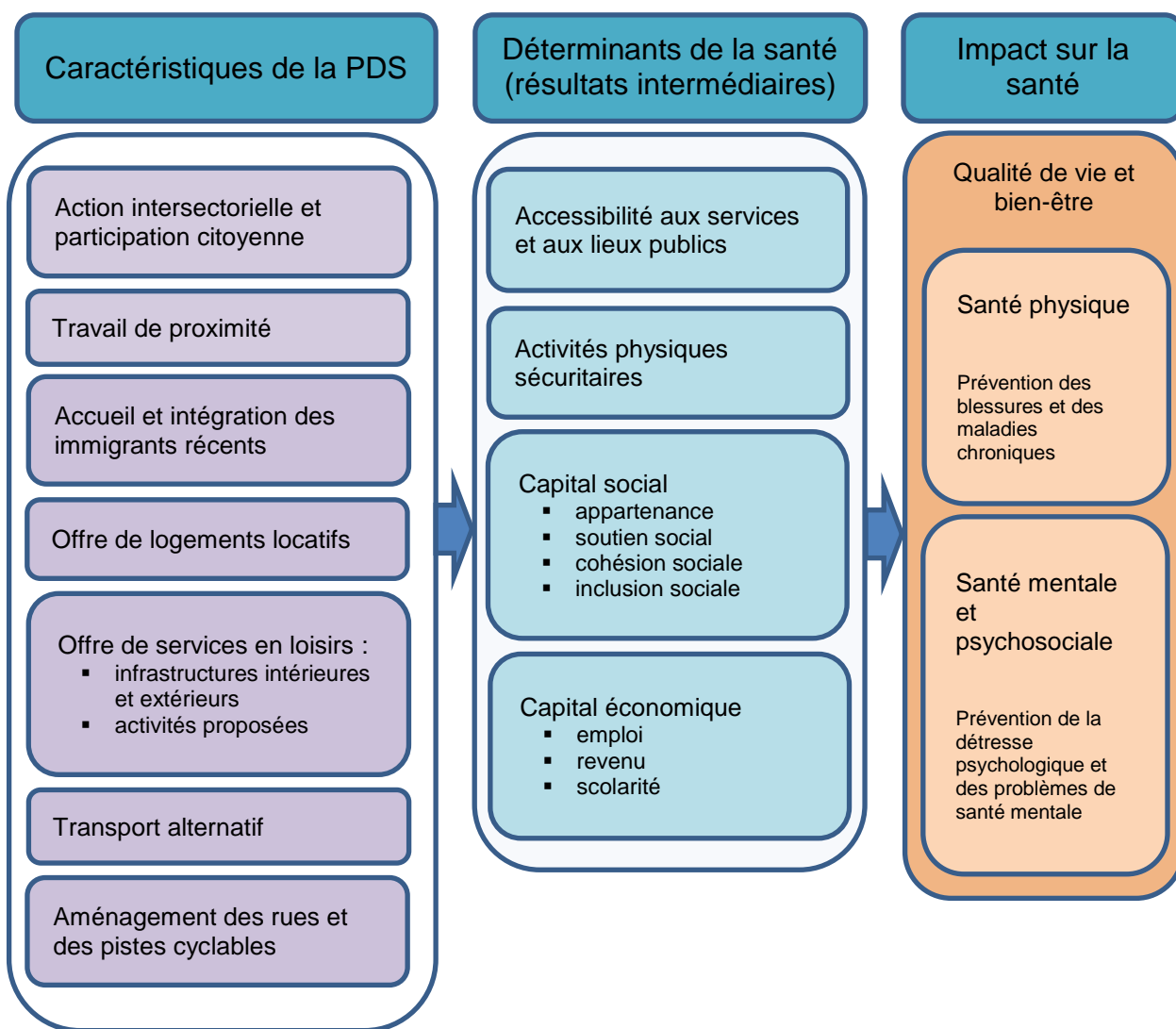
susceptibles d'influencer la santé et la qualité de vie des Pincourtois et Pincourtoises. Voyons maintenant ces caractéristiques.

DE LA POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL À LA SANTÉ

Les caractéristiques de la PDS identifiées lors du dépistage et découlant de la majorité des actions prioritaires identifiées ont été intégrées dans un schéma afin de démontrer leurs impacts potentiels sur la

santé et la qualité de vie des citoyens. Illustré ci-dessous, ce schéma conceptuel présente la relation entre les caractéristiques de la PDS et des déterminants de la santé d'une part, et la relation entre les déterminants et la santé, d'autre part.

Figure 2 : Schéma conceptuel



LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Dans cette section, nous décrivons les déterminants de la santé présentés dans le schéma précédent et discutons de leur influence respective sur la santé et la qualité de vie des citoyens de la Ville de Pincourt. Nous croyons que les caractéristiques de la PDS sont susceptibles d'affecter, à travers leurs actions, les déterminants de la santé.

Accessibilité aux services et lieux publics

L'accessibilité concerne tous les aspects d'une municipalité et s'adresse à tous les citoyens. Elle contribue à la santé et à la qualité de vie des citoyens. Le concept multidimensionnel de l'accessibilité peut être résumé en quatre dimensions [3-7].

L'accessibilité aux lieux publics et aux services est considérée comme un déterminant central de la santé [5] qui contribue au bien-être des citoyens et ce, de différentes façons [8]. L'accessibilité aux services et lieux influençant la vie sociale et économique des citoyens (ex. : transport, immigration, logement) représente un élément à partir duquel on peut préserver

l'équité entre différents sous-groupes d'une population et, ce faisant, diminuer leur état de vulnérabilité. En fait, l'accessibilité à des services et activités diminue les risques d'exclusion sociale liés à l'état de santé, à l'âge, à la condition familiale et au statut socioéconomique [9].

De plus, l'accessibilité économique et culturelle, particulièrement pour les citoyens défavorisés et pour les nouveaux immigrants, est importante et étroitement liée au capital social et économique des citoyens [10]. À juste titre, l'accessibilité aux lieux d'emplois et aux services via des initiatives de transports collectifs et l'accessibilité au logement via des initiatives de logements locatifs abordables, sont sources de qualité de vie pour les citoyens [11]. Le niveau d'accessibilité à des lieux publics, tels que les parcs et les infrastructures de loisirs est significativement lié à la pratique d'activité physique [7, 12, 13].

Tableau 1 : Dimensions liées à l'accessibilité aux services et lieux publics

Dimensions	Explication
Spatiale (ou géographique)	Correspond à la disponibilité, la proximité et l'accessibilité physique des services et lieux publics pour tous les citoyens, notamment pour ceux à mobilité réduite. Cette dimension traite de la quantité et de la diversité des infrastructures, des équipements et des services de la municipalité en fonction de leur distance, des possibilités de transport permettant d'y accéder et des besoins de la population.
Temporelle	Réfère au temps dont le citoyen dispose pour utiliser les services et lieux publics. Elle englobe les périodes de temps ou plages horaires durant lesquelles les activités, les espaces et les équipements sont accessibles aux citoyens.
Économique	Correspond au coût des services et des lieux et à la capacité de payer des citoyens (ex. : tarification différenciée selon l'âge ou la taille de la famille)
Socioculturelle	Réfère à l'adaptation des services et lieux publics afin d'encourager leur utilisation par tous les citoyens, peu importe leur appartenance sociale ou culturelle. Elle vise à diminuer l'exclusion fondée sur les différences culturelles des citoyens (croyances et traditions). Elle correspond donc à la possibilité pour les citoyens d'influencer l'offre de service et au plaisir de fréquenter une organisation perçue comme un milieu de vie.

Activités physiques sécuritaires

L'activité physique, qu'elle soit accomplie à des fins utilitaires ou de loisir, est reconnue pour contribuer à la santé et à la qualité de vie de la population. Ces activités génèrent une dépense importante d'énergie bien qu'elles peuvent varier en durée et en intensité [14]. Il est recommandé aux adultes et aînés de pratiquer au moins trente minutes d'activité physique par jour alors que pour les 5 à 17 ans, il est recommandé d'être actif, en intensité modérée ou vigoureuse, au moins soixante minutes par jour¹. La durée et l'intensité de l'activité physique requise quotidiennement peuvent être atteintes par la pratique d'activités de sport et de loisir actif, mais aussi par le biais des déplacements actifs. En 2009, seulement 36 %² des adultes résidant sur le territoire de la MRC de Vaudreuil-Soulanges déclaraient pratiquer des activités physiques de loisirs au moins trois fois par semaine pendant 30 minutes ou plus. Près de la moitié (48 %) des adultes du territoire estimaient qu'ils devraient en priorité être plus actifs physiquement pour améliorer leur santé.

Pour être pleinement favorable à la santé, l'activité physique doit se faire dans un cadre sécuritaire. La sécurité est un phénomène complexe qui touche plusieurs aspects de nos vies et qui se manifeste sous plusieurs formes. Le sentiment de sécurité se traduit par la crainte ou la confiance ressentie par les citoyens envers leur environnement physique ou social. En plus d'engendrer des conséquences directes sur le stress et la qualité de vie, le sentiment de sécurité est reconnu pour influencer les comportements des citoyens et leurs habitudes de vie. Cette appréciation peut être influencée par la sécurité réelle lors de la pratique d'activité physique. En agissant sur la sécurité réelle dans l'environnement, on peut augmenter le sentiment de sécurité. Par exemple, l'aménagement des parcs ou la revitalisation des pistes cyclables permettent la pratique d'une activité physique sécuritaire et augmentent le sentiment de sécurité. La présence d'équipements neufs ou en bons états dans les infrastructures sportives ou d'un instructeur physique qualifié accroît également le sentiment de sécurité par rapport aux activités physiques.

Les preuves des bienfaits de la pratique régulière d'activité physique sécuritaire sont abondantes. Une activité physique d'intensité modérée peut contribuer à

réduire la mortalité liée à divers types de maladies chroniques chez les adultes de tous âges. De plus, la pratique régulière d'activité physique contribue à l'accroissement de la masse musculaire, au renforcement des os, à une réduction du gras corporel, au maintien du poids et à la santé mentale [15]. L'adoption d'un mode de vie physiquement actif est reconnue pour contrer l'obésité et l'embonpoint ainsi que réduire l'apparition de maladies chroniques et cardiovasculaires [16-18]. À l'échelle populationnelle, on estime que plusieurs de ces maladies, accentuées par l'inactivité physique, sont évitables. Également, la pratique de l'activité physique est reconnue pour diminuer la prévalence du stress et de la dépression [19, 20]. En réalisant ces activités dans un environnement physique sécuritaire, les bienfaits sur la santé augmentent tout en minimisant les risques de blessures et d'accidents [21].

Capital social

Le capital social peut être défini comme le niveau de ressources sociales dont dispose un individu pour accéder à des services ou à d'autres ressources autrement inaccessibles [22]. À l'image du capital économique, le capital social est réputé être productif, c'est-à-dire qu'il contribue à la production de réalités matérielles et sociales, telles que la santé et la richesse [23].

Étant donné sa nature, le capital social s'acquiert par le biais de différentes sources, telles que les familles, les entreprises, les réseaux sociaux et les relations de voisinage [23]. L'appartenance à des groupes ou réseaux permet ensuite de développer, à divers degrés, la cohésion sociale, le soutien social, la confiance et le sentiment d'appartenance à la communauté [24, 25]. Il permet de combattre l'exclusion sociale de certains groupes de citoyens et vise à promouvoir l'égalité d'accès et le droit au logement, au travail, à la santé, à l'éducation, à la sécurité alimentaire, à la sécurité juridique, aux transports, etc.

Le capital social a des effets bénéfiques sur la baisse de la mortalité et l'accroissement de la longévité [26-28]. Les effets de cette première association s'expliquent notamment par la protection que génère le soutien social et qui permet d'atténuer les effets du stress et ses conséquences néfastes sur la santé physique et mentale [29-31]. L'appartenance à des réseaux sociaux est reconnue pour favoriser la pratique d'activité physique [32, 33].

¹ Directives canadiennes en matière d'activité physique, janvier 2011. Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE).

² Les pourcentages ont été arrondis à l'unité près pour faciliter la lecture du document.

La cohésion sociale d'une communauté peut avoir un effet protecteur sur la santé mentale des personnes en situation de défavorisation et peut réduire la prévalence de certaines maladies [34, 35]. La combinaison des actions de soutien social à celles à plus grandes portées sociales, par exemple l'organisation d'événements familiaux, contribue à la création de la cohésion sociale d'une communauté, c'est-à-dire de développer chez les citoyens et citoyennes un niveau de confiance envers leur communauté, un attachement positif aux organisations de la municipalité, de favoriser les opportunités de contacts sociaux et de développer un sentiment d'appartenance. Les personnes qui ont un faible réseau de soutien social sont plus à risque de développer des symptômes de dépression et maladies coronariennes [36, 37].

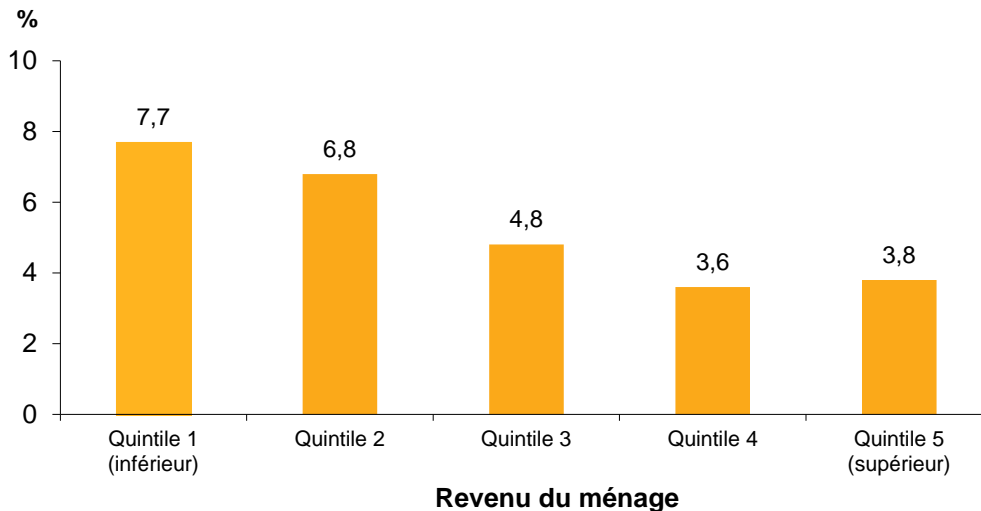
Finalement, en lien avec les aspects économiques d'une ville, le capital social est reconnu pour être un facteur d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, particulièrement en milieu rural [38, 39]. Il concourt globalement à favoriser l'essor d'une région [40] ainsi que sa croissance économique [41].

Capital économique

Le capital économique, déterminé par l'emploi, le revenu et la scolarité, représente le pouvoir d'achat et la capacité à se procurer des biens et services. Le capital économique est associé à la santé à plusieurs niveaux alors que l'emploi et le revenu sont reconnus pour influencer autant les conditions et habitudes de vie que la santé psychosociale.

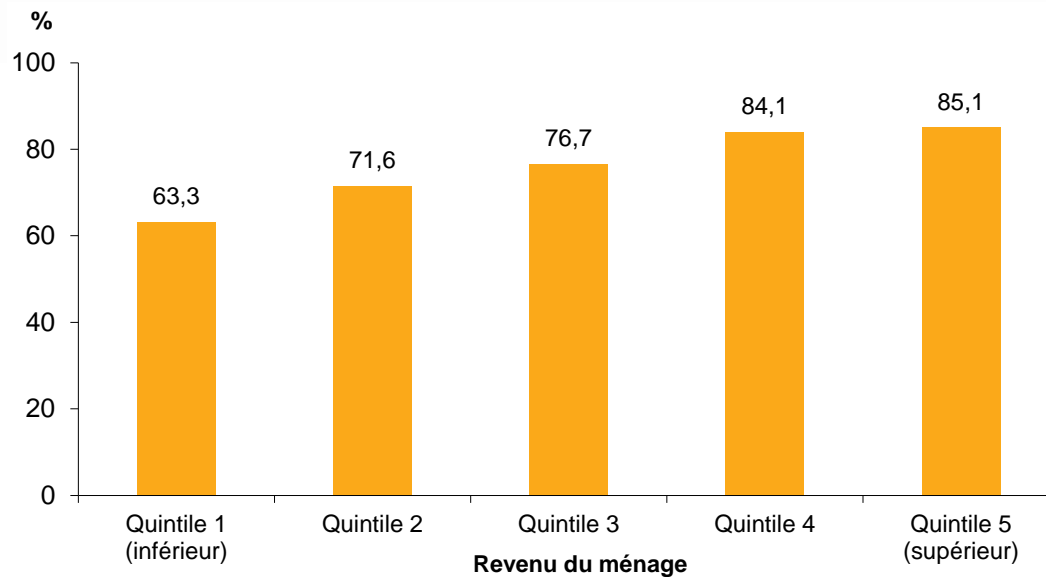
L'emploi occupe sans conteste une place primordiale, notamment en raison de ses effets sur le revenu et le pouvoir d'achat des travailleurs [42, 43]. Occuper un emploi contribue à améliorer la santé mentale en favorisant le maintien d'une bonne estime de soi et d'un sentiment d'accomplissement personnel [44]. Pour cette même raison, le revenu, et à plus forte raison sa distribution au sein de la population, est reconnu pour influencer à plus large échelle la santé de la population.

Figure 3 : Proportion de la population de 12 ans et plus atteinte de maladies cardiaques selon le quintile de revenu du ménage, Québec, 2009-2010



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.

Figure 4 : Proportion de la population de 12 ans et plus percevant son état de santé mental excellent ou très bon selon le quintile de revenu du ménage, Montérégie, 2009-2010



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010.

Comme l'illustrent les deux graphiques précédents, les revenus plus faibles sont associés à une prévalence plus élevée de maladies cardiaques et à une perception moins favorable de son état de santé mentale. À ce sujet, mentionnons qu'en Montérégie, en 2004-2007, les hommes favorisés au plan matériel et social³ pouvaient espérer vivre 5,6 années de plus que leurs concitoyens défavorisés. Pendant la même période, un écart de 2,3 années était observé chez les femmes de la région. Ces données témoignent de l'importance du revenu et de son influence sur la santé et la qualité de vie de la population.

Des tendances similaires à celles sur le revenu sont observées entre la scolarité et les maladies cardiaques et les troubles de santé mentale. En fait, la scolarité est étroitement liée à l'emploi et au revenu. Le niveau de scolarité influence l'état de santé et ce, tout au long de la vie. Les personnes plus scolarisées ont un meilleur accès à des environnements sociaux et physiques sains, à plus d'emplois et à une plus grande sécurité de revenu, et ont un plus fort sentiment de contrôle sur leur vie [45].

Elles ont également une meilleure connaissance des questions relatives à la santé et de meilleures habiletés à prendre soin de soi, deux facteurs contribuant à améliorer la santé et le bien-être [46]. À titre d'exemple, selon l'enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008, la proportion de personnes⁴ ayant un niveau élevé de détresse psychologique s'avère plus élevée chez les Québécois moins scolarisés par rapport à ceux qui le sont davantage.

³ Selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale.

⁴ Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé.

2 IMPACTS POTENTIELS ET RECOMMANDATION

Dans ce chapitre, nous étudions les impacts potentiels de la PDS sur la santé et la qualité de vie des citoyens de la Ville de Pincoirt. En situant les actions prioritaires énoncées dans la PDS à l'intérieur de l'écosystème municipal, nous mettons en relief sept caractéristiques principales de la PDS et analysons leurs impacts potentiels sur les environnements bâtis et les services municipaux. Enfin, pour chacun de ces éléments, nous proposons des recommandations susceptibles d'améliorer les impacts appréhendés.

ACTION INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATION CITOYENNE

L'action intersectorielle et la participation citoyenne représentent des leviers de la PDS de la Ville de Pincoirt qui faciliteront l'actualisation des autres caractéristiques du projet proposé. Elles permettront toutes deux de soutenir et d'implanter plus efficacement des changements au sein de la municipalité. Dans la PDS, une attention particulière est portée aux clientèles dont la participation citoyenne peut être limitée par différents facteurs dont l'âge (jeunes, personnes âgées), le genre (femmes), l'ethnicité (communautés culturelles) ou les limitations fonctionnelles (personnes handicapées) tout en portant une attention à la participation citoyenne de la population en général.

Les actions prioritaires no.1 (*Promotion, création et mise en œuvre d'un réseau social de soutien par le bénévolat*), no.6 (*Améliorer et bonifier les communications de la Ville*), no.13 (*Créer un bottin des ressources en développement social*), no.23 (*Stratégie de communication de la PDS*) et no.24 (*Mettre sur pied un forum jeunesse*), vont dans ce sens.

Qu'est-ce que l'action intersectorielle et la participation citoyenne?

L'**action intersectorielle** peut être définie comme la relation entre le secteur public, les citoyens et le secteur privé afin d'agir sur une question pour contribuer à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des citoyens. Elle est perçue comme une stratégie plus efficace, plus rationnelle et plus durable que l'action sectorielle [47]. Pour être pleinement efficace, l'action intersectorielle cherche à favoriser la participation citoyenne.

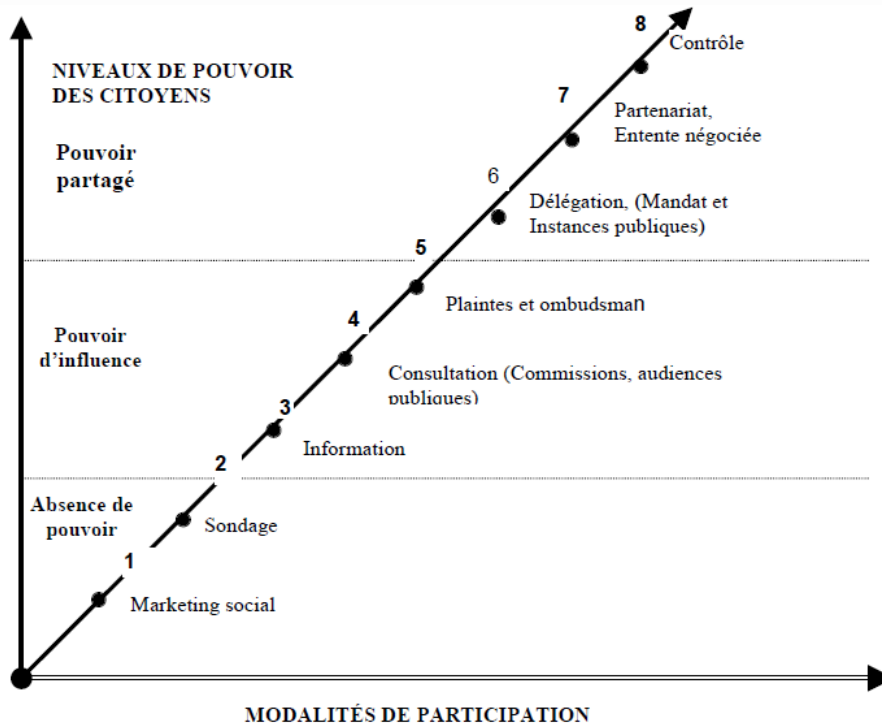
Bien que toutes les formes de **participation citoyenne** soient importantes⁵, la forme la plus complète de participation est la **participation publique** qui se traduit par une présence dans les lieux de pouvoir et une contribution active des citoyens aux décisions ou stratégies permettant d'améliorer leur santé et leur qualité de vie [48, 49]. Les niveaux d'influence de la participation publique varient selon le partage de pouvoir que les décideurs municipaux consentent aux citoyens (voir Figure 5).

La valeur ajoutée d'une PDS est de contribuer à la transformation des processus et des façons de faire d'une municipalité afin que ceux-ci soient davantage participatifs. Il revient à la municipalité d'exercer un leadership afin de coconstruire une offre de service pertinente, adaptée, de qualité et mobilisatrice avec et par des acteurs du milieu.

Toutefois, « la participation (...) ne signifie pas que tout le monde ou que la majorité doit participer activement tout le temps; elle implique cependant l'existence continue d'un potentiel de participation »[50]. Ce potentiel doit s'incarner par des lieux, des mécanismes et des processus formels de participation publique connus des citoyens et par des mesures d'animation et de formation adéquates facilitant l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice d'une participation publique. La participation citoyenne, en plus de faire partie du discours du développement social, doit s'inscrire dans des démarches récurrentes de mise en œuvre des plans de développement social [51].

⁵ Ex. : concept qui englobe la participation sociale (participation aux activités municipales, implication bénévole, familiale ou communautaire, travail rémunéré, etc.) et la participation publique (participation dans des lieux de pouvoir).

Figure 5 : Modalités de participation publique selon le niveau de pouvoir consenti aux citoyens.



Source : Cadre de référence de la participation publique démocratique, utile et crédible [49]

Quel est le lien entre les déterminants de la santé, l'action intersectorielle et la participation citoyenne?

La participation citoyenne permet d'accroître le **sentiment de compétence, de fierté et d'appartenance des citoyens** à leur ville tout en augmentant leur sentiment de contrôle sur leur environnement et leur avenir [52] ainsi que le sentiment d'influence sur le développement et l'implantation de politiques municipales. Par ailleurs, la participation citoyenne représente un des déterminants de la participation à des **activités physiques** [53]. En effet, des niveaux plus élevés de participation citoyenne améliorent la cohésion sociale, la confiance envers ses voisins et le sentiment de communauté qui sont associés à une amélioration du capital social et une plus grande participation aux activités municipales, dont les activités physiques [54, 55].

De plus, la participation citoyenne et les relations de réciprocité et de confiance facilitent la coopération et

l'entraide dans un milieu, pouvant alors influencer positivement la santé de la population [52]. Les membres d'une communauté qui arrivent à travailler ensemble vers un but commun, profitent d'un **meilleur accès à des services de santé et à des ressources d'aide** et présentent un **taux de mortalité plus bas**. Ils composent aussi avec des **normes sociales plus favorables à la santé**. À l'inverse, on constate que dans les communautés désorganisées, la population présente plus de **problèmes de santé mentale** et un **plus haut taux de suicide**. Les risques de **maladies coronariennes** et le taux de **mortalité infantile** y sont également plus élevés [27]. Les actions qui tiennent compte des perceptions et des valeurs propres aux personnes et groupes vulnérables, et qui renforcent la participation sociale amènent à réduire les écarts de santé, à minimiser les conséquences de la mauvaise santé et à prévenir l'aggravation de la maladie [56, 57]. Finalement, la participation significative de citoyens aux décisions donne lieu à de **meilleures interventions** et de **meilleurs programmes** [58] et génère des **réponses adaptées et durables** aux besoins locaux, tout en augmentant l'implication dans **les processus** et la **légitimité des décisions** [59].

Quel est l'état de situation à Pincourt?

Dans le cadre de sa PDS, plusieurs éléments positifs en terme de participation citoyenne ont été entrepris par la Ville de Pincourt. L'importante contribution de 268 citoyens aux consultations publiques a permis de créer un espace d'information et de dialogue entre l'administration municipale et les citoyens tout en leur accordant un certain pouvoir d'influence sur les orientations municipales en développement social. La volonté affirmée de 90 citoyens de prendre part à la mise en œuvre de cette politique témoigne de leur intérêt à contribuer à l'amélioration de la santé et la qualité de vie des Pincourtois. Par ailleurs, la PDS de la Ville de Pincourt identifie clairement la concertation intersectorielle comme un axe de développement. Ceci se reflète dans ses 25 actions prioritaires, avec l'identification des acteurs municipaux et externes impliqués.

Les processus en développement social privilégiés par la Ville de Pincourt visent à permettre aux citoyens de prendre part à l'action et à développer ses compétences en vue de renforcer ses capacités à agir dans son milieu. La Ville précise que la mission du *Comité de suivi* sera de deux ordres :

Favoriser les partenariats intersectoriels puis la mobilisation des citoyens afin d'atteindre les objectifs de conseiller.

Orienter la Ville en termes de priorités en développement social puis planifier et soutenir la réalisation des actions découlant de cette politique.

L'action prioritaire retenue par la Ville de promouvoir et de mettre en œuvre un réseau social de soutien par le bénévolat (no.1) peut apporter une contribution certaine au renforcement de la participation citoyenne des Pincourtois. Toutefois, nous croyons qu'il serait pertinent et nécessaire de préciser des mesures dédiées au renforcement de la participation citoyenne, en complément des mesures de participation actuellement présentées. Peu de moyens sont identifiés par la municipalité au sein du plan d'action afin d'inclure les citoyens dans les lieux de pouvoir, de leur permettre d'exercer une contribution active dans le cadre du suivi de cette politique et des choix de stratégies ou de projets pour améliorer leur qualité de vie et de bien-être. L'action prioritaire de mettre en place une concertation jeunesse permanente (no.24) représente un exemple visant à favoriser la participation publique des jeunes.

Recommandations

1. Mettre en place des mesures d'inclusion des citoyens et de renforcement de la participation

citoyenne, en complément des mesures déjà proposées, par exemple :

- 1.1. Réserver des espaces de participation publique au sein des comités de mise en œuvre des actions de la PDS et déléguer certains mandats à ceux-ci (ex. : comité organisateur d'événements familiaux, comité « accueil des arrivants »).
- 1.2. Déléguer des responsabilités à la concertation jeunesse permanente et mettre à sa disposition des ressources financières destinées au soutien de priorités jeunesse locales.
- 1.3. Lancer des appels de projets auprès des citoyens.
2. Soutenir la participation et la mobilisation des citoyens en :
 - 2.1. Offrant des ateliers de développement des connaissances et des compétences (ex. : sur le fonctionnement municipal ou la participation publique).
 - 2.2. Mettant sur pied une activité de reconnaissance et de valorisation des citoyens œuvrant au développement d'une communauté en santé.
 - 2.3. Recourant à des outils communicationnels pour informer les citoyens des opportunités d'implication et des projets à venir (ex. : site web, courriels, journaux, etc.).
3. Prévoir des modalités de reddition de comptes à la population pour favoriser le suivi et l'actualisation de la PDS et de son plan d'action :
 - 3.1. Créer des sièges citoyens au comité de suivi de la politique.
 - 3.2. Instaurer un espace d'échange permanent entre la Ville et les citoyens (ex. : forum annuel de bilan sur le déploiement de la PDS et de son plan d'action).
4. Soutenir la participation et la mobilisation des partenaires intersectoriels en :
 - 4.1. Maintenant des communications dynamiques faisant le suivi des actions entreprises.
 - 4.2. Sollicitant leur participation à l'actualisation de la PDS et de son plan d'action.

T RAVAIL DE PROXIMITÉ

En 2011, la Ville de Pincourt compte environ 1 960 jeunes de 12 à 21 ans qui représentent 14 % de la population. Une des façons efficaces de rejoindre et d'intervenir auprès de cette clientèle est par le travail de proximité. Plusieurs actions prioritaires contenues dans la PDS de la Ville touchent directement ou indirectement le travail de proximité, les actions no. 4 (*Organiser le déploiement de travail de proximité auprès des jeunes*), no. 18 (*Bonifier la programmation jeunesse*) et no. 21 (*Programmes d'activités en soutien aux jeunes décrocheurs*).

Qu'est-ce que le travail de proximité?

Le travail de proximité est une expression globale décrivant le fait de travailler auprès des personnes dans leur milieu naturel. Sa philosophie d'intervention repose sur l'amélioration de la qualité de vie ainsi que la promotion de la santé et du bien-être de la population par la prévention et la réduction des méfaits attribuables à l'exclusion sociale et aux différentes problématiques rencontrées. Le travail de proximité constitue une approche non directive reliée au concept d'*empowerment* décrit comme étant « le processus ou mécanisme par lequel les personnes, les organismes ou les communautés acquièrent le sentiment d'exercer ou exercent un plus grand contrôle sur les événements les concernant » [60]. Pour la pratique du travail de proximité, l'*empowerment* ne constitue pas un objectif *a priori*, mais devient un instrument précieux de conscientisation et d'activation. Le travail de proximité cherche donc à favoriser les conditions de son émergence et de son maintien.

Le travail de proximité inclut les réalités tant du travail de milieu que du travail de rue [61]. Essentiellement, le travail de milieu préconise une approche plutôt collective par rapport à celle du travail de rue et repose sur des stratégies de type aménagement du milieu et l'accompagnement des jeunes à partir de leur vécu quotidien [62]. Le tableau 2 résume les différences entre les deux types de travail [63].

Selon les actions prioritaires établies dans la PDS de la Ville, le travail de milieu, avec sa vision collective et ses stratégies d'action visant le soutien des jeunes dans la réalisation de projets, semble être l'approche à préconiser.

Qui est l'intervenant offrant le travail de milieu?

Les travailleurs de proximité sont des acteurs du réseau social⁶ pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être d'une municipalité. Pour être en mesure de remplir son mandat de façon efficace, le travailleur de proximité doit être disponible à sa clientèle et circuler dans le milieu. Le travailleur de milieu est un spécialiste exerçant un mandat spécifique qui lui est conféré, pour une part, par l'expression des besoins des jeunes et d'autre part, par la prise en compte des besoins de la collectivité. Il répond davantage aux besoins d'un groupe ou d'un milieu dans une visée davantage collective. Il peut travailler à partir d'un mandat spécifique en lien par exemple avec sa formation de base, d'un milieu précis (HLM, parc, école, maison de jeunes) ou d'une fonction intégrée à un service municipal (ex. : les Sports et Loisirs ou « l'animation de rue »).

Où et comment intervient-il?

Le travailleur de milieu œuvre principalement dans les endroits fréquentés par les jeunes, soit les parcs, maisons de jeunes, arcades, écoles et cours d'écoles, arénas, centres commerciaux, stationnements. Par l'accompagnement, la création d'une relation de confiance et l'animation, le travailleur de milieu poursuit de concert avec les jeunes, des objectifs de prévention et promotion de la santé, d'intégration/renforcement social ainsi que de réalisation de divers projets [63]. Le travail de milieu compte quatre grandes étapes d'implantation, soit l'observation, l'intégration, l'intervention et la stabilité (voir Tableau 3). Les deux premières étapes sont cruciales puisqu'elles posent l'enjeu de la création d'un lien de confiance avec les membres de la communauté et requièrent au minimum de trois à six mois d'investissement pour la ressource [63].

⁶ Cette expression désigne à la fois le réseau des organismes communautaires et celui des services publics, soit l'ensemble des services sociaux offerts et disponibles aux personnes qui pourraient en bénéficier.

Tableau 2 : Caractéristiques comparatives du travail de milieu et du travail de rue

	Travail de milieu	Travail de rue
Type de travail	<ul style="list-style-type: none"> ■ Spécialiste avec un mandat spécifique ■ Répond davantage aux besoins d'un groupe ou d'un milieu ■ Doit être rattaché à un organisme ayant un mandat jeunesse ■ Visée davantage collective 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Généraliste, œuvre dans la globalité ■ Répond davantage aux besoins exprimés par un individu ■ Doit être rattaché à un organisme spécialisé en travail de rue ■ Visée davantage individuelle
Population visée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Jeunes en insertion (vont à l'école, travaillent, vivent avec leur famille) ■ Comportements à risque et difficultés occasionnelles ■ Désorganisés, moments de vide ■ Jeunes de 12-21ans 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes en rupture, marginalisées, en difficulté ■ Comportements à haut risque fréquents ■ Situations de crise et d'urgence, déséquilibre ■ Personnes de tout âge
Lieux d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parcs, maisons de jeunes, arcades, écoles et cours d'écoles, arénas, centres commerciaux, stationnements 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rue, bars, brasseries, piqueries, appartements, restaurants, saunas, lieux de prostitution, « squatts »
Objectifs poursuivis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcement social ■ Réalisation de projets ■ Prévention et promotion de la santé ■ Entrer en relation 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Être présent et disponible ■ Apporter l'aide requise ■ Sensibilisation aux comportements sécuritaires ■ Réduction des méfaits ■ Entrer en relation
Moyens utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagnement ■ Écoute, support ■ Diffusion d'information ■ Distribution de matériel préventif ■ Référence ■ Concertation ■ Présence ■ Soutien aux jeunes dans la réalisation de projets ■ Approche semi-structurée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagnement ■ Écoute, support ■ Diffusion d'information ■ Distribution de matériel préventif ■ Référence personnalisée ■ Évaluation ■ Mise sur pied d'un service d'aide individualisé ■ Dépistage de problématiques
Horaires de travail	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principalement l'après-midi et le soir 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Principalement le soir et la nuit

Tableau 3 : Quatre grandes étapes d'implantation du travail de milieu

Observation	À cette étape préliminaire, le travail de milieu consiste à briser la glace, établir un premier contact afin d'instaurer et de conserver un lien de confiance avec les personnes ciblées. Cette prise de contact s'effectue avec la population directement visée, mais considère l'ensemble des composantes sociales du milieu (ex. : associations, partenaires, ressources institutionnelles et communautaires). Cette étape a aussi pour objectif de connaître et comprendre le milieu, son fonctionnement, ses habitudes et sa culture, de façon à pouvoir subséquemment y mener des interventions appropriées.
Intégration	La phase d'intégration constitue l'étape où le travailleur de proximité est accepté par le milieu investigué et où s'établit la relation de confiance tant recherchée, soit la création de liens significatifs. L'enjeu consiste pour le travailleur de milieu à se faire une place, se créer un rôle dans le milieu au sein duquel il se propose de mener les interventions. La création d'un réseau de soutien pour le travailleur requiert du tact, de la prudence et la patiente application d'une stratégie taillée sur mesure. Le but consiste à ce que le travailleur devienne significatif et non menaçant pour des personnes souvent très méfiantes envers les éléments extérieurs à leur propre univers.
Intervention	<p>L'intervention part d'abord et avant tout des besoins exprimés par les individus et/ou leur communauté et repose sur la création de liens significatifs avec ceux-ci. Pour être en mesure de remplir son mandat de façon efficace, le travailleur de milieu doit être disponible pour sa clientèle et circuler dans le milieu.</p> <p>La philosophie prévalant est celle d'une approche humaniste et personnalisée visant à responsabiliser l'individu et à assurer un rôle de liaison entre la population cible et les services disponibles. Les moyens privilégiés sont la présence, le support et l'accompagnement des jeunes dans la réalisation de divers projets rejoignant leurs besoins et préoccupations (ex. : projets de type sociorécréatifs ou socioéducatifs limités dans le temps; skate park, ateliers). Le travail de milieu consacre beaucoup de ressources à réaliser des activités d'information et de sensibilisation.</p>
Stabilité	La présence régulière du travailleur de milieu lui permet d'être à l'écoute de l'évolution de sa population et de leurs besoins. C'est par les contacts au quotidien qu'il crée sa place parmi les réseaux de ceux qu'il vise à rejoindre. Pour devenir un repère, il adopte une fréquence d'intervention adaptée au rythme du milieu. Cette fréquence est nécessaire puisque c'est à travers le partage de moments banals de la vie que les liens se nouent et deviennent nourrissants. À travers une attitude d'ouverture, la présence régulière du travailleur dans les espaces de vie lui permet de se rapprocher des personnes et d'adopter leur rythme, et permet à celles-ci de pouvoir le joindre lorsqu'elles en nécessitent le besoin.

Quel est le lien entre le travail de milieu et les déterminants de la santé?

De par la diffusion d'information concernant les lieux publics et les services offerts ainsi que leur utilisation dans le cadre d'activités planifiées avec les jeunes, le travail de milieu favorise **l'accessibilité aux services et aux lieux publics**. Il entraîne également le développement individuel et familial par le travail effectué sur l'estime de soi, l'écoute, l'accompagnement et la communication; la famille s'avérant une composante essentielle de l'univers des jeunes. Le sentiment de **cohésion sociale et d'appartenance** est favorisé par l'encouragement à une participation active à des activités ayant une portée sociale et des

initiatives requérant une interaction avec d'autres composantes de la communauté (ex. : services des loisirs, sécurité publique). Par ailleurs, l'incitation à des comportements plus normatifs au détriment de prises de risques associées à l'affirmation, au besoin de se démarquer ou à la recherche de sensations fortes, et par le travail sur l'estime de soi, encourage la **pratique d'activités physiques sécuritaires**. Finalement, le travail de milieu lutte contre les inégalités économiques en encourageant et soutenant les jeunes à demeurer **aux études et à l'emploi**, via un suivi individuel et d'encadrement [64].

Pour ce qui est du travail de rue, les impacts sont également positifs. Les interventions des travailleurs de rue s'avèrent des approches propices pour rejoindre de

façon globale dans leurs milieux de vie les populations vulnérables, notamment celles confrontées à de multiples problèmes [65] et sont efficaces comme action de prévention en délinquance juvénile [66].

Quel est l'état de situation à Pincourt?

Le travail de milieu prend toute sa signification lorsque nous regardons quelques données décrivant le portrait de la population des jeunes de la Ville de Pincourt. Entre 2005 et 2007, 17 % des élèves du secondaire de Pincourt étaient des décrocheurs, c'est-à-dire qu'ils ont quitté leur formation générale sans avoir obtenu de diplôme d'études secondaires. Au cours de leur vie, une certaine proportion d'entre eux complètera éventuellement une formation menant à l'obtention d'un diplôme, d'un certificat ou d'une attestation.

D'autre part, les statistiques policières révèlent que pour chaque année, entre 2007 et 2009, en moyenne 545 jeunes âgés entre 12 et 17 ans sont présumés auteurs d'un acte criminel commis dans la MRC de Vaudreuil-Soulanges. Ce portrait semble plutôt favorable, puisque le taux de jeunes auteurs présumés d'acte criminel dans la MRC (483 par 10 000 jeunes)⁷ est significativement plus faible que celui du Québec (577 par 10 000 jeunes). Les données régionales indiquent que les jeunes ont été le plus souvent liés à des crimes contre la propriété et que les jeunes auteurs présumés d'acte criminel sont plus souvent âgés entre 15 et 17 ans, et qu'il s'agit plus fréquemment de garçons.

Déjà quelques initiatives sont implantées sur le territoire de la Ville de Pincourt et dans les municipalités environnantes. Le *Comité jeunesse La Presqu'île* collabore depuis une quinzaine d'années au service *Projet X* qui emploie quelques jeunes pour créer de l'animation dans les parcs afin de prévenir le vandalisme et les méfaits. Le projet *Anges des parcs* quant à lui fait appel à une troupe de jeunes pour assurer la surveillance dans les parcs et le respect des règlements. Des *ateliers à l'école secondaire le Chêne Bleu* ont également été offerts sur certains enjeux vécus par les jeunes.

⁷ Afin de simplifier le texte, la valeur du Québec est présentée. Toutefois, le test statistique a été réalisé en comparant la valeur de la MRC avec celle du reste du Québec.

Recommandations

1. Implanter un service de travail de milieu dans la Ville de Pincourt.
 - 1.1. S'assurer de mettre en place les conditions nécessaires pour soutenir le travail de milieu selon le cadre de pratique de la Direction de santé publique [63, 67] (ex. : formule de travail en dyade, travail rattaché aux organismes jeunesse et organismes communautaires, création d'outils de suivis et d'évaluation).
2. Confier ce service à des professionnels possédant les compétences requises à différents niveaux :
 - 2.1. Organisation et supervision :
 - 2.1.1. Capacité de soutenir le développement du travail de milieu en respectant les quatre phases d'implantation et capacité d'organiser les ressources et d'analyser la situation.
 - 2.1.2. Aptitudes de leadership, écoute, ouverture d'esprit et tolérance [63].
 - 2.2. Travail sur le terrain : capacité d'adaptation et de socialisation, tolérance, autonomie, souplesse, facilité à travailler en équipe, écoute, débrouillardise, objectivité, capacité à déléguer [63, 68].
3. Sensibiliser la communauté de la ville à l'importance du travail de milieu via des activités « terrain » d'information et de sensibilisation par les professionnels impliqués dans le service (ex. : présentation lors d'assemblées, porte à porte, tournée des commerçants, conférences de presse) [63, 68].
4. Informer les jeunes de la présence d'un travailleur de milieu dans la ville par différents canaux : tournée des classes à l'école, animation-présentation dans la maison des jeunes, présence dans les parcs, aréna, etc.

ACCUEIL ET INTÉGRATION DES IMMIGRANTS RÉCENTS

À travers l'action prioritaire no 2 de sa PDS, la Ville a affirmé son intérêt à améliorer l'accueil des immigrants s'établissant à Pincourt. Cette volonté trouve écho chez les citoyens de Pincourt alors que les enjeux de l'accueil, de l'accès à l'emploi et de la francisation des immigrants ont été mentionnés par ceux-ci lors des consultations publiques ayant précédées l'élaboration de la PDS. Les données les plus récentes appuient l'intérêt porté par la Ville puisqu'en 2006, 11 % de sa population était issue de l'immigration, soit une proportion significativement plus élevée que celle observée dans le reste de la MRC de Vaudreuil-Soulanges. Considérant la volonté énoncée par la Ville et ses citoyens, nous abordons ici la question de l'accueil et de l'intégration des immigrants récents.

Qu'est-ce que l'intégration des nouveaux immigrants?

L'intégration des immigrants récents est définie comme un « processus graduel et dynamique par lequel les nouveaux résidents deviennent des participants actifs à la vie économique, sociale, civique, culturelle et spirituelle du pays d'immigration. » [69]. Ce processus se construit autour d'un continuum au cours duquel les échanges entre les néo-Canadiens (immigrants récents) et les Canadiens permettent une connaissance et une compréhension mutuelles menant à l'intégration. Ce continuum se traduit à travers des étapes successives comprenant l'accueil et l'établissement, l'acclimatation, l'adaptation et l'intégration, tel que présenté à la Figure 6 [69].

La route de l'intégration des néo-Canadiens à leur société d'accueil est complexe et vise à leur permettre de prendre pleinement part à la vie collective canadienne, soit participer à la fois à la vie économique, sociale, culturelle et politique, sans différence ou discrimination par rapport aux Canadiens de naissance [70, 71]. Les quatre volets de l'intégration se définissent comme suit :

- Intégration économique : l'acquisition des compétences, l'accession au marché de l'emploi et l'obtention de l'autonomie financière.
- Intégration sociale : l'établissement de réseaux sociaux et l'accession aux institutions.
- Intégration culturelle : l'adaptation aux divers aspects du mode de vie et l'engagement face aux démarches visant à redéfinir l'identité culturelle.
- Intégration politique : la citoyenneté, l'action de voter et la participation civique.

Pourquoi l'accueil et l'intégration des immigrants récents sont-ils importants pour la santé et ses déterminants?

Au Canada, terre d'accueil de plus de 200 000 immigrants annuellement, les politiques d'immigration ont pour effet de sélectionner des candidats dont l'état de santé est généralement supérieur à celui de la population canadienne. Ce phénomène, décrit comme « l'effet de l'immigrant en bonne santé » tend toutefois à s'estomper à travers les années. Il apparait en effet de plus en plus clair que l'état de santé des néo-Canadiens, qui est relativement bon lors de leur arrivée au Canada, se dégrade dans les années suivant leur installation au pays [72, 73]. Les raisons expliquant ce phénomène s'appuient vraisemblablement sur les obstacles liés à l'établissement et ses conséquences sur la précarité économique [74] et l'effritement du soutien social [53, 75] auxquels les immigrants récents font face.

D'une part, les immigrants récents sont plus susceptibles de souffrir des effets de la précarité économique alors que, comme en témoigne le recensement de 2006, le pourcentage de ceux vivant sous le seuil de faible revenu est près de trois fois supérieur à celui de la population canadienne dans son ensemble. Cette réalité s'explique vraisemblablement par un accès plus difficile au marché de l'emploi (chômage supérieur) et à une rémunération inférieure à celles des travailleurs canadiens (revenu médian inférieur) [72, 74].

Figure 6 : Continuum accueil-intégration



D'autre part, la migration internationale, en plus de ses conséquences économiques, a pour effet d'apporter des changements majeurs aux réseaux sociaux des immigrants récents. La distance occasionnée par l'immigration engendre une diminution du soutien social traditionnellement apporté par la famille et les amis [76]. À cet affaiblissement du soutien social, s'ajoutent les risques d'exclusion sociale auxquels les immigrants sont confrontés et qui peuvent exacerber les difficultés liées à leur établissement dans leur nouvelle société d'accueil, soit l'accès à l'emploi, au logement et aux services sociaux [71].

Dans cette perspective, les changements socioéconomiques occasionnés par l'immigration peuvent influencer la santé et la qualité de vie des immigrants. L'affaiblissement ou la perte des réseaux sociaux et du soutien social des immigrants, reconnus pour favoriser la santé, notamment lors d'épisode de précarité économique, peuvent apporter une plus grande vulnérabilité face à l'anxiété et la détresse psychologique [53]. De la même manière, la précarité économique occasionnée par les difficultés d'accès au marché de l'emploi peut à son tour avoir des conséquences négatives sur la santé mentale [77] et physique [78] des immigrants.

Quel est l'état de situation à Pincourt?

En 2006, le tiers des immigrants vivant à Pincourt était établi au Canada depuis moins de dix ans alors que cette proportion avoisinait le quart dans la MRC de Vaudreuil-Soulanges. Bien que nous n'ayons pas de données détaillées sur les immigrants récents vivant à Pincourt, nous savons que ceux vivant dans la MRC en 2006 étaient majoritairement plus scolarisés que l'ensemble de la population locale (5% contre 17% n'avait pas de diplôme), mais étaient en contrepartie proportionnellement plus nombreux à vivre sous le seuil de faible revenu (13% contre 9%) ou à être au chômage (8% contre 5%). De plus, 12 % des immigrants récents de Pincourt ne parlaient ni français, ni anglais. Par ailleurs, même si la proportion de personnes âgées était plus faible chez les immigrants récents (3% contre 9%), une plus grande proportion de ceux-ci vivait avec une incapacité limitant leurs activités quotidiennes (41% contre 33%).

À la lumière des informations traitées ici, nous pouvons présumer que les difficultés auxquelles se butent les néo-Canadiens citoyens de Pincourt sont semblables à celles vécues par leurs homologues de la MRC et du Québec. Dans cette perspective, nous pouvons conclure que la préoccupation de la Ville à l'égard de l'accueil et de l'intégration des immigrants récents à la société pincourtoise et canadienne ne peut qu'être positive. Toutefois, pour être pleinement efficaces, les actions de la Ville auraient avantage à porter sur divers

services permettant une intégration graduelle et complète des néo-Canadiens.

Recommandations

Considérant la volonté de la Ville et de ses citoyens, les différentes modalités de l'intégration et les effets de ceux-ci sur la santé et la qualité de vie des immigrants récents, citoyens de la Ville de Pincourt, nous recommandons de :

1. Favoriser l'accès aux services municipaux pour les citoyens issus de l'immigration :
 - 1.1. Sensibiliser les employés municipaux à la diversité culturelle de Pincourt.
 - 1.2. Poursuivre et bonifier la formation offerte aux employés travaillant auprès des immigrants.
 - 1.3. Mettre en place des stratégies de communication pour promouvoir les services offerts par la Ville et ceux de ses partenaires communautaires locaux.
2. Développer des partenariats avec des organisations publiques ou communautaires locales :
 - 2.1. Établir un partenariat avec Réseaux emploi entrepreneurship (REE) pour appuyer l'intégration économique des immigrants récents.
 - 2.2. Maintenir et renforcer le partenariat avec COMQUAT (COMmunication QUATre phases) pour soutenir la francisation des immigrants récents.
 - 2.3. Maintenir et bonifier le partenariat avec le Comité en relations interculturelles de Vaudreuil-Soulanges (CRIVS) pour soutenir l'offre aux organismes et aux entreprises d'une formation pour parfaire le service à la clientèle multiculturelle.
3. Organiser des événements sociaux favorisant les rapprochements interculturels entre les citoyens.

LOGEMENTS LOCATIFS

Au cours des dernières décennies, la Ville de Pincourt a connu une forte croissance démographique qui s'est traduite notamment par une forte pression sur son parc de logements locatifs. En 2006, la Ville de Pincourt se distinguait par une proportion significativement plus faible de logements occupés par des locataires (12 %) comparativement à la MRC de Vaudreuil-Soulanges (18%). Cette particularité s'explique notamment par une offre de logements locatifs restreinte qui limite l'accès à la location. Par ailleurs, mentionnons que pour la portion de la MRC de Vaudreuil-Soulanges située sur le territoire de la région métropolitaine de Montréal (RMR), le taux d'inoccupation des logements était de 1,9 % en octobre 2011 [79], soit nettement en deçà du taux d'équilibre du marché du logement locatif de 3 %⁸ [80].

Ces observations sur la disponibilité des logements locatifs acceptables sont sans doute celles qui ont conduit la Ville et ses citoyens à formuler l'action prioritaire de promouvoir l'accès au logement social (no. 5) pour soutenir les groupes les plus vulnérables de Pincourt, dont les familles monoparentales (no. 19) et les nouveaux arrivants issus de l'immigration récente (no. 2).

Logement locatif acceptable

Pour être pleinement acceptable, un logement doit répondre aux normes d'acceptabilité basées sur des critères d'abordabilité, de qualité et de taille convenable [81]:

- **abordable** : est dit d'un logement qui coûte moins de 30% du revenu du ménage. Chez les ménages locataires, les frais de logement comprennent le loyer et les paiements d'électricité, de combustibles, d'eau et autres services municipaux.
- **qualité convenable** : est dit d'un logement si, de l'avis de ses occupants, il ne nécessite pas de réparations majeures et est salubre (réparation à la plomberie, aux installations électriques et de chauffage, la charpente de murs, planchers et plafonds, etc.).
- **de taille convenable** : est dit d'un logement s'il compte suffisamment de chambres pour répondre

⁸ Le niveau d'équilibre du marché locatif est mesuré, entre autres, par le taux d'inoccupation. On s'entend pour dire qu'un taux d'inoccupation de 3 % du stock de logements à louer est le taux d'équilibre du marché.

aux besoins du ménage étant donné sa taille et sa composition. Le nombre requis est d'une chambre par :

- Couple d'adultes
- Personne de 18 ans et plus faisant partie du ménage.
- Couples d'enfants de même sexe âgés de moins de 18 ans.
- Fille ou garçon additionnel dans la famille, sauf s'il y a deux enfants de sexe opposé âgés de moins de cinq ans, qui peuvent alors partager la même chambre.

Comme présenté ici, l'accès à un logement locatif acceptable étant basé sur des conditions d'abordabilité, de qualité et de taille convenable, devant préserver et favoriser son accès, ne se limite donc pas à la formule du logement social. Bien que particulièrement adapté pour répondre aux besoins des ménages à très faible revenu, le logement public subventionné – ou logement social – ne permet pas d'assurer un accès au logement à d'autres groupes de la population qui pourraient profiter de mesures complémentaires leur permettant de jouir d'un logement adapté à leurs besoins et réalités.

Lien entre le logement locatif acceptable et les déterminants de la santé

La capacité de se loger convenablement, c'est-à-dire dans un logement acceptable, influence directement la santé des citoyens. Alors que les personnes suffisamment nanties peuvent se procurer un logement convenant à leurs besoins, à l'inverse les gens moins nantis doivent souvent faire des concessions sur la qualité et la taille du logement à occuper. D'une part, la piètre qualité des logements comportant des besoins de réparation majeurs (ex. : isolation inadéquate, infiltrations d'eau ou système de chauffage inefficace), augmente les risques associés à la présence de contaminants biologiques et chimiques et de moisissures. Ces conditions sont connues pour accroître les cas d'hypothermie, les risques de crise cardiaque ou d'accidents vasculaires cérébraux [82], d'asthme et d'allergies, et ce, particulièrement chez les personnes âgées ou handicapées, mais aussi chez les jeunes enfants [83]. À cette liste, il faut ajouter le risque de blessures et d'accidents par chutes ou le risque d'incendie [84] qui sont plus fréquents dans les logements de mauvaise qualité. Conséquemment, l'amélioration de la qualité du logement se traduit par une meilleure perception de l'état de santé physique et mentale ainsi qu'un meilleur sentiment de sécurité chez la population [85].

D'autre part, l'inabondance du logement est reconnue pour augmenter les risques de surpeuplement associés à une mauvaise santé mentale, à des troubles sociaux et à une morbidité plus élevés [86-89]. Chez les enfants, le niveau de stress élevé associé au surpeuplement des milieux familiaux accroît leur probabilité de développer des problèmes comportementaux et de compromettre leur réussite scolaire [90-92]. De plus, le coût du logement étant fixe, un poids trop élevé de celui-ci sur les revenus du ménage réduit d'autant les sommes résiduelles pouvant être allouées aux autres besoins essentiels, tels que se nourrir et se vêtir adéquatement et se déplacer pour accéder à des emplois et à des services éducatifs, de santé, de loisirs ou d'autres services essentiels à leur bien-être [93].

Enfin, la disponibilité de logements acceptables participe à augmenter la stabilité résidentielle des citoyens et à accroître leur **sentiment d'appartenance** à leur communauté [94]. Pour les personnes âgées, l'accessibilité à un logement de qualité (principalement adapté) représente une source d'autonomie et de contrôle influençant le sentiment **d'inclusion sociale et d'appartenance à la communauté** [95-97]. Par ailleurs, la stabilité résidentielle semble favoriser la réussite éducative et le développement des enfants. Elle contribue à la lutte contre la pauvreté et l'**exclusion sociale** ainsi qu'au développement des collectivités [98]. Elle permet aux enfants de fréquenter la même garderie, la même école, les mêmes milieux de loisirs que leurs amis ou frères et sœurs; et donc de se créer un **réseau social** et de le conserver. À l'inverse, les déménagements fréquents, qui se produisent plus fréquemment chez les familles défavorisées, sont associés à des problèmes de comportement chez les enfants [87, 92, 98].

Quel est l'état de situation à Pincourt?

Avec seulement 12 % des ménages de son territoire occupant un logement locatif en 2006, Pincourt est très majoritairement une ville peuplée de propriétaires fonciers. Toutefois, tel qu'exposé précédemment, l'offre très restreinte de logements locatifs sur le territoire de Pincourt occasionne une relative pénurie en entraînant un taux d'inoccupation inférieur au taux d'équilibre de 3 %. Cette relative pénurie se répercute notamment dans la forte proportion de Pincourtois consacrant 30 % et plus de leur revenu aux coûts d'habitation. En 2005, 41 % des ménages locataires de Pincourt occupaient un logement qualifié de non abordable en raison de la trop forte pression financière qu'exerçait celui-ci sur le budget familial, en comparaison à 32 % dans l'ensemble de la MRC. Cette précarité économique des ménages locataires se traduit également par le fort taux de ceux-ci (24%) ayant un besoin impérieux de logement, c'est-à-dire occupant un logement non

conforme à au moins une norme d'acceptabilité et ne pouvant se payer un autre logement acceptable au prix médian dans leur localité [99].

Considérant ces observations, il apparaît clair que la situation des ménages pincourtois à faible revenu sont plus exposés au risque d'habiter un logement inacceptable. À cette réalité, nous pouvons ajouter que la précarité financière de ceux-ci peut être exacerbée par des problématiques de diverses natures, dont la discrimination et l'exclusion fondées sur les normes culturelles et l'âge [98]. Ces considérations mises en parallèle avec les données sociodémographiques des Pincourtois nous amènent à penser que les immigrants récents, les personnes âgées ayant une incapacité ainsi que les familles défavorisées avec de nombreux enfants sont plus vulnérables aux problématiques d'accessibilité à un logement abordable et adapté à leurs besoins.

À cet effet, mentionnons que bien que la Ville de Pincourt avait une proportion d'ainés similaire à la MRC de Vaudreuil-Soulanges en 2006, elle accueillait une plus grande proportion de ceux-ci vivant avec une incapacité (39 % contre 33 %). Notons également qu'en 2006, 66 % des familles de Pincourt comptent au moins un enfant, soit une proportion significativement plus élevée que celle observée dans la MRC de Vaudreuil-Soulanges (62 %). Enfin, rappelons que 11 % de la population de la Ville de Pincourt en 2006 était issue de l'immigration et de ceux-ci, le tiers habitait le Canada depuis moins de dix ans. En comparaison à la population pincourtoise née au Canada, celle née à l'étranger comprenait plus de jeunes de moins de 18 ans (26 % contre 21 %).

Considérant ces données, il nous apparaît difficile de penser que l'accès à des logements acceptables ne peut être amélioré par l'unique concours d'initiatives privées ou extérieures à la Ville. Bien que l'apport des entrepreneurs privés et des gouvernements provincial et fédéral soit important, il ne faut pas sous-estimer les opportunités que possède la Ville de Pincourt pour contribuer à la création d'un environnement favorisant la consolidation de l'offre de logements locatifs de qualité et abordables. À la suite de la plus récente participation de la Ville dans la réalisation de projets d'habitations pour personnes âgées en perte d'autonomie, et à l'image de nombreuses villes québécoises [100-105] s'étant engagées dans cette voie, nous estimons que les actions de la Ville visant à améliorer l'offre de logements acceptables (action prioritaire no.5) pourront être bénéfiques pour les Pincourtois les plus vulnérables. Actuellement, deux projets de logements locatifs abordables sont en cours de réalisation à Pincourt : une coopérative pour les personnes âgées ainsi qu'un projet de construction d'habitations à loyer modique (HLM).

Recommandations

1. Mettre en place des mesures complémentaires à celles déjà priorisées par la Ville pour offrir des logements conformes aux normes d'acceptabilité (qualité et taille convenable, à prix abordable) :
 - 1.1. Recourir à un règlement municipal pouvant contraindre les propriétaires d'immeubles locatifs à assurer des conditions minimales de salubrité pour leurs logements.
 - 1.2. Offrir un programme de soutien financier pour la rénovation d'immeubles locatifs ayant des besoins majeurs de réparation.
 - 1.3. Bonifier les mesures de soutien financier permettant la consolidation et le développement de logements locatifs privés ou publics.
 - 1.4. Faciliter le développement de logements permettant d'accueillir des familles de grande taille (ex. : 5 ½, 6 ½ et 7 ½).
2. Maintenir le cadre réglementaire urbanistique permettant l'adaptation et la transformation de résidences unifamiliales en logements bigénérationnels ou multilogements
3. Faciliter le déploiement de mesures de soutien en logement au sein de la communauté en apportant un appui aux organisations communautaires locales œuvrant dans les services d'aide domestique (entretien ménager et préparation des repas) et de soutien aux proches aidants.
4. Faciliter le développement de logements proposant des services adaptés aux personnes en perte d'autonomie (ex. : coopérative d'habitation, services de repas, surveillance des lieux, activités sociales).

OFFRE DE SERVICES EN LOISIRS

Les loisirs occupent une place importante dans la PDS de la Ville de Pincourt. L'offre de service en loisirs semble être appréciée par les citoyens de la Ville comme en témoignent les commentaires recueillis lors des consultations publiques sur la PDS. Les actions prioritaires présentées à l'intérieur de celle-ci reflètent d'ailleurs l'importance accordée par la Ville à cette offre de service en loisirs. D'une part, les besoins exprimés en matière d'infrastructures et d'équipements visent à *poursuivre leur implantation à l'échelle locale, supra locale et régionale* (no.8 et no.9), à *créer des endroits propices au rassemblement* (no.14) et à *rendre accessible l'utilisation de la piscine et des équipements aux personnes handicapées* (no.20). D'autre part, les actions prioritaires concernant la programmation d'activités de loisirs et d'activités culturelles sont axées sur *l'organisation de plus d'événements familiaux* (no.3), *l'amélioration du programme d'activités* (no.7), le *développement d'un programme d'activités pour les personnes âgées* (no.12) et *l'organisation d'un plus grand nombre d'événements culturels* (no.17). Indirectement, l'offre de service en loisirs touchera l'action no.16 de la *promotion de saines habitudes de vie* et l'action no. 19. *d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de soutien aux familles monoparentales*. Ces priorités ciblent principalement les jeunes, les personnes âgées, les familles et les personnes à mobilité réduite.

Caractéristiques d'une offre de service de loisirs

Lorsqu'on parle d'offre de service en loisirs, on réfère autant aux infrastructures intérieures, extérieures et équipements s'y retrouvant, qu'aux activités de loisirs (programmation culturelle, sociale et sportive) offertes. L'offre de loisir ciblée par les objectifs de la PDS a été analysée en fonction des dimensions favorables à la participation des usagers (voir tableau suivant).

Tableau 4 : Dimensions de l'offre de loisir (programme et infrastructure) favorisant la participation

Dimensions	Programmes d'activités	Infrastructures
Accessibilité [106]	Capacité financière (coût), physique (distance à parcourir, adéquation de l'offre aux individus présentant des capacités physiques restreintes), socioculturelle (adaptation de l'offre aux caractéristiques de certains groupes) et temporelle (aménagement de l'offre en fonction des temps libres/horaire) permettant aux citoyens d'accéder aux activités de loisir.	Capacité financière (coût), physique (distance à parcourir, adéquation aux individus présentant des capacités physiques restreintes), socioculturelle (adaptation aux caractéristiques de certains groupes) et temporelle (aménagement de l'offre en fonction des temps libres/horaire) permettant aux citoyens d'accéder aux infrastructures et équipements.
Disponibilité [107]	Nombre d'activités offertes dans la programmation municipale.	Nombre d'installations et d'équipements présents sur le territoire selon la population [108]. La présence d'infrastructures extérieures (sentiers, parcs, terrains de sport) est plus fortement associée à des niveaux élevés d'activités physiques que les infrastructures intérieures (ex. : centre récréatif, aréna, piscine) [109].
Originalité et diversité [110]	Offre de service variée et adaptée aux nouvelles tendances (ex. : soccer).	Offre d'infrastructures variée et adaptée aux nouvelles tendances (ex. : soccer, planche à roulettes).
Flexibilité 9	Capacité de la Ville à répondre aux demandes des citoyens concernant les activités désirées.	Capacité de la Ville à répondre aux demandes des citoyens concernant les infrastructures désirées.
Sécurité [106]	Caractéristique de l'offre de loisirs assurant l'intégrité des participants aux activités (sécurité en lien avec le type d'activité, présence d'animateurs compétents).	Caractéristiques des infrastructures et des équipements assurant l'intégrité des participants aux activités (sécurité des infrastructures et qualité des équipements) [111, 112]. Aménagements parallèles favorables à la sécurité (ex. : éclairage, présence d'aires de repos, condition d'entretien des infrastructures et équipements) [113].
Caractéristiques esthétiques [114]	Caractéristiques liées à la propreté et la convivialité de l'environnement.	Caractéristiques associées à la fréquentation des infrastructures.
Proximité [115, 116]	Distance augmentant la fréquentation des services publics (≤400 à 800 mètres) [117].	Distance augmentant la fréquentation des : <ul style="list-style-type: none"> • Parcs et espaces verts : ≤400 mètres (5 minutes de marche) [117]. • Infrastructures récréatives intérieures et extérieures : ≤800 mètres [117].
Superficie		Surface d'utilisation qui encourage la pratique d'activités physiques [61].

⁹ Étape réalisée par une consultation populaire et la mise en place d'un comité de pilotage de la PDS

Lien entre l'offre de service en loisirs et les déterminants de la santé

Participation à des activités physiques

L'ensemble des dimensions présentées ci-dessus contribue généralement à la fréquentation des infrastructures, à la participation aux activités et à l'augmentation du niveau d'activité physique. Globalement, les citoyens sont plus actifs physiquement s'ils ont un bon accès à des lieux particuliers pour faire de l'exercice, tels que les parcs, les terrains de basketball ou les centres de conditionnement physique, et si leur quartier leur offre un environnement de haute qualité, propice aux activités à l'extérieur [118, 119]. Le manque d'infrastructures nuit à la participation à des activités physiques [108]. La sécurité est également mentionnée par les citoyens pour ne pas pratiquer d'activités extérieures dans les parcs [120]. La présence d'endroits agréables et esthétiques est associée à de plus grandes probabilités d'activité physique, particulièrement le jogging [121].

Cependant, l'impact des dimensions varie selon certains groupes d'usagers. Rappelons que la population de la Ville de Pincourt se distingue de celle de la MRC de Val-de-Richelieu par une proportion plus importante de personnes âgées avec incapacités, de familles avec au moins un enfant et de personnes potentiellement vulnérables aux difficultés financières (immigrants, locataires qui consacrent 30 % et plus de leur revenu au logement). Pour la clientèle vivant avec des limitations fonctionnelles (âgées ou handicapées), la sécurité est un facteur déterminant pour l'utilisation des infrastructures extérieures (ex. : parcs, sentiers) [122].

Pour la clientèle jeunesse, la participation à des activités sportives dépend de diverses dimensions. L'accessibilité [114, 123] et le nombre d'infrastructures sportives intérieures ou extérieures sont liées à une plus grande participation à des activités physiques [124-127]. La disponibilité d'équipements sportifs [123], la superficie des installations extérieures [126] et l'esthétisme des lieux [114] sont aussi liés alors qu'à l'inverse, la proximité des infrastructures sportives [128] et la sécurité ne sont pas des facteurs déterminants de participation [129]. En lien avec la programmation de

loisirs, l'accessibilité à des activités physiques [130] et le nombre d'activités organisées [123] contribuent à cette participation.

Pour les familles monoparentales et celles à plus faible revenu, parmi les facteurs limitant la pratique des activités physiques se retrouve le manque de programmes de loisirs disponibles, abordables et accessibles [131]. Pour les tout-petits, la disponibilité d'équipements spécifiques dans les infrastructures extérieures (modules de jeux) est liée à la participation à des activités physiques [132].

Capital social

La présence et l'accès aux infrastructures et à une programmation de loisir contribuent au capital social des citoyens [133]. Les interventions de promotion de l'activité physique, notamment par l'aménagement de lieux consacrés aux activités physiques et l'amélioration de l'accès à l'offre de loisirs (activités et infrastructures) s'avèrent favorables à la création de liens sociaux, au renforcement du sentiment d'appartenance à sa communauté et à l'augmentation du soutien social entre ses membres [134]. Les parcs et espaces verts sont également connus comme étant des lieux de rencontre propices aux relations sociales et favorisant la création d'un sentiment d'appartenance, la cohésion sociale et le soutien social [135-138]. Enfin, notons que le capital social est associé à l'augmentation de la participation aux activités physiques et de loisirs [139].

Quel est l'état de situation à Pincourt?

Précédemment à l'élaboration de la PDS, la Ville s'était engagée à investir dans son offre de service en loisirs comme le souligne son plan directeur (2009). Elle mentionne avoir l'objectif de fournir un support viable à la pratique d'activités pour tous ses citoyens, et ce, par la mise en place d'un réseau complet et accessible, « à l'image d'une ville en évolution, favorisant une qualité de vie supérieure répondant aux attentes et aux besoins de ses citoyens ». La Ville souhaite que les besoins en terme de récréation extérieure et de détente soient comblés à l'intérieur de son territoire par une évaluation exhaustive des infrastructures en place et des recommandations d'aménagements sportifs et récréatifs innovateurs. Pour ce faire, elle a mis en place une offre de loisirs à la fois abondante et variée.

Tableau 5 : Offre de loisirs de la Ville de Pincourt

Infrastructures extérieures	Infrastructures intérieures	Programmation d'activités de loisirs
<ul style="list-style-type: none"> ■ Douze parcs (incluant les parcs-école) et cinq parcs projetés ■ Huit espaces verts (incluant les liens verts) de différentes dimensions ■ Quatre milieux naturels (sites déclarés protégés sous la politique du Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs) ■ Trois parcs riverains permettant un accès aux sports nautiques ■ Terrains sportifs (soccer, football et tennis) ■ Aires de jeux pour jeunes ■ « Skatepark » ■ Piscine extérieure 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infrastructures culturelles et sociales (bibliothèque) ■ Infrastructures sportives omni-centre, gymnases des écoles du territoire, club de gymnastique, arénas, sous-sol d'église, centre sportif du collègue John Abott, etc 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sports (judo, natation) ■ Cognitives (passe-temps et cartes) ■ Sociales (fête de quartier) ■ Culturelles (Club de lecture, théâtre, danse, concerts)

Source : *Programmation 2012-2013* <http://www.villepincourt.qc.ca/images/brochureah201213fr.pdf> [140]

À la lumière de ce portrait et du plan d'action découlant de la PDS, il appert que la Ville s'est engagée à offrir à ses citoyens des infrastructures et une programmation de loisirs favorables à la pratique d'activités physiques et culturelles. Une démarche de revitalisation des infrastructures extérieures, accompagnée des investissements requis, a déjà été entreprise pour mieux répondre aux besoins de l'ensemble des résidents de Pincourt.

Recommandations

En lien avec l'offre municipale d'activités de loisirs :

1. Promouvoir et publiciser l'offre municipale de services de loisirs auprès des citoyens (c.-à-d. offre de la Ville de Pincourt et des municipalités partenaires de l'Île Perrot), notamment auprès des populations vulnérables.
2. S'assurer que la programmation municipale réponde à des critères de disponibilité, accessibilité et sécurité :
 - 2.1. Organiser ou favoriser la tenue d'évènements sportifs ou culturels à caractères rassembleurs.

- 2.2. Réduire au minimum les frais d'inscription ou de participation aux activités (ex. : une tarification différenciée pour améliorer l'accès aux personnes ou familles moins nanties (personnes âgées, familles monoparentales, personnes vivant sous le seuil de faible revenu, immigrants).

- 2.3. Recourir à des services de transports alternatifs pour améliorer l'accessibilité aux activités de loisirs.

- 2.4. Évaluer régulièrement la satisfaction des citoyens à l'égard des services de loisirs.

- 2.4.1. Adapter, si nécessaire, l'offre de service de loisirs aux besoins et caractéristiques socioculturelles et démographiques des citoyens¹⁰.

¹⁰ Consultez, *Ainés-Guidelines promoting physical activity with older adults; Handicapées-Le loisir dans les nouvelles villes du Québec, NICE-Promoting physical activity with people with disabilities; Communautés culturelles- Le*

En lien avec les infrastructures municipales de loisirs :

3. S'assurer que les infrastructures répondent à des critères de disponibilité, proximité, sécurité, accessibilité et esthétique (voir tableau 4) :
 - 3.1. Créer plus de lieux de rassemblement, tels que des maisons des jeunes, de la famille et des aînés.
 - 3.2. Poursuivre les efforts pour améliorer l'aménagement des parcs existants et implanter les cinq nouveaux parcs (parcs projetés). En 2009, en fonction de la norme, on remarquait que la Ville de Pincourt est déficitaire de 123 265m².
 - 3.3. Réduire au minimum les frais d'admission aux infrastructures.
 - 3.4. Revoir l'ensemble des infrastructures intérieures et extérieures afin qu'elles deviennent accessibles à tous les citoyens (notamment, l'accès de la piscine aux personnes handicapées).
 - 3.5. Recourir à des services de transports alternatifs pour améliorer l'accessibilité aux infrastructures.
 - 3.6. S'il y a lieu, dans une planification à plus long terme, prévoir que l'aménagement de nouveaux parcs devrait tenir compte d'une superficie minimale suggérée de 25 000m² de parcs par 1000 habitants.

loisir dans les nouvelles villes du Québec- Guidelines promoting physical activity with black and minority ethnic group.

T TRANSPORT ALTERNATIF

Les données de 2011 sur les modes de transport démontrent que, sur la Rive-Sud et la couronne Sud, 79 % des déplacements à l'heure de pointe matinale se font en automobile et 13 % en transport en commun [141]. À Pincourt, en 2006, 5 % des Pincourtois actifs¹¹ de 15 ans et plus utilisaient le transport en commun pour aller au travail et 3 % se rendaient au travail à pied ou en vélo¹². La MRC offre une desserte de transport en commun vers Montréal de qualité moyenne à faible, alors que pour se déplacer à l'intérieur des MRC, l'offre était encore plus limitée. Comme le stipule l'action prioritaire no.10 de la PDS, il devient pertinent d'améliorer l'offre de service en transport collectif, vers l'extérieur mais également à l'intérieur de la MRC et de la municipalité. Indirectement, l'offre de transports alternatifs touchera l'action no.16, soit la *promotion de saines habitudes de vie* et l'action no.19, soit *d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de soutien aux familles monoparentales*.

Qu'est-ce que le transport alternatif et comment favoriser son utilisation?

Le transport alternatif inclut tous les modes de transport alternatifs à l'auto, que ce soit le transport actif¹³, le transport en commun (autobus, train), le transport en taxi, en taxi collectif (ou taxi-bus) ou en covoiturage, y compris les services d'accompagnement (transport personnalisé pour des personnes à mobilité réduite). Toutefois, puisque la question des déplacements actifs est abordée à la section suivante, elle n'est pas prise en compte ici.

Afin de constituer une alternative valable à l'automobile, le transport alternatif doit être pensé et développé de façon intégrée avec les modes de déplacement accessibles, c'est-à-dire en intermodalité [142]. En combinant différents modes de transport, tels que la marche, le vélo, le taxi-bus, l'auto-partage et le transport en commun, les transports alternatifs peuvent atteindre la même flexibilité et efficacité que l'automobile. Pour favoriser l'intermodalité, un réseau de transport doit proposer plusieurs pôles d'échanges

¹¹ C.-à-d. occupées ayant un lieu habituel de travail ou sans adresse de travail fixe

¹² Statistique Canada, Recensement de 2006.

¹³ Transports actifs ou déplacements actifs : transport où l'énergie est fournie par l'être humain : la marche, le vélo, des patins à roues alignées, etc.

permettant des transferts faciles entre les modes de transport utilisés.

Par ailleurs, pour maximiser son utilisation, le transport alternatif doit miser sur des critères d'abordabilité pour l'ensemble de la population, notamment pour les personnes à mobilité réduite et les parents avec enfants, et de sécurité [143, 144]. De plus, pour assurer sa disponibilité et sa fréquence, il doit chercher à s'implanter dans des environnements urbains alliant densité résidentielle et mixité des usages. En favorisant la construction d'immeubles multilogements plutôt que des résidences unifamiliales et en misant sur la création de secteurs à usage résidentiel, commercial et institutionnel, il est possible d'offrir un bassin d'utilisateurs et de destinations permettant l'efficacité et la viabilité des transports alternatifs [144, 145].

Quel est le lien entre le transport alternatif et les déterminants de la santé?

Les transports alternatifs offrent une multitude d'avantages, que ce soit au plan environnemental, social, économique, et dans plusieurs cas, en termes d'efficacité des déplacements. Ces bénéfices ont une portée à la fois individuelle et collective. Plus spécifiquement, une offre bonifiée de transports alternatifs pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé des Pincourtois en encourageant les modes de vie actifs et sécuritaires, en améliorant l'accessibilité des lieux publics, des services (y compris le travail) et de l'habitation et en maximisant le capital social de ses utilisateurs [11, 141, 143, 146].

En effet, les transports alternatifs permettent une meilleure **accessibilité** à des services et lieux publics [141], si ces deniers sont bien pensés et organisés. Les établissements et lieux publics offrant des supports à vélo, des stationnements réservés pour les utilisateurs de taxis collectifs ou de covoiturage, favorisent le recours à ces modes de transport et améliorent l'accessibilité à leurs lieux [147]. Pour les employeurs, l'accessibilité au transport en commun est bien souvent un facteur de localisation de leur entreprise [148]. Par ailleurs, pour les populations à mobilité réduite, le transport alternatif représente plus qu'un choix volontaire, il est souvent la seule option possible pour accéder aux services et lieux recherchés.

L'utilisation des transports alternatifs, en favorisant le déplacement actif, est associée à une meilleure **santé physique** puisqu'elle contribue à une augmentation quotidienne de l'**activité physique** (marche jusqu'à l'arrêt d'autobus, exercice généré par le fait de sortir de la maison et se rendre au taxi) [149]. A cet effet, il a été documenté que les personnes qui utilisent les transports alternatifs marchent en moyenne 19 minutes par jour et environ le tiers d'entre eux marchent plus de

30 minutes par jour, soit la durée d'activité physique quotidienne recommandée [150].

Finalement, en matière d'impacts sociaux et économiques, le transport alternatif est un mode de déplacement **plus équitable**; les citoyens défavorisés, à mobilité réduite ou âgés étant moins nombreux à posséder une automobile. Le maintien d'un réseau social peut aussi être compromis par le manque de transport [151]. Les personnes ne possédant pas d'automobile ont plus de difficulté à se déplacer pour visiter parents et amis, pour se rendre à la bibliothèque ou au centre de loisirs [143]. L'accès au transport à prix raisonnable facilite donc la mobilité des personnes et favorise ainsi l'inclusion sociale [11] et l'accès aux biens et services. Les services d'accompagnement pouvant être offerts par des bénévoles permettent des déplacements économiques à des populations vulnérables tout en réduisant leur isolement social. L'amélioration de l'offre de transports alternatifs favorise l'**accès aux services** et l'**inclusion sociale**, et semble être une stratégie prometteuse pour réduire les inégalités sociales de santé, [11, 147]. Par ailleurs, le transport alternatif, particulièrement le transport en commun, est un puissant levier pour favoriser l'économie nationale, régionale et locale. Au Québec, un investissement dans le transport en commun génère des retombées économiques trois fois plus importantes que le même investissement dans le secteur automobile [152]. Les transports alternatifs aident à rendre une région compétitive et attractive, conciliant **croissance économique** forte et **qualité de vie**. Enfin, les transports alternatifs contribuent à réduire la congestion, laquelle coûte annuellement 1,4 milliard de dollars seulement dans la région de Montréal [153], en plus de réduire les polluants atmosphériques rejetés par les voitures.

Quel est l'état de situation à Pincourt?

La Ville de Pincourt est desservie par le service d'autobus de l'Agence métropolitaine de transport (AMT) pour les déplacements vers Montréal. Par ailleurs, les services du Conseil intermunicipal de transport (CIT) de la Presqu'île sont également offerts aux citoyens pour les déplacements vers d'autres villes et les deux cégeps environnants. Peu de services de transport alternatif ou de covoiturage ont été répertoriés malgré les besoins notés, particulièrement pour les personnes vulnérables. Des services d'accompagnement pour les personnes à mobilité réduite, incapables de se déplacer en transport en commun, sont offerts sur le territoire. *Transport soleil* offre ses services de transports à faibles coûts. Le circuit 35 de la CIT a été créé au cours des dernières semaines afin d'améliorer les déplacements alternatifs à l'intérieur de la ville. Le parcours a été dessiné selon les besoins de la population de la ville.

Recommandations

1. Se doter d'une base de données sur les offres de transports alternatifs et la faire connaître aux citoyens : *Qui offre quoi et à qui.*
2. Favoriser l'intermodalité en offrant un environnement urbain facilitant l'emploi des transports alternatifs et diffuser l'information à des publics cibles :
 - 2.1. Dans les lieux publics, installer des supports à vélo et réserver des stationnements pour les utilisateurs des taxis collectifs et du covoiturage.
 - 2.2. Faciliter l'accès aux services, commerces et infrastructures de loisirs en proposant des dessertes à proximité.
 - 2.3. Promouvoir une tarification adaptée permettant l'utilisation de plusieurs modes de transports alternatifs (autobus, taxi-collectifs et services d'accompagnement).
3. Planifier les futurs aménagements urbains afin de rapprocher les services de transport alternatif dans les quartiers résidentiels et de créer des quartiers plus densément peuplés et mieux desservis par des services de proximité.
4. Établir et maintenir des collaborations avec :
 - 4.1. **Les employeurs** : pour offrir un service de covoiturage à leurs employés et un environnement favorisant le recours au déplacement actif (casiers et supports à vélo).
 - 4.2. **Les commerçants** : pour offrir un service de taxi collectif financé conjointement par ces derniers et leurs clients (utilisateurs).
 - 4.3. **Les organisations communautaires** : pour offrir un service d'accompagnement bénévole et gratuit (ou à faible coût) pour les personnes ayant des besoins d'accompagnement en raison de limitations physiques ou psychologiques, ou conditions médicales particulières.

AMÉNAGEMENT DES RUES ET DES PISTES CYCLABLES

La notion de l'aménagement des rues et des pistes cyclables s'appuie sur l'action prioritaire no. 11 de la PDS et vise à *favoriser le déplacement actif* par la mise en place d'un réseau de pistes cyclables et de trottoirs y étant propice (*compléter le réseau et revitaliser la signalisation*). Cette action est soutenue par plusieurs des propos des citoyens de la ville et permettra également d'agir sur l'action no. 16, soit la *promotion de saines habitudes de vie*.

Quelles sont les caractéristiques porteuses de l'aménagement des rues et des pistes cyclables?

L'environnement bâti, dont fait partie l'aménagement des rues et des pistes cyclables, comporte un grand potentiel d'influence sur le recours aux déplacements actifs. Le *potentiel de déplacements actifs, c'est-à-dire le degré de convivialité à la pratique de la marche ou du vélo*, est défini par le résultat des interrelations entre cinq grandes caractéristiques de l'aménagement (que l'on nomme les 5D) :

- **Densité** - des résidences, des emplois, des commerces, etc.
- **Diversité** - mixité des fonctions et augmentation des destinations.
- **Destinations** - accessibilité et connexité vers les destinations utilitaires : nombre, variété, proximité.
- **Distance** - proximité des services, écoles, transport en commun, etc.
- **Design** - la configuration des infrastructures routières, piétonnières et cyclables, du cadre bâti, des espaces publics, la végétation, etc.

Ces caractéristiques de l'environnement bâti, additionnées les unes aux autres à divers degrés, déterminent si un secteur est fortement, moyennement ou faiblement convivial à la marche et au vélo.

La densité, la diversité, les destinations et la distance sont les « D » qui s'influencent le plus mutuellement. Plus la densité du bâti est forte, plus il y a de chance de retrouver un nombre élevé de destinations, amenant ainsi une plus grande diversité de fonctions. Plus la diversité des destinations est grande, plus son accessibilité sera facilitée et moins la distance sera grande pour y accéder.

Quel est le lien entre l'aménagement des rues et des pistes cyclables et les déterminants de la santé?

Les résidents d'un voisinage où le potentiel de déplacements actifs est élevé marchent davantage à des fins récréatives ou utilitaires [154] et consacrent de 35 à 49 minutes de plus par semaine à l'activité physique comparativement aux résidents de voisinages où le potentiel de déplacements actifs est plus faible [155, 156].

Les liens entre les quatre premiers « D » et les déterminants de la santé sont multiples. Une augmentation de la densité de la population est associée à un déclin du risque d'obésité [157]. Les enfants vivant dans un quartier caractérisé par une bonne mixité des usages sont deux fois plus nombreux à se déplacer à pied, donc à réaliser **une activité physique** [158]. Pour chaque augmentation de 25 % de mixité des usages, le risque d'obésité est réduit de 12,2 % [159]. Du point de vue de la sécurité, plus le bâti est dense, plus le nombre de destinations et la diversité est élevée, donc plus l'achalandage sera grand. L'affluence des résidents et des non-résidents fréquentant les destinations assure une présence constante dans le secteur et favorise la surveillance informelle des lieux publics, ce qui contribue à améliorer **le sentiment de sécurité** [160, 161]. Par ailleurs, le design est aussi fortement lié au sentiment de sécurité. Les enfants dont les parents estiment l'environnement sécuritaire sont cinq fois plus susceptibles de se rendre à l'école à pied [162]. De plus, le risque de blessures chez les piétons, associé à la circulation motorisée, est deux fois plus important dans les rues dépourvues de trottoirs, comparé au risque encouru dans les rues avec des trottoirs de chaque côté [163]. Un quartier conçu pour favoriser les déplacements piétonniers augmente **les contacts de voisinage, la cohésion sociale et la confiance envers le milieu** [164-167].

À cet effet, des interrelations se dessinent entre la convivialité de l'environnement bâti d'un milieu, le sentiment de sécurité qu'il procure aux citoyens et son niveau de fréquentation et d'appartenance. Somme toute, les gens utilisant les déplacements actifs présentent un risque moindre d'embonpoint et d'obésité [168-170]. Il existe une relation inverse entre la pratique des déplacements actifs et la prévalence d'un surplus de poids, alors que chaque heure passée quotidiennement derrière le volant accroît le risque d'obésité.

Dans cette perspective et afin de promouvoir des déplacements actifs et le sentiment de sécurité, nous estimons qu'il convient de tenir compte des considérations suivantes.

Qu'est-ce qui peut être fait?

Trois grandes approches intégrées d'aménagement de rues peuvent être mises à contribution à Pincourt pour un déplacement actif et sécuritaire. La première approche, appelée **Rues complètes**¹⁴, vise à répondre aux besoins de l'ensemble des usagers de la route (véhicules, camions de livraison, piétons, cyclistes, etc.). Les aménagements réalisés visent à permettre à tous de se déplacer de façon sécuritaire et conviviale, et ce, en partageant l'espace de la route de façon équitable. La deuxième approche, les **Zones 30**¹⁵, implantée dans des secteurs plus denses et souvent mixtes, vise à restreindre la vitesse maximale permise à 30 km/h à l'intérieur d'un périmètre urbain et à créer des aménagements favorisant une cohabitation des différents usagers de la route. La conception des rues doit être cohérente avec la vitesse maximale souhaitée, car la signalisation seule ne peut abaisser la vitesse et les interventions policières sont trop ponctuelles pour s'en assurer. En effet, une rue très large dans une zone 30 pourrait inciter un automobiliste à conduire plus vite car son large champ visuel le rend confortable pour accélérer. La dernière approche, la **Zone de rencontre**¹⁶ a comme principal objectif de prioriser les piétons et les cyclistes dans l'emprise de la rue en rééquilibrant le partage de la voie avec les véhicules motorisés et en autorisant une vitesse maximale de 20 km/h¹⁷.

¹⁴ <http://www.smartgrowthamerica.org/complete-streets>

¹⁵

http://www.cfpsaa.fr/IMG/pdf/CERTU_FICHE_sur_la_ZONE_30_Janvier_2009.pdf

¹⁶

http://www.certu.fr/spip.php?page=article_theme&id_article=856&id_rubrique=692&lang=fr

¹⁷ MAMROT, L'aménagement et l'écomobilité, Guide de bonnes pratiques sur la planification territoriale et le développement durable 2011

Tableau 6 : Caractéristiques de l'aménagement prometteuses pour la santé

Infrastructures cyclables, piétonnières et routières
<p>Les infrastructures cyclables et piétonnières accessibles aux citoyens et connectées aux destinations fréquemment utilisées (écoles, travail, services, gare de train, loisirs, etc.) sont porteuses de santé. Celles favorisant le déplacement actif et la sécurité des usagers ont les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Présence de trottoirs larges : La largeur minimale des trottoirs et des sentiers de marche libre d'obstacle est de 1,5 mètre, mais une largeur de 1,8 mètre est plus appropriée pour assurer le confort et permettre à deux personnes de se croiser facilement [171-173].■ Interdiction du virage à droite sur feu rouge (VDFR) : Le VDFR n'améliore pas la sécurité; au contraire elle augmente de plus de 3 fois la probabilité qu'un piéton soit impliqué dans un accident [174]. Sur une rue ou dans un secteur où il y a un potentiel de déplacement actif important, pour des questions de sécurité, le VDFR ne doit pas être autorisé aux intersections ayant les caractéristiques suivantes :<ul style="list-style-type: none">○ Présence d'un feu protégé pour piétons.○ Présence d'un corridor scolaire identifié, une école, un parc, un CPE, un hôpital ou une résidence pour personnes âgées.○ Présence d'une voie cyclable.■ Présence de voies cyclables unidirectionnelles : Sur chaussée, les voies bidirectionnelles sont jugées de trois à douze fois plus dangereuses en terme de risque de blessures, surtout aux intersections, que les voies unidirectionnelles [175-178]. Les voies bidirectionnelles contraignent les cyclistes à circuler en sens inverse de la circulation automobile, ce qui est contraire au Code de la sécurité routière. Sur une rue avec stationnement, la bande cyclable doit se situer entre la voie de circulation automobile et les espaces de stationnement, pour plus de visibilité aux intersections. L'objectif ultime est d'inclure le plus souvent le cycliste dans la circulation afin de le rendre davantage visible aux automobilistes. Sur une piste cyclable hors chaussée, les cyclistes doivent pouvoir circuler de façon sécuritaire à l'écart des véhicules. Il est à noter que l'absence d'aménagements cyclables est préférable à la présence d'aménagements mal conçus et créant de la confusion chez les cyclistes et les amenant à adopter des comportements imprévisibles.■ Absence de voies ou pistes multi-usages (infrastructure servant aux piétons et aux cyclistes) : Elles peuvent entraîner de la confusion et augmenter les conflits d'usage chez les usagers de la route. Dans les environnements où on retrouve un débit élevé de cyclistes, patineurs et piétons, elles peuvent rendre les piétons plus à risque [176, 179].■ Présence d'espaces publics ou placettes : Ils assurent un achalandage dans le secteur et renforcent le sentiment de sécurité. L'aménagement de ce genre d'espaces publics doit se faire dans les principaux axes de déplacements d'une ville.■ Présence de différents aménagements de rue : Des intersections texturées ou surélevées, des chicane ou des saillies de trottoirs incitent les usagers motorisés à ralentir et à partager l'espace avec les usagers plus vulnérables et contribuent à créer un environnement sécuritaire.

Aménagements complémentaires [160, 180]

- *Présence d'une signalisation* précise, facile à comprendre et placée à des endroits stratégiques : parcs municipaux, passerelles, certains carrefours de rues, près des lieux d'intérêt public, le réseau de pistes cyclables, etc. Cette dernière ainsi que des cartes d'orientation indiquant la position et les environs favorisent également le sentiment de sécurité.
- *Une visibilité permettant à la fois de voir et d'être visible* améliore le sentiment de sécurité :
 - un éclairage ayant une intensité lumineuse suffisante pour permettre de reconnaître une personne à environ 25 mètres
 - un champ de vision élargi par l'élimination des obstacles visuels (taille de la végétation, utilisation de matériaux transparents, etc.)
 - un éclairage plus particulier aux endroits pouvant servir de cachettes à un potentiel malfaiteur ou agresseur
- *La surveillance informelle* ou l'achalandage d'un lieu (la présence et la fréquentation) permet d'éviter l'isolement d'un passant. L'achalandage est liée à :
 - des quartiers relativement denses et mixtes
 - des édifices publics et privés ayant des ouvertures (balcons, portes et fenêtres) sur la rue
- *La surveillance formelle* et l'accès à l'aide présente, influence la sécurité, via :
 - la présence de téléphones publics dans les parcs et autres endroits stratégiques
 - des patrouilles de sécurité dans les secteurs jugés moins sécuritaires, les sentiers piétonniers et les parcs
- *L'entretien des lieux publics* (ramasser les débris, faire régulièrement la collecte des ordures, effacer les graffitis ou encadrer la création artistique de graffitis, réparer les mobiliers urbains brisés, etc.) favorise les déplacements et le sentiment de sécurité.
- *Divers éléments de design urbain*, tels que l'ajout de végétation, d'éclairage et de mobilier urbain, intégrés à l'environnement favorisent le sentiment de sécurité.
- *La proximité entre les secteurs résidentiels et les différents usages fonctionnels* tels que les services de premières nécessités (épiceries, pharmacies et cliniques), les lieux d'emplois, les écoles, les gares intermodales, les parcs et les installations récréatives ou sportives et autres lieux dont la fréquentation est élevée, permet de faciliter des déplacements actifs quotidiens.

Quel est l'état de situation à Pincourt?

À la lumière des cinq « D » présentés ci-dessous, l'analyse des conditions de marche et de vélo à Pincourt nous permet de tirer plusieurs constats, dont voici les principaux (pour une analyse plus exhaustive, voir l'annexe 3).

Densité

La densité résidentielle de la municipalité de Pincourt n'est pas très élevée et varie de 7,3 à 21, 4 logements à l'hectare selon les secteurs. La densité moyenne de ville est de 13-15 log/ha, alors que le seuil préconisé pour favoriser les déplacements actifs est de 17 log/ha [173, 181-185]. À ce sujet, il est important de noter que les seuils de densité à atteindre en 2031, tels que fixés par la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM)¹⁸, sont de 40 log/ha pour le secteur de la gare de train Pincourt/Terrasse-Vaudreuil et de 22 log/ha ailleurs dans la municipalité.

Diversité, destinations et distance

La plupart des usages commerciaux et de services se trouvent le long de la rue Cardinal-Léger, entre l'autoroute 20 et la 5e avenue. On y retrouve d'ailleurs deux supermarchés d'alimentation, destinations utilitaires très importantes, mais qui sont toutefois localisées dans un environnement physique peu convivial pour les piétons et cyclistes. Aussi, leurs rayons de desserte en transport actif (1,25 km, représentant 15 minutes de marche à une vitesse de 5 km/h) ne permet potentiellement qu'au quart de la municipalité de s'y rendre sans leur voiture. En fait, le secteur commercial a été conçu pour faciliter les déplacements en voiture. Ainsi, la convivialité pour les usagers actifs n'est pas très élevée. La gare de train est localisée à la limite nord de la municipalité, ne permettant qu'à très peu de résidents de s'y rendre à pied dans un rayon de 1 km [181], considérant qu'il s'agira d'un TOD (transit-oriented development) selon la CMM dans son PMAD. De plus, l'accès unique par le boulevard Cardinal-Léger réduit les options de déplacements pour s'y rendre. Les écoles, les parcs, les églises et les infrastructures de loisirs sont quant à eux assez bien répartis dans les différents quartiers résidentiels et sont plutôt accessibles à pied et à vélo.

Design

La plupart des rues collectrices sont conçues avec trottoirs, majoritairement d'un seul côté. Elles donnent accès aux principales destinations utilitaires (écoles, parcs, commerces, églises, etc.). Sur les rues locales, même si quelques-unes d'entre elles ont des marges de recul séparées de la voie par du marquage, la plupart n'ont pas de trottoir et ne protègent donc pas les piétons. Certains aménagements à Pincourt diminuent la convivialité des déplacements actifs et peuvent porter atteinte à la sécurité des piétons et des cyclistes, particulièrement :

- La largeur surdimensionnée de certaines rues qui encourage les vitesses élevées des véhicules en zones scolaires et résidentielles, notamment sur le boulevard Cardinal-Léger.
- La discontinuité des trottoirs et des voies cyclables.
- L'aménagement des voies cyclables en voies bidirectionnelles sur chaussée ou en voies multiusages.

Les autres éléments d'aménagement (mobilier urbain, végétation, éclairage, espaces publics, etc.) qui accompagnent les infrastructures routières, piétonnières et cyclables, essentielles à la création d'environnements favorables aux déplacements actifs sécuritaires, sont présents dans la municipalité, mais de façon sporadique, concentrés en des zones spécifiques. Par exemple, des bancs ont seulement été recensés dans les parcs et à certains arrêts de bus. De plus, à Pincourt, le couvert d'arbres est généralement plus abondant dans les quartiers anciens que ceux récemment construits.

¹⁸ Pour plus détails, voir le Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD)

Recommandations

1. Apporter des modifications aux infrastructures piétonnières et cyclables existantes et planifier celles à venir pour qu'elles répondent aux normes de conception du MTQ, telles que préconisées par Vélo Québec et la Santé publique.
 - 1.1. Prioriser une largeur minimale des trottoirs de 1,5 m, avec bateau (descentes) aux intersections et aux passages piétonniers.
 - 1.2. Compléter le réseau piétonnier lorsque discontinu, comme dans la section sud du boulevard Cardinal-Léger.
 - 1.3. Prioriser le réseau cyclable lorsque discontinu ou aménager les rues dépourvues de voies cyclables pour intégrer de façon sécuritaire les vélos dans le trafic routier (réduire la largeur de la chaussée, réduire la vitesse légale, opter pour une approche de Rue complète, etc.).
 - 1.4. Sur les rues, éviter les voies cyclables bidirectionnelles, favoriser les voies unidirectionnelles. Si l'emprise de la rue n'est pas suffisamment large, il est préférable qu'aucun aménagement cyclable particulier ne soit conçu et qu'une simple signalisation de partage de la route soit mise en place.
 - 1.5. Éviter les voies multiusages en priorisant des aménagements dédiés uniquement aux piétons (de préférence des trottoirs) et uniquement aux cyclistes.
 - 1.6. Évaluer l'implantation d'interdictions de VDFR aux intersections avec feu pour piéton protégé et présence de voie cyclable du boulevard Cardinal-Léger.
2. Afin de diminuer la vitesse pratiquée dans les secteurs où les véhicules sont portés à dépasser la vitesse permise, apporter les modifications à l'aménagement de la rue pour réduire leur largeur.
 - 2.1. Sur le boulevard Cardinal-Léger entre l'autoroute 20 et le parc Olympique et sur le chemin Duhamel, aménager une Zone de rencontre en ajoutant des arbres et du mobilier urbain pour réduire la largeur des rues et contraindre les automobilistes à réduire leur vitesse.
3. Implanter des mesures d'apaisement de la circulation telles que des saillies de trottoirs ou des traverses piétonnes texturées ou surélevées pour augmenter la visibilité des piétons et cyclistes, particulièrement à proximité des écoles, des parcs et dans le secteur commercial.
4. Installer ou aménager, sur les trajets fréquemment empruntés, des bancs, des aménagements paysagers, des arbres (minimalement à chaque 9-12 m le long des trottoirs), des œuvres d'art et des placettes.
 - 4.1. Les bancs sont recommandés aux arrêts d'autobus les plus fréquentés, le long des parcours de marche les plus utilisés, surtout ceux empruntés par les personnes âgées, tels qu'à proximité des églises, aux passages piétonniers ou le long du chemin Duhamel.
 - 4.2. Une attention particulière pourrait être apportée à la plantation d'arbres sur le boulevard Cardinal-Léger entre l'autoroute 20 et la 5e avenue, aux arrêts d'autobus et aux autres endroits stratégiques identifiés par la Ville.
5. Dans le cadre des objectifs de densification établis par la CMM, viser à diversifier les usages résidentiel, commercial et institutionnel dans un même secteur.

ANNEXE 1 : TABLEAU SYNTHÈSE DE L'EIS DE LA VILLE DE PINCOURT EN LIEN AVEC LES ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PDS

Caractéristiques du projet	No.	Actions prioritaires de la PDS	Déterminants de la santé principaux
Participation citoyenne et action intersectorielle	1	<ul style="list-style-type: none"> Promotion, création et mise en œuvre d'un réseau social de soutien par le bénévolat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux services et lieux publics - Capital social
	6	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer et bonifier les communications de la Ville. 	
	13	<ul style="list-style-type: none"> Créer un bottin des ressources en développement social. 	
	23	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie de communication de la PDS. 	
	24	<ul style="list-style-type: none"> Mettre sur pied un forum jeunesse. 	
Travail de proximité	4	<ul style="list-style-type: none"> Organiser le déploiement de travail de proximité auprès des jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux services et lieux publics - Capital social - Activités physiques sécuritaires
	18	<ul style="list-style-type: none"> Bonifier la programmation jeunesse. 	
	21	<ul style="list-style-type: none"> Programmes d'activités en soutien aux jeunes décrocheurs. 	
Accueil et intégration des nouveaux immigrants	2	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accueil des arrivants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux services et lieux publics - Capital social - Capital économique
Offre de logements locatifs	5	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'accès au logement social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capital social - Capital économique
	19	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de soutien aux familles monoparentales. 	
	2	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accueil des arrivants. 	
Offre de service en loisirs	8,9	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre l'implantation des infrastructures à l'échelle locale, supra locale et régionale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capital social - Activités physiques sécuritaires
	14	<ul style="list-style-type: none"> Créer des endroits propices au rassemblement. 	
	20	<ul style="list-style-type: none"> Rendre accessible l'utilisation de la piscine et des équipements aux personnes handicapées. 	
	3	<ul style="list-style-type: none"> Organiser plus d'événements familiaux. 	
	7	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du programme d'activités. 	
	12	<ul style="list-style-type: none"> Développer un programme d'activités pour les personnes âgées. 	
	17	<ul style="list-style-type: none"> Organisation d'un plus grand nombre d'événements culturels. 	
	16	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de saines habitudes de vie. 	
	19	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de soutien aux familles monoparentales. 	
Transport alternatif	10	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'offre de service en transport collectif. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux services et lieux publics - Capital social - Activités physiques sécuritaires
	16	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de saines habitudes de vie. 	
	19	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de soutien aux familles monoparentales. 	
Aménagement des rues	11	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser le déplacement actif : piste cyclable et trottoir (compléter le réseau et revitaliser la signalisation). 	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux services et lieux publics - Capital social - Activités physiques sécuritaires
	16	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de saines habitudes de vie. 	

ANNEXE 2 : TABLEAU SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE L'EIS

Caractéristiques du projet	Recommandations
Participation citoyenne et action intersectorielle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place des mesures d'inclusion des citoyens et de renforcement de la participation citoyenne, en complément des mesures déjà proposées ^{*19} 2. Soutenir la participation et la mobilisation des citoyens *. 3. Prévoir des modalités de reddition de comptes à la population pour favoriser le suivi et l'actualisation de la PDS et de son plan d'action *. 4. Soutenir la participation et la mobilisation des partenaires intersectoriels.
Travail de proximité	<ol style="list-style-type: none"> 5. Planter un service de travail de milieu dans la Ville de Pincourt *. 6. Confier le service de travail de milieu à des professionnels possédant les compétences requises au niveau de l'organisation, la supervision et du travail sur le terrain *. 7. Sensibiliser la communauté de la ville à l'importance du travail de milieu via des activités « terrain » d'information et de sensibilisation. 8. Informers les jeunes de la présence d'un travailleur de milieu dans la Ville par différents canaux.
Accueil et intégration des nouveaux immigrants	<ol style="list-style-type: none"> 9. Favoriser l'accès aux services municipaux pour les citoyens issus de l'immigration *. 10. Développer des partenariats avec des organisations publiques ou communautaires locales. 11. Favoriser les rapprochements interculturels.
Offre de logements locatifs	<ol style="list-style-type: none"> 12. Mettre en place des mesures complémentaires à celles déjà priorisées par la Ville pour offrir des logements conformes aux normes d'acceptabilité de qualité et de taille convenable et abordable *. 13. Maintenir le cadre réglementaire permettant de favoriser l'adaptation et la transformation de résidences unifamiliales en logements bigénérationnels ou multilogements. 14. Faciliter le déploiement de mesures de soutien en logement au sein de la communauté. 15. Faciliter le développement de logements proposant des services adaptés aux personnes en perte d'autonomie.
Offre de services en loisirs	<ol style="list-style-type: none"> 16. Promouvoir et publiciser l'offre municipale de services de loisirs auprès des citoyens, notamment auprès des populations vulnérables. 17. S'assurer que la programmation municipale réponde à des critères de disponibilité, accessibilité et sécurité *. 18. S'assurer que les infrastructures répondent à des critères de disponibilité, proximité, sécurité, accessibilité et esthétique *.
Transport alternatif	<ol style="list-style-type: none"> 19. Se doter d'une base de données sur les offres de transports alternatifs. 20. Favoriser l'intermodalité en offrant un environnement urbain facilitant l'emploi des transports alternatifs et diffuser l'information à des publics cibles *. 21. Planifier les futurs aménagements urbains : rapprocher les services de transport alternatif des quartiers résidentiels, créer des quartiers plus densément peuplés et mieux desservis par des services de proximité. 22. Établir et maintenir des collaborations avec des employeurs, commerces et groupes communautaires*.
Aménagement des rues	<ol style="list-style-type: none"> 23. Apporter des modifications aux infrastructures piétonnières et cyclables existantes et planifier celles à venir pour qu'elles répondent aux normes de conception du MTQ *. 24. Afin de diminuer la vitesse pratiquée où les véhicules sont portés à dépasser la vitesse légale affichée, apporter les modifications à l'aménagement de la rue pour diminuer la largeur *. 25. Planter des mesures d'apaisement de la circulation telles que des saillies de trottoirs ou des traverses piétonnes texturées ou surélevées pour augmenter la visibilité des piétons et cyclistes. 26. Installer ou aménager, sur les trajets fréquemment empruntés, des bancs, des aménagements paysagers, des arbres, des œuvres d'art et des placettes *. 27. Dans le cadre des objectifs de densification établis par la CMM, viser à diversifier les usages résidentiel, commercial et institutionnel dans un même secteur.

¹⁹ Toutes les recommandations suivies d'une étoile (*) comportent des sous-recommandations se retrouvant dans le chapitre 2.

ANNEXE 3 : ANALYSE DÉTAILLÉE DE L'ENVIRONNEMENT BÂTI FAVORABLE AUX DÉPLACEMENTS ACTIFS SÉCURITAIRES DE PINCOURT

Densité

La densité de la municipalité de Pincourt n'est pas très élevée, variant de 7,3 à 21,4 logements à l'hectare, et la majorité des secteurs se situent autour de 13-15 log/ha, ce qui est légèrement sous le seuil préconisé de 17 log/ha pour favoriser les déplacements actifs [173, 181-185]. De plus, dans un rayon de 1 km de la gare de train Pincourt/Terrasse-Vaudreuil, le seuil de densité à atteindre selon la Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) dans son Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD) sera de 40 log/ha en 2031. Pour la zone à l'extérieur du rayon de 1 km, la densité résidentielle à atteindre sera de 22 log/ha en 2031. Il est donc important d'assurer un seuil minimal de densité pour les futurs développements immobiliers et autres projets de reconversion urbaine, tout en assurant une bonne cohabitation avec les usages et le bâti existant.

Diversité (mixité), destinations et distance

Une composante importante de la mixité est la proximité des différents usages fonctionnels avec les secteurs résidentiels. On entend par usages fonctionnels, des services de premières nécessités (épiceries, pharmacies et cliniques), les lieux d'emplois, les écoles, les gares intermodales, les parcs et les installations récréatives ou sportives et autres lieux dont la fréquentation est élevée. Leur proximité relative avec les secteurs résidentiels permet de faciliter des déplacements actifs quotidiens.

La plupart des usages commerciaux et de services se trouvent le long de la rue Cardinal-Léger, entre l'autoroute 20 et la 5^e avenue. On y retrouve d'ailleurs deux supermarchés d'alimentation, destinations utilitaires très importantes, mais qui sont toutefois localisées dans un environnement physique peu convivial pour les piétons et cyclistes. Aussi, leurs rayons de desserte en transport actif (maximum 1,25 km, représentant 15 minutes de marche à une vitesse de 5 km/h) ne permet potentiellement qu'au quart de la municipalité de s'y rendre sans leur voiture. En fait, le secteur commercial a été conçu pour faciliter les déplacements en voiture. Ainsi, la convivialité pour les usagers actifs n'est pas très élevée.

La gare de train est localisée à la limite nord de la municipalité, permettant qu'à très peu de résidents de s'y rendre à pied dans un rayon de 1 km [181] si on

considère qu'il s'agira d'un TOD (*transit-oriented development*) selon la CMM dans son PMAD. De plus, l'accès unique par le boulevard Cardinal-Léger réduit les options de déplacement pour s'y rendre.

Les écoles, les parcs, les églises et les infrastructures de loisirs sont quant à eux assez bien répartis dans les différents quartiers résidentiels et sont plutôt accessibles à pied et à vélo.

Design

La plupart des rues collectrices sont conçues avec trottoirs, majoritairement d'un seul côté. Elles donnent accès aux principales destinations utilitaires (écoles, parcs, commerces, églises, etc.). La plupart des rues locales ne comportent pas de trottoir, mais ont quelques fois des marges de recul séparées de la voie par du marquage. Cela ne remplace pas l'aspect sécuritaire que procure le trottoir, puisque le risque de blessures chez les piétons associé à la circulation motorisée est deux fois plus important dans les rues dépourvues de trottoirs, comparé au risque encouru dans les rues avec des trottoirs de chaque côté [163].

La largeur surdimensionnée du boulevard Cardinal-Léger, dans le secteur commercial, mais surtout dans le tronçon entre l'école primaire Edgewater et le parc Olympique où la vitesse maximale affichée est de 30 km/h, ne contraint aucunement les automobilistes à ralentir. Même si des trottoirs sont présents des deux côtés, des mesures d'apaisement de la circulation comme l'ajout de saillies de trottoir et d'un terre-plein central végétalisé permettrait de réduire la largeur des voies et ainsi réduire la vitesse pratiquée et augmenter la sécurité des piétons et cyclistes. Les trottoirs se terminent à l'angle de l'avenue Forest, où la largeur du boulevard Cardinal-Léger tend à diminuer. Les trottoirs devraient être poursuivis au sud de l'avenue Forest, car l'emprise reste encore assez large pour le permettre aisément.

L'aménagement piétonnier et cyclable sur le tronçon de Cardinal-Léger entre la 3^e et la 5^e avenue est déficitaire et peut présenter des problématiques de sécurité pour accéder aux commerces et pour se rendre à la gare de train Pincourt/Terrasse-Vaudreuil. Plusieurs facteurs y diminuent l'attrait des déplacements utilitaires en vélo ou à pied : la largeur de la rue, l'absence de végétation, la vitesse des véhicules, la cohabitation avec des entrées/sorties de stationnement de grandes surfaces,

les très grandes marges de recul des bâtiments, l'absence de voies cyclables et le tunnel peu accueillant sous l'autoroute 20 (rétrécissement des trottoirs et graffitis).

Aussi, lors de notre visite du 15 novembre, quelques déclencheurs à feu piétonnier à l'intersection du boulevard Cardinal-Léger et 5^e avenue ne fonctionnaient pas. À ce propos, lorsqu'il y a présence de feux pour piétons protégés, les virages à droite sur feu rouge (VDFR) ne sont pas recommandés. Les quatre intersections le long du boulevard Cardinal-Léger, où on retrouve les feux, sont donc potentiellement conflictuelles.

Beaucoup de passages piétonniers et cyclables entre les pâtés de maisons ont été recensés à Pincourt, lesquels augmentent le niveau de connexité aux différents quartiers (perméabilité de la trame urbaine). Par exemple, le passage entre l'école Shamrock et le parc Bellevue est un bon exemple à reproduire pour la construction des futurs quartiers. Par contre, le passage dans le prolongement de la rue Bellevue entre la 6^e et la 5^e avenue abandonne les piétons et cyclistes dans un stationnement qui mène au super marché Métro (figure 7). Il est souhaitable que l'aménagement dédié aux piétons et cyclistes soit poursuivi afin d'assurer un déplacement sécuritaire jusqu'à destination.

Figure 7 : Passage piéton/cycliste Bellevue



Le réseau cyclable de Pincourt est déployé à l'échelle de la ville, mais il est resté discontinu dans plusieurs secteurs. Par exemple, la voie cyclable sur la rue Cardinal-Léger n'est existante qu'entre la 8^e et la 22^e avenue, laissant le cycliste à lui-même dans le secteur commercial. Nous observons la même problématique sur la 5^e avenue où la voie cyclable s'arrête brusquement au boulevard Cardinal-Léger (voir figure

8. Si les voies cyclables ne sont pas poursuivies sur ce tronçon, il faut alors prévoir des aménagements pour faciliter l'intégration des vélos dans la circulation. Des mesures d'apaisement de la circulation seraient aussi à prévoir. Il est également essentiel d'éviter la présence d'obstacle majeur dans l'emprise de la voie cyclable, tel qu'observable dans la photo ci-dessous où le bloc de béton empiète dans la moitié de l'emprise. L'installation de bollards aux intersections est alors préférable

Figure 8: Fin de la voie cyclable de la 5e avenue



Concernant la conception même des voies cyclables, les bandes bidirectionnelles sur chaussée, comme sur les boulevards Cardinal-Léger, de l'île, l'avenue Forest et la 5^e avenue, ne sont pas recommandées pour des questions de sécurité. Il serait préférable et faisable, tout en conservant le stationnement en bordure de rue, de concevoir des voies unidirectionnelles de chaque côté de la rue. De plus, certaines voies cyclables bidirectionnelles sont identifiées pour inviter les piétons à partager l'espace des cyclistes. Cet aménagement multiusages est à éviter pour des enjeux de sécurité. Il est préférable que l'espace des piétons soit séparé de celui des cyclistes pour éviter les conflits, de préférence avec un trottoir, sinon une bande identifiée piétonne. Ici encore, il faut éviter la présence de tout obstacle dans l'emprise des cyclistes tel que représenté sur la photo suivante.

Figure 9: Obstacle dans la bande cyclable



Le chemin Duhamel est une voie étroite, sinueuse et raboteuse (observé lors de la visite du 15 novembre), où la vitesse maximale permise est de 30 km/h et où il est possible de partager équitablement l'emprise entre piétons, cyclistes et automobilistes. Il est peu envisageable, de par sa largeur, et peu pertinent de délimiter des bandes de chaque côté pour les piétons. Par contre, sur les tronçons où les voitures sont portées à accélérer, des aménagements visant l'apaisement de la circulation pourraient être conçus tels que des chicanes, afin de contraindre l'automobiliste à conserver une vitesse de 30 km/h. Cette rue pourrait potentiellement s'apparenter à l'approche de *Zone de rencontre*.

Les autres éléments d'aménagement (le mobilier urbain, la végétation, l'éclairage, les espaces publics, etc.) qui accompagnent les infrastructures routières, piétonnières et cyclables, essentielles à la création d'environnements favorables aux déplacements actifs sécuritaires, sont présents dans la municipalité, mais de façon sporadique, concentrés en des zones spécifiques. Par exemple, des bancs ont été recensés dans les parcs et à certains arrêts de bus, mais il est essentiel de penser à leur installation aux arrêts de bus les plus fréquentés et le long des parcours de marche les plus utilisés, surtout ceux empruntés par les personnes âgées, tels qu'à proximité des églises, aux passages piétonniers ou le long du chemin Duhamel. Aux arrêts de bus le plus fréquentés, des abribus

pourraient être installés pour améliorer le confort des usagers du transport en commun.

Le couvert d'arbres est généralement plus abondant dans les quartiers anciens que ceux récemment construits. Une attention particulière pourrait être apportée à la plantation le long du boulevard Cardinal-Léger entre l'autoroute 20 et la 5^e avenue pour réduire le champ visuel des conducteurs, ce qui favoriserait naturellement une diminution de la vitesse pratiquée. Il est recommandé d'effectuer la plantation d'arbres minimalement à chaque 9-12m, aux abords des trottoirs [171, 173, 186, 187]. Les arbres et la végétation ajouteraient aussi une protection supplémentaire aux piétons et cyclistes. Cette pratique pourrait aussi être implantée sur toute autre rue où la vitesse réelle des véhicules tend à être beaucoup plus élevée que la vitesse légale affichée.

Les espaces publics ou les placettes sont aussi un bon exemple d'aménagement favorisant les déplacements actifs, surtout parce qu'ils assurent un achalandage dans le secteur et renforcent ainsi le sentiment de sécurité. L'aménagement de ce genre d'espaces publics sur les principaux axes de déplacement favoriserait certainement le recours à la marche. Les bancs recensés à certains arrêts de bus pourraient être accompagnés de plantation et d'éclairage d'ambiance pour offrir aux usagers du transport en commun et à l'ensemble des citoyens des placettes accueillantes pour se reposer et socialiser (figures 10 et 11). La présence de placettes à chaque 400 m (ou 5 minutes de marche) [188] le long des trajets les plus souvent utilisés ou entre deux destinations importantes incite les gens à marcher plus même si les distances pour se rendre du *point A* au *point B* sont grandes. Aussi, ces placettes encouragent les rencontres informelles et assurent une vitalité du secteur.

Figure 10 : Exemple d'installation de bancs à un arrêt de bus



Figure 11 : Exemple de placette



En dernier lieu, lorsque les espaces publics, les parcs et les rues ne sont pas bien éclairés, cela entraîne des inconforts ainsi que des problématiques de sécurité, surtout pour les promenades hivernales en soirée. Le niveau d'éclairage doit permettre de reconnaître les gens croisés (à environ 20 mètres de distance) [172]. Aussi, il serait souhaitable que des lampadaires à échelle humaine (environ 6 m de hauteur) soient installés afin d'ajouter un confort aux piétons et cyclistes ainsi qu'un cachet à la municipalité.

Recommandations détaillées

1. Fixer un seuil minimal de densité pour les futurs développements immobiliers et planifier la reconversion urbaine en favorisant des produits résidentiels qui visent une mixité sociale, tout en assurant une bonne cohabitation avec les usages et le bâti existant.
2. Planifier la modification du cadre bâti du tronçon commercial sur le boulevard Cardinal-Léger en intégrant progressivement des petits commerces ayant une faible marge de recul et où les entrées donnent directement sur le trottoir.
3. Modifier les infrastructures piétonnières et cyclables existantes et planifier celles à venir pour qu'elles répondent aux normes de conception du MTQ, telles que préconisées par Vélo Québec et la Santé publique.
 - 3.1 Largeur minimale des trottoirs de 1,5 m, avec bateau aux intersections et aux passages piétonniers.

- 3.2 Compléter le réseau piétonnier, lorsque discontinu, comme dans la section sud du boulevard Cardinal-Léger.

- 3.3 Compléter le réseau cyclable lorsque discontinu ou aménager les rues dépourvues de voies cyclables pour intégrer de façon sécuritaire les vélos dans le trafic routier (réduire la largeur de la chaussée, réduire la vitesse légale, ajouter des mesures d'apaisement de la circulation, opter pour une approche de Rue complète, etc.).

- 3.4 Sur les rues, éviter les voies cyclables bidirectionnelles, favoriser les voies unidirectionnelles. Si l'emprise de la rue n'est pas suffisamment large, il est préférable qu'aucun aménagement cyclable particulier ne soit conçu. Une simple signalisation de partage de la route suffirait et serait plus sécuritaire qu'une bande trop étroite d'un côté de la rue.

- 3.5 Éviter les voies multiusages en priorisant des aménagements dédiés uniquement aux piétons (de préférence des trottoirs) et uniquement aux cyclistes.

4. Considérer l'interdiction de VDFR aux intersections avec feu pour piéton protégé et présence de voie cyclable du boulevard Cardinal-Léger.
5. Implanter des mesures d'apaisement de la circulation telles que des saillies de trottoirs, traverses piétonnes texturées ou surélevées pour augmenter la visibilité des piétons et cyclistes, particulièrement à proximité des écoles, des parcs et dans le secteur commercial.
6. Afin de diminuer la vitesse pratiquée dans les zones où les véhicules sont portés à dépasser la vitesse légale affichée, notamment en apportant des modifications à l'aménagement de la rue afin que sa largeur soit conforme à la vitesse affichée (plantation d'arbres, ajout de mobilier urbain, ajout ou élargissement des trottoirs, etc.). Recommandation à privilégier sur le boulevard Cardinal-Léger entre l'autoroute 20 et le parc Olympique.
7. Ajouter de l'éclairage et préférer l'éclairage à échelle humaine.
8. Installer ou aménager, sur les trajets fréquemment empruntés, des bancs, des aménagements paysagers, des arbres (minimalement à chaque

9-12 m le long des trottoirs), des oeuvres d'art et des placettes permettant aux piétons de s'y reposer et de socialiser.

9. Collaborer avec le CIT de la Presqu'île pour l'installation d'abribus aux arrêts les plus fréquentés.
10. Réaménager les rues, notamment le boulevard Cardinal-Léger entre l'autoroute 20 et le parc Olympique, pour rééquilibrer les besoins de déplacement, le confort et la sécurité de tous les usagers de la route en s'inspirant de pratiques novatrices, telle que la Rue complète.
11. Ajouter des éléments contraignant la vitesse au-delà de 30 km/h sur le chemin Duhamel afin de s'apparenter à l'approche de Zone de rencontre.

RÉFÉRENCES

1. Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé*, 2005. p. 21.
2. Barton, H. and M. Grant, *A health map for the local human habitat*. The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 2006. **126**(6): p. 252-253.
3. Alter ego. *Dossier accessibilité*. 2012 [cité décembre 2012; Available from: http://www.altergo.net/activites/accessibilite/access_universelle.html.
4. Jolin, L., *Projet de grille d'analyse de l'accessibilité au loisir présenté au Forum québécois du loisir ARUC en économie sociale*, Editor 2005: UQAM, Montréal, . p. 35
5. Picheral, H., *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé* in GEOS , *Atelier Géographie de la santé* 2001: Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valéry. p. 307.
6. Penchansky, R. and J.W. Thomas, *The Concept of Access*. Med Care 1981., **19**(2): p. 127-140.
7. Robitaille, E., *Indicateurs géographiques de l'environnement bâti et de l'environnement des services influant sur l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel*, 2009: Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec. p. 113.
8. Dubois, J.-L., F.-R. Mahieu, and A. Poussard, *La durabilité sociale comme composante du développement humain durable*, in *Centre d'Économie et d'Éthique pour l'Environnement et le Développement*. Université de Versailles St. Quentin en Yvelines. p. 14.
9. Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport du Québec, *Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger*, 2005: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec,
Gouvernement du Québec. p. 36.
10. Apparicio, P. and A.-M. Séguin, *L'accessibilité aux services de proximité dans les espaces de pauvreté de l'île de Montréal*, in *Information géographique et aménagement du territoire*. 2008, Paris: Lavoisier. p. 69-87.
11. Direction de santé publique, *Les inégalités sociales de santé à Montréal. Le chemin parcouru.* , in *Rapport du directeur de santé publique 2011* Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. p. 148.
12. Bédard, J. and M. Jacques, *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises*, 2010: Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. p. 50.
13. Québec, K. *Municipalité active 2012* [cité décembre 2012; Available from: <http://www.kino-quebec.qc.ca/municipaliteActive.asp>.
14. Howley, E.T., *Type of activity: resistance, aerobic and leisure versus occupational physical activity*. Medicine & Science in Sports & Exercise, 2001. **33**(6 Suppl): p. S364-9; discussion S419-20.
15. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity and Health: A report of the Surgeon General*, 1996, Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
16. Kahn, E.B., et al., *The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity: A Systematic Review*. American Journal of Preventive Medicine, 2002. **22**(4S): p. 73-107.
17. Herbst, A., et al., *Impact of Physical Activity on Cardiovascular Risk Factors in Children With Type 1 Diabetes*. Diabetes Care, 2007. **30**(8): p. 2098-2100.
18. Larouche, R. and F. Trudeau, *Étude des impacts du transport actif sur la pratique d'activités physiques et la santé et de ses principaux déterminants*. Science & Sports, 2010. **25**(5): p. 227-237.
19. Suh, Y., et al., *Physical activity, social support, and depression: Possible independent and indirect associations in persons with multiple*

- sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 2011: p. 1-11.
20. Motl, R.W., et al., *Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support*. *Psychology, Health & Medicine* 2009. **14**(1): p. 111-124.
 21. Council, T.E.F.I. *Activité physique et sécurité*. 2012 [cited décembre 2012; Available from: <http://www.eufic.org/article/fr/artid/Activite-physique-securite/>].
 22. Morgan, A. and C. Swann, *Chapter 1: Introduction: issues of definition, measurement and links to health*, in *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health*, A. Morgan and C. Swann, Editors. 2004, NHS.
 23. van Kemenade, S., *Le capital social comme déterminant de la santé: Comment le définir?* 2003: Santé Canada.
 24. OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1999: Genève.
 25. van Kemenade, S., *Le capital social comme déterminant de la santé: Comment le mesurer?* 2003: Santé Canada.
 26. Bouchard L, *Capital social, solidarité réticulaire et santé*, in *Les inégalités sociales de santé au Québec*, K. Frohlich, et al., Editors. 2008, Les Presses de l'Université de Montréal: Montréal.
 27. Kawachi, I., et al., *Social capital, income inequality, and mortality*. *Am J Public Health*, 1997. **87**(9): p. 1491-1498.
 28. Lochner, K.A., et al., *Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago*. *Social Science & Medicine*, 2003. **56**(8): p. 1797-1805.
 29. Stansfeld, S.A., *Social Support and social cohesion*, in *Social Determinants of Health*, M. Marmot and R.G. Wilkinson, Editors. 2006, Oxford University Press: New York.
 30. Tousignant, M., *Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature*. *Sciences Sociales et Santé*, 1988. **1**: p. 77-102.
 31. Linden-Bostrom, M., C. Persson, and C. Eriksson, *Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health--a population-based survey in Sweden*. *BMC Public Health*, 2010. **10**: p. 628.
 32. Oliveira, A., et al., *Social support and leisure-time physical activity: longitudinal evidence from the Brazilian Pro-Saude cohort study*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2011. **8**(77).
 33. Lindström, M., M. Moghaddassi, and J. Merlo, *Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmö, Sweden*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003. **57**(1): p. 23-28.
 34. Michael, Y.L., et al., *Living arrangements, social integration, and change in functional health status*. *Am J Epidemiol*, 2001. **153**(2): p. 123-31.
 35. Kawachi, I. and L.F. Berkman, *Social ties and mental health*. *J Urban Health*, 2001. **78**(3): p. 458-67.
 36. Bunker, S. and Coll., *Stress and coronary heart disease: psychological risk factors*. *Medical Journal of Australia*, 2003. **178**: p.:272-276.
 37. Glover, S. and Coll., *Social environments and the emotional well-being of young people*. *Family Matters*, 1998. **49**: p. 11-17.
 38. Deller, S.C., et al., *The Role of Amenities and Quality of Life In Rural Economic Growth*. *American Journal of Agricultural Economics*, 2001. **83**(2): p. 352-365.
 39. Halstead, J.M. and S.C. Deller, *Public infrastructure in economic development and growth: evidence from rural manufacturers*. *Journal of the Community Development Society*, 1997. **28**(2): p. 149-169.
 40. Helliwell, J.F. and R.D. Putnam, *Economic growth and social capital in Italy*, in *Social capital: a multifaceted perspective*, P. Dasgupta and I. Serageldin, Editors. 2000, The World Bank: Washington D.C. p. 253-268.
 41. Dasgupta, P. and I. Serageldin, eds. *Social capital: a multifaceted perspective*. 2000, The World Bank: Washington, D.C.
 42. McIntyre, L., A.C. Bartoo, and J.H. Emery, *When working is not enough: food insecurity in the Canadian labour force*. *Public Health Nutrition*. **FirstView**: p. 1-9.
 43. Mikkonen, J. and D. Raphael, *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* 2011, Toronto: École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
 44. BC Healthy Living Alliance, *Healthy futures for BC Families: Policy recommendations for improving the health of British Columbians*. 2009.
 45. Winkleby, M.A., et al., *Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for*

- cardiovascular disease. *Am J Public Health*, 1992. **82**(6): p. 816-20.
46. Organisation mondiale de la Santé, *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, 1998: Genève: OMS.
 47. Organisation mondiale de la santé, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1999: Genève. p. 25.
 48. Réseau québécois des Villes et Villages en santé (RQVVS), *Obsession citoyenne*, 2009. p. 175.
 49. Thibault, A.M.L. and M. Tremblay, *Cadre de référence de la participation publique démocratique, utile et crédible*, in *Groupe de travail sur la qualité de participation publique formé à la suite du Forum sur le développement social*, 2001: Québec, p. 1.
 50. Bryant, C.T., *La participation communautaire et le développement local : la voie de l'avenir* Les cahiers du développement local, Développement autrement, 2010. **1**(1): p. 5.
 51. Letarte, G. and L. Fréchette, *Guide d'élaboration d'une politique ou d'un plan de développement social en territoire municipal*, in *Alliance de recherche Université-Communauté / Innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC)* 2009: Université du Québec en Outaouais, Gatineau. p. 16.
 52. Wallerstein, N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* -Health Evidence Network report 2006 [cited February 2006; Available from: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> .
 53. Lindstrom, M., B.S. Hanson, and P.O. Ostergren, *Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour*. *Soc Sci Med*, 2001. **52**(3): p. 441-51.
 54. Addy CL, et al., *Association of perceived social and physical environmental supports with physical activity and walking behavior*. *Am J Public Health*, 2004. **94**(3): p. 440-443.
 55. Mummery WK, et al., *Associations between physical inactivity and a measure of social capital in a sample of Queensland adults*. *J Sci Med Sport*, 2008. **11**(3): p. 308-315.
 56. Ministère de la santé et des services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2003: Gouvernement du Québec, Québec. p. 133.
 57. Direction de santé publique de la Montérégie, *Pour des communautés en santé : Des environnements sociaux solidaires*, 2007: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, p. 39.
 58. Itzhaky, H. and A.S. York, *Different Types of Clients Participation and the Effects on Community-Social Work Intervention*. *Journal of Social Service Research*, 1994. **Q9**(B (1/2)).
 59. Van Kemenade, S. and L. Fréchette, *Participation significative des communautés dans le cadre des processus de consultation sur des projets à grande échelle*, in *Alliance de recherche Université-Communauté / Innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC)* 2007: Université du Québec en Outaouais, Gatineau. p. 16.
 60. Le Bossé, Y., *Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux*,. *Nouvelles pratiques sociales*, 1996. **9**(1): p. 127-145.
 61. Fontaine, A., *La culture du travail de rue: Une construction quotidienne*, 2011: Montréal.
 62. Duval, M. and A. Fontaine, *Lorsque des pratiques différentes se heurtent; les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants*. *Nouvelles pratiques sociales*, 2000. **13**(1): p. 49-66.
 63. Paquin, P. and A. Perreault, *Cadre de référence pour le travail de proximité en Montérégie*, in *Gouvernement du Québec. Longueuil*. 2001: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique. p. 59.
 64. Beaulé, G. and P. Simard, *Évaluation d'une approche de proximité en milieu rural*, 2001: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, p. 110.
 65. Moore, D., D. Gagnon, and A. Perreault, *Stratégies de travail de rue en Montérégie - Pertinences et recommandations* ,, 1998, Gouvernement du Québec. Longueuil. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique. p. 32.
 66. Martel, G., *Rapport final d'évaluation : Le Travail de rue : une pratique préventive auprès des jeunes à risque d'adhérer à un gang ?(Synthèse)*, 2008, Ministère de la Sécurité publique, Montréal.; Société de criminologie du Québec pour la Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité. p. 22.
 67. Paquin, P. and A. Perreault, *Révision du cadre*

- de référence pour la pratique du travail de rue en Montérégie, in *Gouvernement du Québec. Longueuil*.2013, à paraître: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique. p. 47.
68. Bastien, R. and coll, *Analyse descriptive de la prévention dans le travail de proximité: la problématique des MTS/VIH et celles connexes - Étude exploratoire : rapport de recherche*. , 2002: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Section maladies infectieuses. . p. 79.
 69. Poortinga, W., *Perceptions of the environment, physical activity, and obesity*. Soc Sci Med, 2006. **63**(11): p. 2835-46.
 70. Delfabbro, P., J. Lahn, and P. Grabosky, *Psychosocial correlates of problem gambling in Australian students*. Aust N Z J Psychiatry, 2006. **40**(6-7): p. 587-95.
 71. Lindstrom, M., *Ethnic differences in social participation and social capital in Malmo, Sweden: a population-based study*. Soc Sci Med, 2005. **60**(7): p. 1527-46.
 72. Kim, D., et al., *US state- and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: a multilevel, multivariable analysis*. Soc Sci Med, 2006. **63**(4): p. 1045-59.
 73. Twiss, J., et al., *Community gardens: lessons learned from California Healthy Cities and Communities*. Am J Public Health, 2003. **93**(9): p. 1435-8.
 74. Ali, S.M., et al., *Social capital, the miniaturisation of community, traditionalism and first time acute myocardial infarction: a prospective cohort study in southern Sweden*. Soc Sci Med, 2006. **63**(8): p. 2204-17.
 75. Hyyppa, M.T., et al., *Individual-level measures of social capital as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: a population-based prospective study of men and women in Finland*. Eur J Epidemiol, 2007. **22**(9): p. 589-97.
 76. Larson, R.W., D.M. Hansen, and G. Moneta, *Differing profiles of developmental experiences across types of organized youth activities*. Dev Psychol, 2006. **42**(5): p. 849-63.
 77. Firmo, J.O., et al., *Urban schistosomiasis: morbidity, sociodemographic characteristics and water contact patterns predictive of infection*. Int J Epidemiol, 1996. **25**(6): p. 1292-300.
 78. Collins, M., *Sport, physical activity and social exclusion*. J Sports Sci, 2004. **22**(8): p. 727-40.
 79. Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Rapport sur le marché locatif – RMR de Montréal*, 2011.
 80. Thibodeau, J.-C., *Évolution du marché du logement locatif : analyse, effets et perspectives*, in *Société d'habitation du Québec*2003: Québec p. 5.
 81. Société canadienne d'hypothèques et de logement. *Le logement au Canada en ligne, Définitions*. [cited novembre 2012; Available from: http://cmhc.beyond2020.com/HiCODefinitions_FR.html#_Besoins_impérieux_de_logement.
 82. Arundel, A.V., et al., *Indirect Health Effects of Relative Humidity in Indoor Environments*. Environmental Health Perspectives, 1986. **65**: p. 351-361.
 83. Collins, K.J., *Low indoor temperatures and morbidity in the elderly*. Age Ageing, 1986. **15**(4): p. 212-20.
 84. Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens : Une introduction à la santé en milieu urbain*, 2006, ICIS: Ottawa.
 85. Hosman, C.M. and E. Jané-Llopis, *The evidence of effective intervention for mental health promotion*, in *Promoting mental health, concepts-emergence evidence-practice: report of the World Health Organization*2005, Departement of Mental Health and Substance Abuse & Victorian Health Promotion Foundations University of Melbourne: Genève.
 86. Dunn, J.R., et al., *Housing as a Socio-Economic Determinant of Health: Findings of a National Needs, Gaps and Opportunities Assessment*. Canadian Journal of Public Health, 2006. **97**(Supp.3): p. S11-S15.
 87. Evans, G.W. and M.N. Palsane, *Residential density and psychological health: the mediating effects of social support*. Journal of personality and social psychology, 1989. **57**(6): p. 994-999.
 88. Shaw, M., *Housing and Public Health*. Annual Review of Public Health, 2004. **25**(1): p. 397-418.
 89. Shaw, M., D. Dorling, and G.D. Smtih, *Poverty, social exclusion, and minorities*, in *Social determinants of health*, M. Marmot and R.G. Wilkinson, Editors. 1999, Oxford University Press: New York. p. 211-239.

90. Solarie, C. and R. Mare, *The Effects of Crowded Housing on Children's Wellbeing*, in *American Sociological Association* 2007: New York.
91. Evans, G.W., et al., *Chronic Residential Crowding and Children's Well-Being: An Ecological Perspective*. *Child Development*, 1998. **69**(6): p. 1514-1523.
92. Evans, G.W., S. Saegert, and R. Harris, *Residential Density and Psychological Health Among Children in Low-Income Families*. *Environment and behavior*, 2001. **33**(2): p. 165.
93. Power, E., *Individual and household food insecurity in Canada: position of Dietitians of Canada*. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, (1486-3847 (Print)): p. 17.
94. Lux, M. and P. Sunega, *Labour mobility and housing: the impact of housing tenure and housing affordability on labour migration in the Czech Republic*. *Urban Stud*, 2012. **49**(3): p. 489-504.
95. Iwarsson, S. and A. Isacson, *Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility*. *Arch Gerontol Geriatr*, 1998. **26**(1): p. 71-83.
96. Oswald, F., et al., *Housing-related control beliefs and independence in activities of daily living in very old age*. *Scand J Occup Ther*, 2007. **14**(1): p. 33-43.
97. Iwarsson, S., V. Horstmann, and B. Slaug, *Housing matters in very old age - yet differently due to ADL dependence level differences*. *Scand J Occup Ther*, 2007. **14**(1): p. 3-15.
98. Conseil de la famille et de l'enfance, *Créer des environnements propices avec les familles : le défi des politiques municipales*, 2005: Avis, Québec, p. 29.
99. Communauté métropolitaine de Montréal. *Tableau de bord sur le plan d'action métropolitain pour le logement social et abordable 2009-2013*. [cited novembre 2012; Available from: <http://tbpamlsa.cmm.qc.ca/swf/index.html>].
100. Ville de Salaberry-de-Valleyfield. *Politique du logement : une qualité de vie pour tous*. 2005 [cited novembre 2012.; Available from: <http://www.ville.valleyfield.qc.ca/citoyens/administration-et-finances-municipale/politiques-municipales/politique-du-logement>].
101. Ville de Gatineau (2006). *Politique d'habitation : Habiter ma ville*. [cited novembre 2012; Available from: http://www.gatineau.ca/page.asp?p=la_ville/administration_municipale/politiques_vision/politique_habitation].
102. Ville de Thetford Mines. *Politique d'accès à la propriété*,. [cited novembre 2012; Available from: <http://www.ville.thetfordmines.qc.ca/info.php?noPage=138>].
103. Ville de Montréal. *La stratégie d'inclusion de logements abordables dans les nouveaux projets résidentiels : avancement de sa mise en œuvre*, . 2007 [cited novembre 2012.; Available from: http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/PES_PUBLICATIONS_FR/PUBLICATIONS/STRATEGIE_INCLUSION.PDF].
104. Ville de Trois-Rivières. *Politique municipale de développement social : Pour un mieux-être individuel et collectif*. 2005 [cited novembre 2012; Available from: http://laville.v3r.net/docs_upload/builder/858/Politique_developpement_social.pdf].
105. Ville de Longueuil. *Plan d'action du Plan de développement social et communautaire*, . 2005 [cited novembre 2012.; Available from: http://www.longueuil.ca/vw/asp/attachements/MESSAGES-MSG_FICHER-11138-2.PDF].
106. Conseil québécois du Loisir, *Cadre de référence pour l'analyse de l'accessibilité au loisir*, 2007. p. 51.
107. McCormack GR, et al., *Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: a review of qualitative research*. *Health & Place*, 2010. **16**(712-726).
108. Cerin, E., et al., *Perceived barriers to leisure-time physical activity in adults: an ecological perspective*. *J Phys Act Health*, 2010. **7**(4): p. 451-9.
109. Kaczynski, A.T. and K.A. Henderson, *Parks and recreation settings and active living: a review of associations with physical activity function and intensity*. *J Phys Act Health*, 2008. **5**(4): p. 619-32.
110. Thibault, A., *Les tendances qui interpellent l'offre de service en loisir. Pourquoi le statu quo est impossible*. *Observatoire québécois du loisir*, 2010. **7**(10): p. 4.
111. Fortier D. *Prévention des blessures associées à l'usage des aires et des appareils de jeu*. Available from: http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/media_traumatismes_imprimable.aspx?sortcode=1.56.64.76.86.

112. Courchesne-Genest F. et autres, *Guide de sécurité et de prévention dans les aré纳斯*, 2005, Association des Aré纳斯 du Québec inc.,.
113. Paquin S, *Ma ville en toute confiance, in Guide des meilleures pratiques pour un aménagement sécuritaire destiné aux municipalités et à leurs partenaires.*, Union des municipalités du Québec, Editor 2009, Culture. communications et condition féminine. p. 28.
114. Mota, J., et al., *Association of perceived environmental characteristics and participation in organized and non-organized physical activities of adolescents.* *Pediatr Exerc Sci*, 2009. **21**(2): p. 233-9.
115. Dannenberg AL, Frumkin H, and Jackson RJ, *Making healthy places, in Designing and building for health, wellbeing, and sustainability*2011, Island Press: Washington D.C.
116. Department of Health and Human Services, *LEED-ND and Healthy Neighborhoods An Expert Panel Review*, Centers for Disease Control and prevention, Editor 2009. p. 4.
117. Congress for the New Urbanism, et al., *LEED 2009 pour l'aménagement des quartiers avec les méthodes de conformité de rechange du Canada*, 2011. p. 189.
118. Bédard J and Jacques M, *L'accessibilité aux parcs et aux installations sportives pour les familles montréalaises*, in *Volet 1 - Étude géomatique*2010, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,. p. 34.
119. Robitaille, E., *Indicateurs géographiques de l'environnement bâti et de l'environnement des services influant sur l'activité physique, l'alimentation et le poids corporel*, Direction du développement des individus et des communautés, Editor 2009, INSPQ. p. 113.
120. *Neighborhood safety and the prevalence of physical inactivity--selected states, 1996.* *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 1999. **48**(7): p. 143-6.
121. Karusisi, N., et al., *Multiple dimensions of residential environments, neighborhood experiences, and jogging behavior in the RECORD Study.* *Prev Med*, 2012. **55**(1): p. 50-5.
122. Christensen, K.M., J.M. Holt, and J.F. Wilson, *Effects of perceived neighborhood characteristics and use of community facilities on physical activity of adults with and without disabilities.* *Prev Chronic Dis*, 2010. **7**(5): p. A105.
123. Haerens, L., et al., *The contribution of home, neighbourhood and school environmental factors in explaining physical activity among adolescents.* *J Environ Public Health*, 2009. **2009**: p. 320372.
124. Navalpotro, L., et al., *Area-based socioeconomic environment, obesity risk behaviours, area facilities and childhood overweight and obesity: socioeconomic environment and childhood overweight.* *Prev Med*, 2012. **55**(2): p. 102-7.
125. Isgor, Z. and L.M. Powell, *Availability of commercial physical activity facilities and physical activity outside of school among high school students.* *J Phys Act Health*, 2011. **8**(5): p. 707-15.
126. Boone-Heinonen, J., et al., *Where can they play? Outdoor spaces and physical activity among adolescents in U.S. urbanized areas.* *Prev Med*, 2010. **51**(3-4): p. 295-8.
127. Prins, R.G., et al., *Availability of sports facilities as moderator of the intention-sports participation relationship among adolescents.* *Health Educ Res*, 2010. **25**(3): p. 489-97.
128. Autran, R.G., et al., *[The association between proximity to sports facilities and participation in sports among 13-year-olds in the city of Porto, Portugal].* *Cad Saude Publica*, 2012. **28**(3): p. 549-58.
129. Nichol, M., I. Janssen, and W. Pickett, *Associations between neighborhood safety, availability of recreational facilities, and adolescent physical activity among Canadian youth.* *J Phys Act Health*, 2010. **7**(4): p. 442-50.
130. Edwards, M.B., M.A. Kanters, and J.N. Bocarro, *Opportunities for extracurricular physical activity in North Carolina middle schools.* *J Phys Act Health*, 2011. **8**(5): p. 597-605.
131. Mansfield, E.D., N. Ducharme, and K.G. Koski, *Individual, social and environmental factors influencing physical activity levels and behaviours of multiethnic socio-economically disadvantaged urban mothers in Canada: a mixed methods approach.* *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2012. **9**: p. 42.
132. Gubbels, J.S., D.H. Van Kann, and M.W. Jansen, *Play equipment, physical activity opportunities, and children's activity levels at childcare.* *J Environ Public Health*, 2012.

- 2012: p. 326520.
133. Marier C., Lahaie V. , and Landriault J.P, *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*, in *Rapport de la directrice de santé publique 2007*2007. p. 59.
 134. J., C., *Physical activity and building stronger communities*, 2007.
 135. Maas, J., et al., *Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health*. *Health & Place*, 2009. **15**(2): p. 586-595.
 136. Kuo, F.E., et al., *Fertile ground for community:inner-city neighbourhood common spaces*. *American Journal of Community Psychology*, 1998. **26**(6): p. 823–51.
 137. Kweon, B.-S., W.C. Sullivan, and A.R. Wiley, *Green Common Spaces and the Social Integration of Inner-City Older Adults*. *Environment and Behavior*, 1998. **30**(6): p. 832-858.
 138. Abraham, A., K. Sommerhalder, and T. Abel, *Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments*. *International Journal of Public Health*, 2010. **55**(1): p. 59-69.
 139. Prins, R.G., et al., *Are neighbourhood social capital and availability of sports facilities related to sports participation among Dutch adolescents?* *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2012. **9**: p. 90.
 140. PLA Consultants, *Plan directeur des parcs , espaces verts et milieux naturels de la Ville de Pincourt.*, p. 86.
 141. Direction de santé publique, *Pour un Plan métropolitain d'aménagement et de développement favorable à la santé. Mémoire sur le projet de Plan métropolitain d'aménagement et de développement de la Communauté métropolitaine de Montréal* 2011: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. p. 50.
 142. SAGA CITÉ. *Investir dans les transports collectifs pour en tirer les bénéfices*. 2012 [cited 2012 décembre]; Available from: <http://www.sagacite.org/2011/02/le-transport/>.
 143. Environment Canterbury Regional Council, *Wider Health and Wellbeing Impacts of Transport Planning: Literature review.*, in *Canterbury DHB and Christchurch City Council*2010. p. 50.
 144. King, N., P. Morency, and L. Lapierre, *Les impacts du transport sur la santé publique.*, in *Rapport synthèse*2005: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. p. 5.
 145. Direction de santé publique, *Des environnements physiques sains et sécuritaires : éléments clés pour la santé des communautés*, in *Rapport de la directrice de santé publique*. 2006: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
 146. Direction de santé publique, *Le transport urbain, une question de santé.* , in *Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise (sous la direction scientifique de L Drouin, P Morency et N King)*2006: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. p. 132.
 147. Gilbert, R. and coll., *Pour un aménagement et des transports favorables aux jeunes. Guide à l'intention des villes du Québec.*, in *Le Centre pour un transport durable*2010: Université de Winnipeg et Agence de santé publique du Canada
 148. Gouvernement du Québec and Ministère des Transports, *Le transport des personnes au Québec : POUR OFFRIR DE MEILLEURS CHOIX AUX CITOYENS. LA POLITIQUE QUÉBÉCOISE DU TRANSPORT COLLECTIF*, 2006. p. 76.
 149. Vélo Québec, *L'État du vélo au Québec en 2010*, 2011.
 150. Coalition Poids, *La sécurité routière, au-delà de l'individu, une question d'aménagement*, 2010.
 151. Kavanagh, P., C. Doyle, and O. Metcalfe, *Health Impacts of Transport: A Review.*, 2005: Institute of Public Health in Ireland.
 152. Association du transport urbain du Québec, *La contribution des sociétés de transport en commun au développement durable des villes du Québec.*, 2009.
 153. Chambre de commerce du Montréal métropolitain, *Le transport en commun : Au coeur du développement économique de Montréal.*, 2010. p. 58.
 154. Pikora, T.J., et al., *Neighborhood Environmental Factors Correlated with Walking Near Home : using SPACES*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2006. **38**: p. 708-714.
 155. Sallis, J.F. and al., *Neighborhood built environment and income: examining multiple health outcomes*. *Soc Sci Med* 2009. **68**: p. 1285-1293.
 156. Van Dyck, D., et al., *Neighborhood SES and walkability are related to physical activity behaviour in Belgian adults*. *Prev Med*, 2010.

- 50: p. S74-9.
157. Lopez, R., *Neighborhood Risk Factors for Obesity*. OBESITY 2007. **15**(8): p. 2111-2119.
158. Frank, L.D., *Urban Form Relationships With Walk Trip Frequency and Distance Among Youth*. American Journal of Health Promotion, 2007. **March/April 2007**(Vol. 21, No. 4 Supplement).
159. Frank, L. and al., *Obesity relationships with community design, Physical activity and time spent in cars*. American Journal of Preventive Medicine, 2004. **27**(2): p. 87-96.
160. Paquin, S., *Ma ville en toute confiance*, 2009.
161. Jacobs, J., *The Death and Life of Great American Cities* 1961, New York: Random House.
162. Kerr, J. and al., *Active commuting to school : Associations with environment and parental concerns*. Medicine and science in sports and exercise, 2006. **38**(4): p. 787-794.
163. Campbell, B.J. and al., *A Review of Pedestrian Safety Research in the United States and Abroad*, Federal Highway Administration, Editor 2004: USA.
164. Leyden, K.M., *Social Capital and the Built Environment: The Importance of Walkable Neighborhoods*. Am J Public Health, 2003. **93**(9): p. 1546-1551.
165. Rogers, S., et al., *Examining Walkability and Social Capital as Indicators of Quality of Life at the Municipal and Neighborhood Scales*. Applied Research in Quality of Life, 2010. **6**(2): p. 201-213.
166. Renalds, A., T.H. Smith, and P.J. Hale, *A Systematic Review of Built Environment and Health*. Family & Community Health, 2010. **33**(1): p. 68-78.
167. Kaczynski, A. and M. Sharratt, *Deconstructing Williamsburg: Using focus groups to examine residents' perceptions of the building of a walkable community*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2010. **7**(1): p. 1-12.
168. Pucher, J., et al., *Walking and Cycling to Health: A Comparative Analysis of City, State, and International Data*. Am J Public Health, 2010: p. AJPH.2009.189324.
169. Bassett DR, et al., *Walking, Cycling, and Obesity Rates in Europe, North America, and Australia*. Journal of Physical Activity and Health, 2008. **5**: p. 795-814.
170. Pucher, J. and R. Buehler, *Walking and Cycling for Healthy Cities*. Built Environment, 2010. **36**(4): p. 391-414.
171. American Planning Association, *Smart Codes: Model Land-Development Regulations*, 2009: États-Unis.
172. Vélo Québec, *Guide technique : Aménagements en faveur des piétons et des cyclistes*, 2009: Québec.
173. Congress of New Urbanism, Natural Resources Defence Council, and Conseil du bâtiment durable du Canada, *LEED 2009 pour l'aménagement des quartiers avec les méthodes de conformité de rechange du Canada*, 2011: Canada.
174. Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec, *Livre Vert « La sécurité routière au Québec : un défi collectif » Mémoire*, 2000, Bibliothèque nationale du Québec.
175. Wachtel and Lewiston, *Risk Factors for Bicycle-Motor Vehicle Collisions at Intersections*. Institute of Transportation Engineers, 1994. **Sept./Oct.**
176. Reynolds, C.O. and al., *The impact of transportation infrastructure on bicycling injuries and crashes : a review of the literature*. Environmental Health, 2009. **8**(47).
177. Fortier, D., *Les aménagements cyclables : un cadre pour l'analyse intégrée des facteurs de sécurité*, Institut national de santé publique du Québec, Editor 2009.
178. Pikora, T.J. and al., *Developing a framework for assessment of the environmental determinants of walking and cycling*. Social Science and Medicine, 2002. **56**: p. 1693-1703.
179. Jordan, G. and L. Leso, *Power of the line - Shared-use path conflict reduction*. Transp Res Rec, 2000. **1705**(2000): p. 16-19.
180. Leadership for Healthy Communities, *Making the connection : Linking policies to improve safety with preventing childhood obesity*, 2012.
181. Ewing, R., *Pedestrian and transit -friendly design : A primer for Smart Growth*, American Planning Association, Editor.
182. MAMROT, *Guide- La prise de décision en urbanisme Outils de planification -Densité d'occupation du sol*, 2011.
183. Cervero and al., *TCRP Report 102: Transit-Oriented Development in the United States: Experiences, Challenges, and Prospects*, Transportation Research Board, Editor 2004:

- Washington.
184. Design for Health, *Health Impact Assessment Threshold Analysis Version 4.0.*, 2008, University of Minnesota.
 185. Institut national de santé publique du Québec and Conseil du bâtiment durable du Canada. *Indicateur de l'environnement bâti - densité résidentielle.* 2012; Available from: <http://environnementbati.inspq.qc.ca/densite-residentielle.aspx>.
 186. Center for Applied Transect Studies, *Smart Code*, 2003, Town Paper Publisher.
 187. Smart Growth America, *Smart Growth Project Scorecard*, 2007.
 188. Barton, H. and al., *Shaping neighbourhoods for local health and global sustainability* 2010.



1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca/santepublique

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie



Direction de santé publique