



information



formation



recherche



coopération
internationale

LES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT DU TERRITOIRE : UNE CIBLE D'INTERVENTION DE SANTÉ PUBLIQUE EFFICACE?

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

LES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT
DU TERRITOIRE : UNE CIBLE D'INTERVENTION
DE SANTÉ PUBLIQUE EFFICACE?

DIRECTION RISQUES BIOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET OCCUPATIONNELS

JUIN 2007

AUTEURS

Marion Schnebelen, M.Sc.
Unité Santé et environnement
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Claire Laliberté, M.A., M.Sc.
Unité Santé et environnement
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Daniel Bolduc, M.Env.
Unité Santé et environnement
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Josée Morisset, M.A.
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Marcel Bélanger, médecin-conseil en santé environnementale
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

SECRÉTARIAT

Diane Bizier Blanchette
Unité Santé et environnement
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-50887-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-50888-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans la participation généreuse de nombreux professionnels de santé environnementale du réseau de la santé publique. Leurs témoignages nous ont été des plus précieux et nous espérons les avoir interprétés le plus judicieusement possible. Nous tenons à exprimer notre gratitude à madame Michèle Bélanger au ministère de la Santé et des Services sociaux et dans les directions régionales de santé publique à Sonia Boivin, Stéphane Dupont, Philippe Guerrier, Pierre Lainesse, Annik Lefebvre, Guy Lévesque, Élisabeth Masson, André Morasse, Manon Paul, Louis-Marie Poissant et Pierre Turgeon. Nous aimerions également remercier monsieur Benoît Bossé du ministère des Affaires municipales et des Régions, qui a agi comme personne-ressource et dont l'aide fut des plus précieuses tout au long de la réalisation de l'étude. Merci également à madame Anouk Racette pour la relecture attentive du document ainsi qu'à madame Suzanne Gingras pour ses judicieux conseils méthodologiques.

Enfin, nous espérons que ce document saura apporter des éléments de réponse aux questionnements des membres de la Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE) dans la définition de leur rôle en aménagement du territoire. Nous les remercions pour leur patience et leur soutien permanent au cours de l'étude.

RÉSUMÉ

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est appelé comme plusieurs autres ministères à contribuer à l'avis gouvernemental préparé par le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR) en cours de processus de révision des schémas d'aménagement des municipalités régionales de comté (MRC).

La réalisation du mandat est décentralisée vers les régions, au sein même des directions de santé publique (DSP) dans les agences de la santé et des services sociaux (ASSS). Les équipes de santé environnementale, mandatées à cette tâche, voient cette contribution comme une opportunité de participer à la planification d'un développement harmonieux et durable du territoire et d'optimiser les actions favorables à la santé et au bien-être de la population de leur territoire.

Cela fait maintenant dix ans que la santé publique est impliquée dans le processus de révision des schémas d'aménagement et de développement (SAD) des MRC. Après toutes ces années, les intervenants de santé environnementale des DSP mandatés pour répondre à la consultation menée par le MAMR ainsi que la Direction de la protection de la santé publique du MSSS, qui chapeaute le processus de formulation de l'avis de santé, se questionnent quant à l'impact réel de leur implication dans ce dossier. C'est ainsi qu'un mandat de la Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE) a été accordé à l'Unité Santé et environnement de la Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin qu'elle procède à un examen global de la situation et réponde aux questionnements des intervenants directement impliqués.

En plus de répondre à cette préoccupation, cette étude vise à bonifier la contribution du MSSS au processus. Pour ce faire, deux objectifs spécifiques sont poursuivis :

- 1- Dresser un portrait des efforts déployés par le réseau de la santé publique dans le processus de révision des SAD et plus sommairement, aux efforts concernant la réponse aux règlements de contrôle intérimaire (RCI);
- 2- Mesurer les impacts des interventions de la santé publique à différentes étapes du processus de révision des SAD, plus spécifiquement au niveau des avis gouvernementaux et du contenu des schémas d'aménagement et de développement révisés des MRC produits entre septembre 1996 et décembre 2004.

Pour répondre aux objectifs spécifiques de cette étude, nous avons eu recours à une méthodologie basée à la fois sur des méthodes quantitatives (description de l'implication de la santé publique à travers l'analyse d'une banque de données du MAMR, le SIGAT) et qualitatives (interprétation des contenus des avis de santé et des entrevues et de la documentation écrite disponible). C'est ainsi qu'une cinquantaine de documents produits à la fois par le MAMR, par les DSP et par les MRC ont été analysés. De plus, la réalisation d'entrevues auprès des intervenants de santé publique des régions à l'étude, complétée par la consultation générale de l'ensemble des intervenants régionaux impliqués actuellement

dans le dossier des schémas d'aménagement, a permis d'assurer une certaine exhaustivité des données qualitatives recueillies.

Les **efforts déployés** par le réseau de la santé publique ont été mesurés à partir de cinq grands thèmes : la mobilisation et l'adaptation des ressources, la circulation de l'information et des connaissances, les relations entretenues avec les MRC et la quantité de commentaires produits.

Les données recueillies montrent qu'au sein de la DSP, les ressources humaines et financières rattachées à l'émission des commentaires sont relativement similaires et minimales dans toutes les régions. Un professionnel de santé environnementale agit comme responsable du dossier. C'est à lui que revient l'initiative de compléter les commentaires en sollicitant les collègues de son équipe ou au sein d'autres équipes de sa DSP de l'agence de santé et des services sociaux afin d'incorporer une dimension santé publique élargie. Le soutien à l'interne de la DSP et au sein de l'agence en général est souvent difficile à obtenir et les efforts de collaboration inter-équipe et inter-direction entrepris ne sont pas toujours couronnés de succès. De manière générale, le dossier semble peu valorisé à l'échelle régionale et centrale, ce qui conduit, dans certains cas, à un sentiment d'insatisfaction. La lourdeur et la complexité du processus même ont contribué à en décourager plus d'un, le mandat apparaissant surtout comme un mandat administratif et sans éclat. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que l'obligation de commentaire, une responsabilité ministérielle, est confiée à une instance régionale autonome. Malgré ce fait, on constate que l'ensemble des équipes de santé environnementale s'implique dans le processus, en particulier au début du processus. Des disparités entre les régions sont toutefois observées.

L'impact est apprécié en examinant les dimensions sanitaires qui ont été finalement retenues dans le schéma d'aménagement. Différents facteurs influencent la portée de ces avis, nous tentons d'en cerner quelques-uns. L'intérêt des professionnels à s'impliquer dans le processus de révision des schémas d'aménagement est également décrit.

Nos observations indiquent que l'absence de cadre législatif et réglementaire propre à la santé publique agit comme facteur limitant grandement l'impact des interventions de santé publique dans ce domaine. Le fait de s'impliquer à l'échelle locale en créant des liens avec les MRC pourrait être un facteur qui favoriserait un impact plus grand. Le fait que la santé publique émette – selon ses champs de compétence – des commentaires transposables au territoire a un impact visible dans la révision des SAD des MRC, que ces commentaires soient à caractère obligatoire ou facultatif pour les MRC. L'impact de la santé publique sur les schémas d'aménagement et de développement du territoire est toutefois indéniable, même s'il est parfois long à se faire reconnaître.

Le travail sur le processus de révision des schémas d'aménagement entraîne des retombées positives incontestables sur les pratiques des professionnels responsables du dossier. Il s'agit pour plusieurs d'une occasion d'améliorer la connaissance de leur territoire tout en jetant un regard différent sur les priorités à l'échelle régionale. Même si l'importance du dossier n'est pas toujours reconnue à l'interne des agences ou au sein même des équipes de santé environnementale, le fait de scruter le dossier d'aménagement du territoire ouvre

une brèche vers une meilleure collaboration inter-équipe au sein de la direction de santé publique.

Depuis 1996, début de la participation au processus de révision des schémas d'aménagement, le contexte politique et légal, ainsi que les enjeux de santé liés à l'environnement, ont grandement changé. L'implication de la santé publique en aménagement du territoire devra s'adapter afin de tenir compte de la réalité d'aujourd'hui.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	13
2. Contexte	15
2.1. Description du processus de révision	15
2.2. Mandat du MSSS et historique de l'implication de la santé publique	16
3. Problématique	19
3.1. Objectifs de l'étude	19
4. Méthodologie	21
4.1. Sources d'information	21
4.2. Procédure d'échantillonnage	21
4.2.1. Sélection des documents provenant de la banque de données du SIGAT	22
4.2.2. Choix des participants aux entrevues	23
4.3. Analyse documentaire	23
4.3.1. Sources de données	23
4.3.2. Collecte et traitement des données	24
4.4. Entrevues individuelles	26
4.4.1. Technique utilisée : l'entrevue semi-dirigée	26
4.4.2. Thèmes abordés lors des entrevues	27
4.4.3. Analyse thématique des entrevues	27
4.5. Visualisation générale de la méthodologie utilisée	28
4.6. Forces et limites des choix méthodologiques	30
5. Résultats	33
5.1. Aménagement et santé : perception globale des professionnels	33
5.2. Efforts déployés par le réseau de la santé publique	34
5.2.1. La mobilisation des ressources	34
5.2.2. L'adaptation des ressources	37
5.2.3. La circulation de l'information et des connaissances	40
5.2.4. Les relations entretenues avec les MRC	41
5.2.5. La quantité de commentaires produits	43
5.3. Impact de la participation des DSP au processus de révision des SAD des MRC	49
5.3.1. Dimensions sanitaires incorporées au SAR	49
5.3.2. Facteurs déterminant la portée des commentaires : le point de vue des professionnels de santé publique	58
5.3.3. Impact sur les pratiques professionnelles	63
6. Discussion	67
7. Conclusion et pistes	75
Bibliographie	79
Annexe 1 Structure des documents des schémas d'aménagement et de développement révisés	81
Annexe 2 Bilan général du système d'information et de gestion en aménagement du territoire (SIGAT)	85

Annexe 3	Nomenclature du contenu obligatoire des schémas d'aménagement et de développement des municipalités régionales de comté selon la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme (dernière version 01-12-2004)	89
Annexe 4	Thèmes abordés par les directions de santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement et de développement des municipalités régionales de comté	93
Annexe 5	Vocabulaire utilisé pour l'analyse documentaire des avis disponibles sur le système d'information et de gestion en aménagement du territoire (SIGAT) texte	99
Annexe 6	Exemple d'échelle de score	105
Annexe 7	Formulaire de consentement éclairé	109
Annexe 8	Schéma d'entrevue pour les répondants des directions de santé publique.....	113
Annexe 9	Schéma d'entrevue pour le ministère des Affaires municipales et des Régions	117
Annexe 10	Schéma d'entrevue pour le ministère de la Santé et des Services sociaux	121
Annexe 11	Structure des documents du règlement de contrôle intermédiaire (RCI)	125

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Documents analysés	24
Tableau 2	Détermination du statut et de la valeur des commentaires.....	26
Tableau 3a	Thèmes, variables et sources de données pour mesurer les efforts déployés	29
Tableau 3b	Thèmes, variables et sources de données en vue de l'évaluation de l'impact.....	30
Tableau 4	Efforts déployés par le réseau de la santé publique lors du processus de révision des SAD des MRC (septembre 1996 à décembre 2004)	45
Tableau 5	Implication de la santé publique au niveau des RCI (septembre 1996 à décembre 2004)	47
Tableau 6	Participation de la santé publique à l'ensemble du processus de révision des SAD et à celui des RCI (septembre 1996 -décembre 2004)	48
Tableau 7	Palmarès des thèmes abordés par les DSP lors du processus de révision des SAD (n=193).....	52
Tableau 8	Attitude du MAMR par type de commentaires et par région.....	54
Tableau 9	Attitude des MRC par type de commentaires et par région	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Impact de l'implication des DSP sur les documents des MRC	57
Figure 2	Impact de l'implication des DSP sur les avis gouvernementaux du MAMR	57

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Impact moyen des DSP dans le processus de révision des SAD.....	50
Graphique 2	Attitude générale du MAMR sur les commentaires formulés par les DSP.....	54
Graphique 3	Attitude générale des MRC sur les commentaires formulés par les DSP.....	55

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

ASSS	agence de la santé et des services sociaux
BISE	Bulletin d'information en santé environnementale
CSE	Comité de santé environnementale
CSSS	centre de la santé et des services sociaux
DOR	document sur les objets de la révision
DSP	direction de santé publique
FQM	Fédération québécoise des municipalités
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LAU	<i>Loi sur l'aménagement et l'urbanisme</i>
MAMR	ministère des Affaires municipales et des Régions
MAMSL	ministère des Affaires municipales des Sports et des Loisirs
MENV	ministère de l'Environnement
MRC	municipalité régionale de comté
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	plan d'action local
PAR	plan d'action régional
PNSP	programme national de santé publique
PSAR	projet de schéma d'aménagement révisé
RCI	règlement de contrôle intérimaire
RRSSS	régie régionale de la Santé et des Services sociaux
SAD	schéma d'aménagement et de développement
SADR	schéma d'aménagement et de développement révisé
SIGAT	système d'information et de gestion en aménagement du territoire
TNCSE	Table nationale de concertation en santé environnementale
VTT	véhicule tout terrain

1. INTRODUCTION

Santé, environnement et aménagement du territoire, le lien entre les trois domaines apparaît simple et logique. En santé publique, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) inscrit cette affinité en reconnaissant le rôle primordial joué par le milieu sur la santé. La Charte prône à ce titre la création de milieux favorables comme prémisses à toute action visant la promotion de la santé des populations¹.

Fin des années 1970, le gouvernement du Québec adopte sa *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme* (LAU) (1979), loi qui s'inscrit dans la foulée des changements multiples observés, caractérisés entre autres par :

« le ralentissement de l'urbanisation des grands centres (...), une prise de conscience de l'importance de l'environnement naturel et une plus grande préoccupation pour les problèmes écologiques, l'aspiration à une plus grande qualité de l'habitat et du cadre de vie et enfin le développement d'espaces et d'équipements liés aux activités de loisir et de villégiature » (MAMR 1994).

Aménagement du territoire, environnement et qualité de vie, une préoccupation commune?

La LAU, qui crée les municipalités régionales de comté (MRC), conduit quelques années plus tard à l'élaboration d'un schéma d'aménagement préparé par chacune des MRC. L'adoption de la version finale du schéma d'aménagement est un long processus au cours duquel de nombreux ministères et organismes publics sont appelés à se prononcer sur le respect de leurs responsabilités respectives et de leurs orientations au sein du schéma d'aménagement à adopter. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) compte parmi les ministères interpellés. La réalisation du mandat est décentralisée vers les régions, au sein même des directions de santé publique (DSP) dans les agences de la santé et des services sociaux (ASSS). Ce sont les équipes de santé environnementale qui se voient confier la tâche.

Le présent document tente de répondre aux interrogations des professionnels qui sont impliqués dans ce dossier et qui s'interrogent sur l'impact de leur participation au processus de révision. L'avis rédigé par la santé publique a-t-il des répercussions réelles sur le schéma d'aménagement adopté? Quel bilan peut-on dresser de cette intervention?

C'est ainsi qu'un mandat de la Table nationale de concertation en santé environnementale (TNCSE) a été accordé à l'Unité Santé et environnement de la Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin qu'elle procède à un examen de l'état de situation et réponde aux questionnements des intervenants directement impliqués. Le moment semblait par ailleurs opportun puisque la prochaine vague de révision des schémas d'aménagement est en

¹ Les responsabilités à ce titre sont définies, selon les termes de la Charte d'Ottawa, comme l'ensemble des stratégies visant à protéger les milieux naturels et artificiels et à conserver les ressources naturelles. La Charte réaffirme aussi l'importance de l'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et « plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation (...) elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets ».

cours². De plus, le Programme national de santé publique, actuellement en phase de révision, compte parmi ses activités inscrites au domaine de la santé environnementale, la participation au processus de révision des schémas d'aménagement.

Avant de présenter le cadre d'analyse, la méthodologie et les résultats de l'évaluation comme tels, une mise en contexte permet de tracer les principales orientations du processus de révision des schémas d'aménagement et de développement du territoire (SAD) tel que piloté par le MAMR.

² Le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR) est à consulter ses partenaires afin de revoir, au besoin, le processus de consultation.

2. CONTEXTE

La participation du MSSS au processus de révision des schémas d'aménagement a subi depuis ses débuts de nombreux changements, autant au niveau des orientations guidant les commentaires que des instances désignées pour préparer les dits commentaires au nom du MSSS.

Démarche préalable à l'évaluation de cette participation, un retour sur les intentions sous-jacentes à cette participation ainsi que sur les activités et les ressources prévues s'imposent. La section qui suit décrit brièvement le processus de révision comme tel, le mandat confié au MSSS et un bref historique de l'implication des DSP dans ce dossier.

2.1. DESCRIPTION DU PROCESSUS DE RÉVISION

La *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme* (LAU) attribue aux municipalités régionales de comté (MRC) l'obligation d'élaborer un schéma d'aménagement pour l'ensemble de leur territoire et d'en faire une révision quinquennale. Le SAD « constitue le document officiel le plus important de la MRC ou de la communauté métropolitaine en matière de planification. Il permet :

- d'établir un consensus parmi les municipalités locales en ce qui concerne les enjeux strictement régionaux et inter-municipaux;
- d'assurer la concertation relative à des problèmes d'aménagement touchant plusieurs MRC voisines (p. ex. : gestion de la croissance urbaine, planification des transports);
- d'assurer la conciliation entre les orientations et les projets gouvernementaux et municipaux;
- d'intégrer à l'aménagement du territoire des perspectives reliées au développement socioéconomique et à l'équilibre environnemental (p. ex. gestion intégrée de la ressource eau par bassin-versant, gestion de la forêt privée régionale);
- de retenir une planification territoriale où l'aménagement et le développement seront liés de manière à réunir sur le territoire les conditions propres à une recherche de l'augmentation du niveau de vie (développement économique), tout en préservant et en mettant en valeur le milieu de vie (environnement social et culturel) et le cadre de vie des collectivités (environnement naturel et bâti);
- d'élaborer un ensemble de lignes directrices en matière d'aménagement du territoire que devront respecter les municipalités locales en adoptant des plans et des règlements d'urbanisme conformes. Celles-ci lieront le gouvernement, ses ministères et ses mandataires lorsqu'ils projeteront d'intervenir, et ce, dans le respect des mesures prévues à l'article 149 de la *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme* »³.

Le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR) est responsable, au nom du gouvernement, de l'application de cette loi. À l'issue de chacune des étapes du renouvellement d'un schéma d'aménagement, à l'exception du document sur les objets de la

³ Site Web MAMR.

révision (DOR), un avis gouvernemental doit être produit par le MAMR. À l'étape du projet de schéma d'aménagement révisé (PSAR), le MAMR doit indiquer les orientations que le gouvernement poursuit en matière d'aménagement sur le territoire de la MRC, ainsi que les projets d'équipements et d'infrastructures devant y être réalisés. Cet avis peut aussi contenir des commentaires, des suggestions, ou encore des objections envers des mesures du PSAR et ainsi proposer ou exiger des modifications à intégrer au schéma d'aménagement et de développement révisé (SADR). L'avis gouvernemental sur le SADR est toutefois plus formalisé, ne devant déborder ni des orientations gouvernementales, ni des politiques gouvernementales, ni du contenu obligatoire de la Loi. Ainsi, à cette étape finale, seules les objections formelles du gouvernement seront de nature à contraindre le contenu du SADR (Annexe 1).

Le processus de consultation conduit par le MAMR invite donc les ministères et les organismes participant à la révision des SAD, dont le MSSS, à consulter les documents émis par les MRC et à se prononcer sur leur contenu et ce, à différentes étapes de la révision du SAD. Une fois les commentaires émis sous forme de rapport ou de lettre, le MAMR vérifie et homogénéise le contenu de l'ensemble des documents reçus en fonction des orientations gouvernementales, en privilégiant les recommandations transposables à l'aménagement du territoire. Dans le cas du MSSS, le MAMR s'efforce de rattacher le maximum de commentaires à d'autres ministères ou organismes ayant plus d'autorité et de pouvoir législatif en la matière, comme le ministère de la Sécurité publique, des Transports ou encore celui de l'Environnement. D'ailleurs, le MAMR compare souvent l'autorité du MSSS en matière d'aménagement du territoire à celle du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ou du Tourisme, dans le sens où peu de lois sont directement liées à la question de l'aménagement du territoire. Au final, et avant d'être envoyés aux MRC, les avis gouvernementaux du MAMR sont préparés selon un protocole de validation interne entre les professionnels puis révisés pour s'assurer de leur cohérence par rapport à l'esprit de la LAU⁴.

2.2. MANDAT DU MSSS ET HISTORIQUE DE L'IMPLICATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Tel que mentionné précédemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux est appelé comme plusieurs autres ministères à contribuer à l'avis gouvernemental préparé par le MAMR. « Du début de la relance de la révision des schémas d'aménagement jusqu'en septembre 1996, la demande de commentaires du MAMR était acheminée au MSSS et traitée par un service en charge des immobilisations : en général, soit les commentaires étaient centrés strictement sur le bâtiment, soit la demande était ignorée. Vers la fin de 1995, à la suite de l'implication de quelques DSP dans les processus d'élaboration de schéma à des discussions interministérielles, la pertinence de l'implication du MSSS par les équipes de santé environnementale des DSP des régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) est abordée pour la première fois au Comité de santé environnementale (CSE) (aujourd'hui la TNCSE), relevant du Conseil des directeurs de santé publique. On propose alors que le traitement des demandes soit régionalisé dans les RRSSS, et pris en charge par

⁴ Renseignements tirés de l'analyse de l'entrevue effectuée auprès de B. Bossé, Direction de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme du MAMR, le 20-01-2005.

les équipes de santé environnementale des DSP, au nom du MSSS qui demeurerait l'émetteur des commentaires » (Bélanger 2000).

La contribution de la santé publique à cette époque était vue, comme on pouvait le lire dans un numéro du Bulletin d'information en santé environnementale (BISE) paru en 1998 comme une « belle opportunité de participer à la planification d'un développement harmonieux et durable du territoire et d'optimiser ses actions favorables à la santé et au bien-être. Il s'agit d'une belle occasion de faire contribuer l'aménagement du territoire à l'atteinte des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être du MSSS et des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 ».

En s'impliquant dans l'examen de cette deuxième génération de schémas d'aménagement, le réseau de santé publique visait particulièrement à :

- améliorer et à maintenir des services sociaux et de santé répondant aux besoins des communautés;
- améliorer l'accès à des logements de qualité et à des ressources d'hébergement;
- développer des lieux à vocation récréative pour les communautés locales;
- diminuer l'exposition aux nuisances et aux contaminants environnementaux;
- améliorer la sécurité et la prévention des traumatismes (Bolduc *et al.* 1998).

En septembre 1996, une lettre du directeur de la Protection de la santé publique du MSSS confirme officiellement au MAMR l'implantation du nouveau processus de gestion de ces demandes. Les demandes et les documents devraient dorénavant cheminer du MAMR au MSSS, du ministère vers les DSP, traités et commentés dans les régies régionales, puis retournés au MSSS et enfin transmis au MAMR dans les délais prévus. Les mécanismes de consultation dans la régie régionale et la possibilité de dépôt des commentaires directement aux MRC sont laissés à la discrétion locale (Bélanger 2000).

À cette époque, le CSE, qui regroupe des intervenants régionaux de santé environnementale responsables de la production des commentaires, avait dès le départ investi des efforts pour harmoniser les pratiques et le contenu des avis. Les documents de support déjà disponibles, en provenance notamment du MAMR, furent distribués à chaque région. Le cheminement des demandes a été précisé, et des documents d'harmonisation du contenu ont été produits. Parmi ceux-ci, on compte un tableau daté de janvier 1996 appelé *Révision des schémas d'aménagement* définissant succinctement le contenu d'un schéma d'aménagement selon ses attributs légaux d'obligatoire ou de facultatif, suivi en juin 1996 d'un document de travail intitulé *Guide d'élaboration des commentaires*. Par la suite, en réponse à un manque d'uniformité et à la diversité interrégionale des commentaires, un document d'orientation du CSE intitulé *Pour un aménagement du territoire favorable à la santé* (Bolduc et Lavoie 1998), fut acheminé au MSSS et soumis pour consultation aux intervenants régionaux en mars 1998.

On cherchait depuis 1996 à utiliser le potentiel maximal des schémas d'aménagement comme moyen d'intervenir sur plusieurs volets d'intérêt pour la santé publique, particulièrement en matière de santé environnementale et en prévention des traumatismes.

La volonté et les pouvoirs réels des MRC d'intervenir dans plusieurs de ces champs n'avaient toutefois aucune commune mesure avec les attentes du réseau de santé publique. Les champs d'intérêts des commentaires s'en trouvaient éparpillés et leurs impacts encore dilués au moment de la production de l'avis gouvernemental.

Le document de mars 1998 voulait recentrer les champs d'intérêts vers le contenu obligatoire et vers les thèmes incontournables de santé publique en lien avec un schéma d'aménagement. En effet, si les commentaires adressés aux DOR et PSAR pouvaient comporter des thèmes de sensibilisation, les commentaires pour un SADR devaient être restreints au contenu obligatoire et aux autres considérations majeures pour lesquelles le ministère envisagerait de s'objecter (Bélanger, 2000). Partant de cette intention, les orientations du MSSS se précisent et misent davantage sur :

- les contraintes anthropiques,
- la protection des sources d'eau potable et
- les projets d'équipements de santé et de services sociaux.

Il faut souligner que cette redéfinition plus serrée des thèmes d'intérêts intervenait à la suite de critiques sévères émis par les MRC concernant l'empiètement de la santé publique dans des champs considérés en dehors de ses compétences⁵. Actuellement, le document de travail intitulé *Contribution du ministère de la Santé et des Services sociaux et des régies régionales de la Santé et des Services sociaux à la révision des schémas d'aménagement et de développement des municipalités régionales de comtés. Projet de directive du MSSS* (octobre 2003) constitue la version la plus récente du contenu des commentaires de la santé publique. Avec cette nouvelle directive, les objectifs visés par l'émission des commentaires sont plus restrictifs, reprenant la commande initiale (les équipements), en y ajoutant le champ de prévention des risques sanitaires associés à l'environnement^{5,6} (dans le sens d'hygiène du milieu) définissant ainsi un contenu minimum. Outre cette proposition de contenu, aucune exigence particulière n'est imposée aux répondants quant au format ou quant à l'obligation formelle de répondre à chacune des étapes. Les documents de soutien produits par le CSE ont servi de guide à la réflexion et à l'émission des commentaires émis par les responsables de dossiers.

⁵ Il est à noter que cette critique n'a pas été uniquement adressée au MSSS mais également à plusieurs autres ministères.

3. PROBLÉMATIQUE

Cela fait maintenant dix ans que la santé publique est impliquée dans le processus de révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC. Tel que présenté auparavant, le contexte d'implication de la santé publique a évolué depuis ses tous premiers pas. Non loin d'avoir été simple, cette évolution a été lente et souvent redéfinie comme en témoignent les divers documents produits pour tenter de baliser la nature de leur intervention.

Après toutes ces années, les intervenants de santé environnementale des DSP mandatés pour répondre à la consultation menée par le MAMR ainsi que la Direction de la protection de la santé publique du MSSS, qui chapeaute le processus de formulation de l'avis de santé, se questionnent quant à l'impact réel de leur implication dans ce dossier. Tout en étant conscients de la place légitime pour la santé publique en matière d'aménagement du territoire mais n'ayant toutefois aucune idée de la valeur de cette participation et des résultats concrets de leur implication sur l'adoption finale des schémas d'aménagement révisés, ces acteurs se questionnent sur le bien-fondé de poursuivre leur participation au processus de révision des SAD.

Un état de situation de l'ensemble de la démarche d'implication de la santé publique au processus de révision des SAD des MRC était donc nécessaire pour répondre aux besoins exprimés par les intervenants assignés à cette tâche. Ce rapport inclut et complète les évaluations déjà réalisées jusqu'ici et s'adresse en premier lieu aux professionnels impliqués dans le dossier à l'échelle des régions mais également aux instances de santé publique impliquées dans la formulation de l'avis gouvernemental.

3.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'évaluation de la participation de la santé publique au processus de révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC constitue l'objectif premier de ce rapport. L'exercice vise ultimement à améliorer la contribution du MSSS au processus. Pour ce faire, deux objectifs spécifiques sont poursuivis :

- 1- Dresser un portrait des efforts déployés par le réseau de la santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement et de développement (SAD) et plus sommairement au niveau des règlements de contrôle intérimaire (RCI);
- 2- Mesurer les impacts des interventions de la santé publique à différentes étapes du processus de révision des SAD, plus spécifiquement au niveau des avis gouvernementaux rédigés par le MAMR et du contenu des schémas d'aménagement et de développement révisés des MRC produits entre 1997 et 2004.

Pour répondre aux objectifs poursuivis nous devons répondre à certaines questions.

C'est ainsi que pour apprécier les efforts déployés par le réseau de la santé publique, nous nous sommes demandés :

- Quelles sont les ressources mobilisées au sein des directions de santé publique régionales et au MSSS pour réaliser la tâche, quel est l'effort de réponse produit?
- Quel est le contexte professionnel dans lequel évoluent ces ressources, quelles sont les conditions d'exercices et le soutien offerts pour la réalisation du mandat confié?
- Comment ces ressources s'y prennent-elles pour répondre à la consultation du MAMR? Quelles sont les moyens mis à leur disposition?
- Comment peut-on décrire les liens unissant les ressources de santé publique et leurs divers partenaires locaux?

Pour mesurer l'impact de la participation des DSP au processus de révision des SAD, répondre aux questions suivantes s'imposait :

- Dans quelle mesure retrouve-t-on des thèmes de santé publique dans les avis gouvernementaux? et de même, dans la révision finale des SAD des MRC?
- Existe-t-il des facteurs pouvant influencer de quelque manière que ce soit l'impact de cette implication?
- Comment les intervenants de santé environnementale conçoivent-ils leur pratique dans ce dossier?

Ces questions, nous les avons adressées directement aux acteurs concernés par le processus de révision des schémas d'aménagement afin qu'ils partagent leurs points de vue. C'est à travers eux que nous avons tenté de décrire la situation, de la comprendre et de tenter de l'expliquer, ceci dans le but d'amorcer une réflexion sur les interventions futures dans le dossier.

4. MÉTHODOLOGIE

Au cours de cette étude, plusieurs sources d'information ont été utilisées. Les analyses effectuées ont combiné les données provenant de ces différentes sources et se sont appuyées à la fois sur des méthodes quantitatives (description de l'implication de la santé publique à travers l'analyse d'une banque de données) et qualitatives (interprétation des contenus des avis de santé publique et des entrevues, analyse de la documentation). Ce type d'analyse (dite imbriquée) permet de conjuguer l'ensemble des mesures obtenues et de leur donner un sens. Il importe de souligner le caractère rétroactif de ce type d'analyse descriptive et interprétative, dû à la simultanéité de la collecte et de l'analyse des données et à l'ajustement continu de l'échantillon (théorique), des grilles de collecte et d'analyse des données en fonction de l'approfondissement des hypothèses, de même que le mode de construction progressif des hypothèses, en lien avec l'analyse des données empiriques (Mayer et Deslauriers 2000).

4.1. SOURCES D'INFORMATION

Les sources d'information ont été choisies en fonction de leur capacité anticipée de témoigner de façon pertinente à l'objet de l'étude. C'est ainsi que pour répondre aux objectifs, plusieurs sources d'information ont été traitées. En particulier :

- les documents produits par le réseau de santé publique (Comité de santé environnementale) sur les orientations de santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement;
- la banque de données du MAMR, appelée SIGAT (pour Système d'information géographique en aménagement du territoire). Le SIGAT, mis à disposition sur Internet par le Bureau des affaires municipales du Québec, regroupe l'ensemble des documents produits par toutes les instances associées au processus de révision des schémas d'aménagement⁶;
- des entrevues semi-dirigées menées auprès d'un certain nombre de porteurs du dossier « schéma d'aménagement » dans les DSP, au MSSS et à l'INSPQ;
- une consultation complémentaire menée auprès de tous les responsables du dossier schéma d'aménagement dans les DSP.

4.2. PROCÉDURE D'ÉCHANTILLONNAGE

La procédure d'échantillonnage que nous avons adoptée est directement liée aux objectifs de l'étude :

- Pour apprécier l'impact de la participation de la santé publique au processus de révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC, nous devons nous limiter aux MRC ayant complété ce processus (adoption et mise en vigueur d'un SAD révisé) et

⁶ Le SIGAT est une base de données qui donne un accès sécuritaire à une sélection de documents produits par les instances associées au processus de révision des schémas d'aménagement. La base de données peut être interrogée par territoire (MRC ou région), par étape à l'intérieur du processus de révision, par type de documents et par provenance du document.

aux DSP ayant émis des commentaires aux différentes étapes de la révision. C'est ainsi que nous avons pu extraire les documents pertinents de la banque de données du SIGAT;

- Pour estimer les efforts déployés par les intervenants de santé publique ayant la responsabilité de ce dossier, nous avons déterminé un échantillon typique constitué des intervenants des régions sélectionnées dans le SIGAT, d'un acteur de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS et d'un acteur du MAMR.

Enfin, dans l'intention de valider les résultats et notre interprétation, nous avons complété nos données d'entrevues par une consultation de l'ensemble des acteurs de santé environnementale des régions impliquées dans la révision des SAD. Cette consultation a permis de couvrir 12 régions sur les 15 concernées par le processus de révision.

Précisons que pour les besoins des analyses qualitatives effectuées, nous avons limité l'échantillon lorsque le point de saturation a été atteint. Cette situation survient lorsque la collecte de données auprès de nouveaux sujets n'apporte plus d'information nouvelle et ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (Mucchielli 1996; Turcotte 2000).

4.2.1. SÉLECTION DES DOCUMENTS PROVENANT DE LA BANQUE DE DONNÉES DU SIGAT

À partir du bilan général de la banque de données du SIGAT (annexe 2) et après avoir pris connaissance des conditions légales du processus de révision des schémas d'aménagement, nous avons déterminé un échantillon répondant aux critères suivants :

- 1- Considérer tous les documents émis par la santé publique à partir de septembre 1996 (date officielle d'implication de la santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement) jusqu'à la fin du mois de décembre 2004;
- 2- Ne conserver que les MRC ayant un SAD en vigueur, c'est-à-dire ayant complété l'ensemble du processus de révision, afin d'estimer la portée générale de l'intervention du réseau de la santé publique lors de la révision des schémas d'aménagement;
- 3- Ne retenir que les MRC ayant eu une intervention commentée du réseau de la santé publique à l'étape du PSAR (n=9). En effet, il semble que l'étape du PSAR soit la plus déterminante pour l'émission d'avis et d'éventuelles objections de la part de la santé publique⁷.

Ainsi, sur une période d'étude s'étalant de septembre 1996 à décembre 2004, l'échantillon final regroupe 9 MRC réparties dans 6 régions du Québec.

Pour des considérations éthiques visant à respecter le travail des intervenants participant au processus de révision des SAD des MRC à l'étude, un code a été attribué aléatoirement à chacune des régions. Les régions seront donc identifiées par ce code confidentiel. Nous parlerons donc, sans aucun ordre établi, des régions A, M, L, P, O et J.

⁷ Information provenant de la *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme* (mise à jour du 1^{er} décembre 2004) et lors d'un entretien réalisé le 13 janvier 2005 avec M. Benoît Bossé de la Direction de l'aménagement et de l'urbanisme du ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR).

Précisons que la généralisation ou l'extrapolation des résultats doit être limitée ou appliquée sous toutes réserves, car on ne peut garantir que l'échantillon soit statistiquement représentatif de l'ensemble des MRC du Québec et du réseau de la santé publique consultés lors du processus de révision des schémas d'aménagement. Le nombre de MRC et de directions de santé publique considérées dans la présente étude est toutefois assez large pour illustrer la diversité des situations vécues⁸.

4.2.2. CHOIX DES PARTICIPANTS AUX ENTREVIUES

Pour les entrevues au sein des directions de santé publique, nous avons déterminé nos interlocuteurs en fonction des MRC de l'échantillon final. Ainsi, six régions ont été retenues (A, M, L, P, O et J). Tous les répondants des DSP ont signé un formulaire de consentement (annexe 3).

4.3. ANALYSE DOCUMENTAIRE

4.3.1. SOURCES DE DONNÉES

L'analyse documentaire porte sur deux sources d'information :

- 1- les documents de soutien produits par le réseau de santé publique (Comité de santé environnementale) sur les orientations de santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement;
- 2- les avis produits par la santé publique dans le cadre de la révision des schémas d'aménagement des MRC et sur ceux émanant des MRC et du MAMR (au nom du gouvernement). Ces avis sont tous intégrés dans la banque de données du SIGAT.

Le premier objectif de l'analyse documentaire consiste à dresser un portrait quantitatif de l'implication de la santé publique au processus de révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC du Québec. En documentant le nombre et le type d'avis produits par la santé publique pour les trois principales étapes de la mise en place d'un schéma d'aménagement (DOR, PSAR, et SADR), nous avons été en mesure de déterminer un taux de réponse (%). Ce taux de réponse permet principalement de mesurer l'effort fourni par le réseau de la santé publique en fonction de la totalité des demandes de consultation reçues par les DSP.

Le second objectif consiste à apprécier l'impact des commentaires émis dans les avis de santé publique au cours du processus de révision des SAD. Cependant, l'hypothèse affirmant que l'impact des avis de santé publique déposés au cours du processus de révision des SAD est influencé par le traitement qu'en fait le MAMR dans son avis gouvernemental, suscite un intérêt supplémentaire. Il s'agit alors de comprendre le rôle du MAMR sur l'impact qu'a la santé publique sur les schémas d'aménagement révisés. Pour cela, une appréciation de l'impact des commentaires émis dans les avis de santé publique sur les avis gouvernementaux du MAMR a été réalisée. Notons cependant que compte tenu de l'échéancier et de l'intérêt subsidiaire de cette démarche, seules quelques régions de notre échantillon ont cependant fait l'objet de cette analyse particulière.

⁸ Rappelons que les communautés urbaines sont exclues de cette étude.

4.3.2. COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Le tableau suivant expose l'ensemble des documents étudiés lors de la présente étude en spécifiant leur date de parution, l'étape du processus et la MRC auxquelles ils font référence et leur nombre de pages. Les MRC sont numérotées de 1 à 9 pour éviter une possible identification.

Tableau 1 Documents analysés

MRC DE L'ÉCHANTILLON	DOCUMENTS ANALYSÉS	DATE DE PARUTION DU DOCUMENT	ÉTAPE DU PROCESSUS	PAGES
1	Avis DSP	01-04-1998	PSADR	9
	Avis MAMR	04-06-1998	PSADR	53
	Avis DSP	15-10-2002	SAD adopté	11
	Avis MAMR	16-01-2003	SAD adopté	28
	SADR de la MRC	03-2004	SAD en vigueur	140
2	Avis DSP	08-1999	PSADR	11
	Avis MAMR	27-10-1999	PSADR	30
	SADR de la MRC	Adoption : 06-06-2001 Mise à jour : 24-03-2005	SAD en vigueur	47
3	Avis DSP	14-07-1997	PSADR	2
4	Avis DSP	05-03-1997	PSADR	5
	SADR de la MRC	Adoption : 23-10-2000 Mise à jour : 20-06-2003	SAD en vigueur	113
5	Avis DSP	06-11-1996	PSADR	10
	Avis MAMR	14-01-1997	PSADR	52
	SADR de la MRC	19-04-2000	SAD en vigueur	50
6	Avis DSP	05-03-1997	PSADR	16
	Avis MAMR	21-04-1997	PSADR	65
	SAD adopté de la MRC	18-12-2000	SAD adopté	109
	Avis DSP	07-03-2001	SAD adopté	12
	Avis MAMR	18-04-2001	SAD adopté	16
	SADR de remplacement	20-11-2002	SAD en vigueur	94
7	Avis DSP	14-03-2002	PSADR	3
	SADR de la MRC	27-08-2003	SAD adopté	219
	AVIS DSP	17-12-2003	SAD adopté	3
	SADR de remplacement	22-06-2004	SAD en vigueur	209
8	Avis DSP	17-02-1997	PSADR	6
	SADR de la MRC	14-06-2000	SAD en vigueur	128
9	Avis DSP	01-06-1999	PSADR	5
	SADR de la MRC	15-03-2000	SAD en vigueur	199

L'analyse documentaire consistait avant tout à une lecture des avis formulés par la santé publique et à un relevé exhaustif des recommandations et des commentaires émis. Une fois cette étape accomplie, l'évaluation des commentaires en fonction de leur contenu obligatoire ou facultatif au schéma d'aménagement (ces derniers étant définis à partir de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, version en date du 1^{er} décembre 2004) a été réalisée. (Annexe 4). Cette deuxième phase de l'analyse a aussi permis de répertorier l'ensemble des sujets abordés par la santé publique lors du processus de consultation (Annexe 5).

La troisième étape de l'analyse avait pour but de déterminer qualitativement et quantitativement la portée des commentaires émis par les DSP. Tout d'abord, nous étions intéressés à savoir si les commentaires formulés par la santé publique avaient été retenus ou évacués de la mise à jour des schémas d'aménagement des MRC. Pour cela, une liste thématique de mots clés servant au repérage du contenu des avis de santé publique dans la banque de données SIGAT a été constituée (Annexe 6). Notons que des pré-tests ont été effectués sur 4 MRC différentes ne faisant pas parties de l'échantillon à l'étude à fin de mettre au point la grille d'analyse et d'amorcer une liste thématique de mots clés. Cette liste a pu être vérifiée et complétée à partir du moment où les MRC de l'échantillon ont été analysées.

Considérant qu'un des objectifs de l'implication de la santé publique dans le processus de révision des SAD des MRC est d'avoir un effet perceptible sur cette révision, une échelle de scores a été élaborée. Cette échelle de scores permet de quantifier l'importance à donner à la portée des commentaires émis. Ainsi, pour chacun des documents analysés, un pointage allant de 0 à 3 a été fixé en fonction de leur statut final. Les commentaires évacués valaient 0, les commentaires atténués valaient 1, les commentaires repris tels que formulés dans l'avis de santé publique valaient 2 et ceux bonifiés valaient 3 (voir Tableau 2).

Une fois le pointage effectué sur l'ensemble des commentaires émis dans un avis de santé publique, nous obtenions un score final issu du calcul de proportion suivant :

score observé/score attendu

Le score observé correspond au traitement réel des commentaires de santé publique effectué par les parties (MAMR ou MRC), et le score attendu correspond à celui espéré par la santé publique, à savoir la conservation à l'identique (tel quel) des commentaires formulés (ensemble des commentaires recevant un pointage de 2). Le résultat s'échelonne de 0 à 1, 1 étant considéré comme le score parfait (Annexe 7).

Tableau 2 Détermination du statut et de la valeur des commentaires

STATUT DES COMMENTAIRES	DÉFINITION	EXEMPLES	SCORE ATTRIBUÉ
Évacué	Commentaire non considéré par les parties et absent du document étudié.	–	0
Atténué	Commentaire pris en considération par les parties mais traité partiellement dans le document étudié : tronqué ou minimisé.	Recommandations : Établir des normes minimales de lotissement en tenant compte d'études privées spécifiques. Traitement par les parties : Normes minimales établies sans consultation des dites études.	1
Tel quel	Commentaire pris en considération par les parties et figurant à l'identique dans le document étudié : aucun changement dans la formulation.	–	2
Bonifié	Commentaire pris en considération par les parties et retravaillé dans le document étudié : meilleure formulation, ajout de renseignements, problématique élargie, etc.	Recommandations : Présenter un tableau des réseaux d'alimentation en eau potable (source, population desservie et équipements). Traitement par les parties: Présentation d'un tableau complet, ajout d'une liste produite par le ministère de l'Environnement et information relative à un nouveau règlement.	3

4.4. ENTREVUES INDIVIDUELLES

Par la technique de l'entrevue individuelle, nous souhaitons recueillir le point de vue des différents acteurs impliqués dans le processus de révision des SAD et leurs interprétations.

4.4.1. TECHNIQUE UTILISÉE : L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Pour réaliser ces entrevues, un guide d'entrevue a été réalisé pour les trois groupes de professionnels présentés précédemment (Annexes 8 à 10). Les schémas d'entrevue ont été préparés en tenant compte des thèmes retenus pour l'évaluation (voir Tableaux 3a et 3b). Au total, neuf entrevues formelles ont été réalisées. Toutes les personnes sollicitées ont accepté de collaborer à l'exercice (Annexe 3).

De plus, tout au long de la présente étude, des données ont été recueillies lors de conversations informelles auprès de différents professionnels concernés par le dossier. Ces contenus ont été considérés comme matériel d'enquête.

4.4.2. THÈMES ABORDÉS LORS DES ENTREVUES

Les thèmes suivants ont été abordés avec les professionnels associés au dossier des schémas d'aménagement.

Thèmes abordés auprès des DSP

- Description du travail effectué dans le cadre de l'émission des commentaires : historique, orientations et fondements des commentaires, description du processus à l'interne de l'organisation, objectifs et intérêts personnels, avantages et plus-value retirés de l'exercice, identification des conditions gagnantes pour mener à bien le travail demandé;
- Lien DSP-MRC : description de la collaboration, moyens de diffusion des commentaires à l'intention des MRC, perception des MRC par rapport à la santé publique;
- Jugement sur la place et les impacts des commentaires de santé publique dans le processus même de révision des schémas d'aménagement : perception de la place actuelle, évolution temporelle, perception du travail de synthèse du MAMR, perception des impacts;
- Perspectives : intention de poursuivre, conditions, avis et suggestions, définition d'une contribution idéale de la santé publique dans le dossier.

Thèmes abordés auprès du MSSS

- Description du rôle et des responsabilités du MSSS dans le dossier : historique, genèse, évolution, fondements et définitions des orientations des commentaires, retombées sur le travail;
- Perception des facteurs limitant et facilitant pour entraîner un impact, identification des conditions gagnantes;
- Perspectives, identification des priorités.

Thèmes abordés auprès du MAMR

- Description du processus général, cadre légal, processus d'émission de l'avis gouvernemental, évolution du dossier;
- Perception du travail des différents ministères impliqués incluant la santé publique;
- Perception de l'apport de la santé publique : description des contenus, facteurs limitant l'impact;
- Perspectives, suggestions à l'intention de la santé publique pour améliorer son impact.

4.4.3. ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTREVUES

Les entrevues, d'une durée moyenne d'une heure et demie, ont été enregistrées sur cassette audio et le *verbatim* a été transcrit. Le travail d'analyse s'est effectué à partir du contenu des transcriptions obtenues. Pour procéder à cette analyse, notre choix s'est arrêté à une méthode qualitative appelée analyse thématique, relevant plus d'approches

subjectives dans la mesure où elle procède directement et assez « interprétativement » à la reformulation/interprétation des phénomènes vécus ou observés (Paillé 1996). La thématisation utilisée s'appuie sur les thèmes et les variables retenus pour l'analyse, supportée par les schémas d'entrevue présentés précédemment.

En effet, pour chacun des objectifs poursuivis, et pour répondre aux questions de recherche, une série de thèmes et de variables ont servi à guider notre démarche (Tableaux 3a et 3b). Toutefois, étant donné que cette étude emprunte une voie assez exploratoire (processus itératif d'amélioration continue), des contenus non prévus initialement ont surgi lors des entrevues. Dans le cas où les sujets soulevés étaient fortement reliés aux objets de l'évaluation, ils ont été conservés et ajoutés aux tableaux qui suivent. L'analyse des entrevues a été effectuée au fur et à mesure permettant de mettre fin à la collecte au moment où l'effet de saturation était atteint.

4.5. VISUALISATION GÉNÉRALE DE LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Les tableaux 3a et 3b donnent un aperçu global du cadre méthodologique utilisé pour répondre aux objectifs de la présente étude.

Tableau 3a Thèmes, variables et sources de données pour mesurer les efforts déployés

OBJECTIF	THÈMES	VARIABLES	SOURCES DE DONNÉES
Apprécier les efforts déployés par le réseau de la santé publique	Mobilisation des ressources	- o Ressources mobilisées à l'interne (nombre et type de personnes par DSP dévolues à cette tâche, nombre d'équipes impliquées) - o Autres ressources du réseau de santé publique - o Financement et mécanismes mis en place - o Documents de soutien	- o État de situation CSE - o Entrevues DSP - o Entrevue MSSS - o Analyse documentaire
	Adaptation des ressources	- o Attribution et définition du mandat - o Profil requis pour la réalisation de la tâche - o Formation reçue - o Estimation de la qualité du travail effectué - o Soutien professionnel à l'interne	- o Entrevues DSP - o Entrevue MAMR
	Circulation de l'information et des connaissances	- o Perception de l'utilité des outils disponibles - o Consultation des partenaires à la révision	o Entrevues DSP
	Relations entretenues avec les MRC	- o Utilisation du canal des MRC - o Degré de participation de la santé publique dans le milieu	o Entrevues DSP
	Quantité de commentaires produits	- o Pourcentage de documents commentés - o Type de documents commentés	- o État de situation CSE - o Analyse documentaire

Tableau 3b Thèmes, variables et sources de données en vue de l'évaluation de l'impact

OBJECTIF	THÈMES	VARIABLES	SOURCES DE DONNÉES
Mesurer l'impact de la participation	Dimensions sanitaires incorporées au SAR	- o Impact moyen par région et par interlocuteur (MAMR ou MRC) - o % de commentaires retenus tels quels ou remaniés par le MAMR - o % de commentaires retenus tels quels ou remaniés par les MRC - o Nature des commentaires conservés (obligatoire vs facultatif)	o Analyse documentaire
	Facteurs déterminant la portée des commentaires	- o Intégration des commentaires santé à l'avis gouvernemental du MAMR - o Attitude perçue des MRC sur les commentaires produits par les DSP - o Stratégies développées avec les MRC - o Visibilité de la santé publique à l'échelle locale - o Cadre législatif de la santé publique en aménagement du territoire	- o Entrevue MAMR - o Entrevue MSSS - o Entrevues DSP
	Impact sur les pratiques professionnelles	- o Connaissance du territoire - o Reconnaissance à l'interne - o Utilisation de canal de communication externe	o Entrevues DSP

4.6. FORCES ET LIMITES DES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

L'opportunité offerte de se pencher à la fois sur deux types de questionnements, soit sur la mesure des efforts déployés et sur l'impact de la participation a permis, selon nous, de porter un regard plus juste sur la situation. La perspective adoptée pour la réalisation de ce travail a de plus facilité le développement d'outils de collecte et d'analyse originaux. Rappelons également que tous les responsables du dossier au sein des DSP ont eu la possibilité de donner leur point de vue sur la question, ce qui était prioritaire pour notre démarche d'interprétation.

Par contre, certains éléments limitent la portée de nos observations. Les utilisateurs potentiels de l'évaluation, y compris les coordonnateurs ou gestionnaires, n'ont pas tous été consultés au MSSS, dans les DSP et dans les ASSS. De plus, les MRC sont absentes de la

consultation, ou sont regardées à travers le discours des acteurs de santé publique, ce qui limite la possibilité de recoupements des points de vue des groupes d'acteurs (triangulation des données). Par ailleurs, nos observations ne tiennent pas compte du travail effectué par la santé publique au sein des communautés métropolitaines où les politiques et les règlements dans le domaine de l'aménagement sont possiblement différents des MRC. Enfin, il a été impossible d'établir un parallèle avec une activité provinciale semblable qui aurait été précédemment évaluée, ce qui nous aurait donné un point de comparaison, toujours pertinent pour relativiser les résultats.

Il convient de revenir ici sur la portée de l'analyse documentaire réalisée dans cette étude. Tel que mentionné dans la section 3.3, seules quelques régions ont fait l'objet de l'analyse des impacts des commentaires émis par la santé publique sur les avis gouvernementaux préparés par le MAMR. Les résultats observés dans ces régions ne sont pas représentatifs de l'ensemble des régions mais sont présentés à titre d'illustrations et donnent un aperçu du travail d'analyse réalisé par le MAMR. Ils peuvent être utiles pour proposer des pistes de réflexion visant à bonifier l'implication de la santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement. De plus, l'analyse des avis gouvernementaux a permis l'ajout d'une section sur les thèmes les plus fréquemment énoncés par les DSP et retenus dans l'avis gouvernemental ou auprès des MRC. Ce palmarès représente un point très intéressant de cette étude puisqu'il permet d'identifier les thèmes qui sont retenus par le MAMR (en fonction des orientations gouvernementales).

L'étude s'est principalement penchée sur l'impact que les commentaires des DSP ont eu au moment du PSADR. Cette étape avait été jugée déterminante puisqu'il s'agit de « la seule et unique occasion où le gouvernement fait part de ses orientations gouvernementales [...] ». Autrement dit, le gouvernement informe les MRC qu'il a adopté de nouvelles orientations mais elles deviennent opposables qu'à partir du moment où les MRC posent un geste. Et pour ce qui est de la révision, c'est lorsqu'elles posent le premier geste c'est-à-dire le PSAR. À ce moment-là, tous les ministères viennent dire à la MRC leurs attentes. On peut profiter de ce moment pour faire des objections »⁹.

Comme il a été présenté dans le tableau 2, la première phase de l'analyse consistait à identifier et à statuer sur les commentaires émis dans l'avis de santé publique. Par la suite, il fallait savoir comment ces commentaires avaient été considérés dans l'avis gouvernemental préparé par le MAMR. La troisième et dernière étape avait pour but d'analyser le nouveau SAD révisé de la MRC suite à l'avis gouvernemental. Seulement deux MRC de notre échantillon faisaient état d'autres commentaires émis par les DSP aux étapes subséquentes du processus de révision des SAD (MRC 5 et 6). Il s'agissait entre autres de lettres d'une à deux pages émises à l'étape d'un premier remplacement de SAD adopté ou d'un projet de deuxième ou troisième modification de SAD. Ces avis ont été analysés mais n'ont pas fait l'objet d'un calcul d'impact n'ayant pour la plupart formulés aucun commentaire en défaveur du nouveau SAD proposé par les MRC. D'autres régions, ne faisant pas partie de l'échantillon ont certainement émis des commentaires à des étapes subséquentes au PSAR, comme des étapes de modifications de SAD révisé. La présente étude n'en tient pas compte dans son analyse de documents. Notons cependant, à titre d'information, qu'à partir du

⁹ Citation tirée de l'entrevue réalisée avec M. Benoît Bossé du MAMR, le 13 janvier 2005.

moment où l'on entre dans les schémas de remplacement, les DSP ne peuvent formuler de nouvelles demandes compte tenu que le SAD de remplacement est constitué à partir de ce qui a été convenu au SAD révisé. C'est pourquoi, si nous avons eu de tels cas dans notre échantillon, nous nous serions arrêtés à l'adoption du SAD révisé (SADR).

Un dernier point lié à l'interprétation générale des données relatives à l'impact des commentaires émis par la santé publique sur les schémas d'aménagement et de développement des territoires des MRC reste à éclaircir. Le fait de n'avoir pu rencontrer les MRC lors de cette étude s'accompagne d'une certaine réserve devant les résultats obtenus. Cette réserve est principalement attribuable au fait que nous n'avons pu documenter de quelle manière les MRC considèrent les commentaires émis par la santé publique, et s'il en a toujours été de même. Il est évident que si une MRC ne prend pas connaissance des commentaires émis par la santé publique, l'impact de ces derniers sera probablement influencé par le traitement qu'en aura fait le MAMR dans son avis gouvernemental, avis pour lequel la MRC devra se conformer.

5. RÉSULTATS

Les entrevues réalisées avec les professionnels de santé environnementale et l'analyse de documents extraits de la banque de données du SIGAT ont permis de documenter les thèmes retenus pour l'évaluation. Les résultats sont présentés en lien avec les deux objectifs et les questions de départ.

Au cours des entrevues, il a aussi été possible de documenter des thèmes qui sous-tendent le travail effectué dans le dossier des schémas d'aménagement et qui traduisent en quelque sorte certaines valeurs véhiculées en santé environnementale. Nous débutons par la vision du lien entre aménagement et santé telle que les répondants nous l'ont exprimée.

5.1. AMÉNAGEMENT ET SANTÉ : PERCEPTION GLOBALE DES PROFESSIONNELS

Les professionnels de santé environnementale affectés au dossier des schémas d'aménagement sont unanimes à reconnaître que l'aménagement du territoire est un déterminant majeur de la santé. Comme le mentionne l'un d'entre eux : « Les orientations prises à propos du territoire ont un impact sur le devenir du territoire, donc sur la santé ». À ce titre, l'aménagement du territoire détermine le devenir des communautés : « Dis-moi quelle est l'orientation de ton territoire, je te dirai qu'est-ce que tu deviendras dans une ou deux générations ».

La présence de la santé dans ce domaine est légitime et nécessaire; elle devient un outil de base en santé publique, car elle permet de participer au développement du milieu de façon raisonnée et d'appréhender l'avenir. Comme le mentionne l'un des interlocuteurs rencontré : « Il s'agit d'une porte d'entrée, un grand tapis rouge déroulé devant nous pour avoir une action qui est une intervention de promotion et de prévention ». Pour les professionnels, il s'agit d'une opportunité à ne pas laisser passer en raison des impacts directs et indirects de l'aménagement du territoire sur la santé de la population :

« Personnellement je suis de ceux qui pensent que l'aménagement du territoire a une telle importance sur le bien-être des collectivités, que ça vaut la peine de tasser bien des dossiers qui ont l'air urgent et de donner priorité à ça même si c'est un peu fastidieux. »

Le canal ouvert vers le monde municipal par l'exercice de révision des schémas d'aménagement doit continuer à être exploité :

« Mais les MRC, c'est dans le décor et c'est de plus en plus dans le décor. C'est comme, ça et je pense que c'est une voie qui ressemble à celle des CLSC. En fait les MRC, je pense que c'est plus une voie pour agir sur le milieu [...] on sent que les MRC, c'est quelque chose qui a pris de la place avec les années et que, si on veut agir sur le milieu, prévenir les risques à la santé, c'est là qu'il faut agir. »

D'ailleurs, les professionnels rencontrés s'entendent sur le fait que les efforts en ce domaine doivent être poursuivis et même accentués puisque le contact avec les MRC permet une action groupée, plus rentable que de travailler municipalité par municipalité mais aussi parce

qu'il s'agit d'un canal pour influencer les mentalités, les orientations et les grandes affectations du territoire.

« [...] malgré tout on doit rester très présent sur toute cette question d'aménagement de notre territoire. Parce que [...] l'aménagement est en lien très étroit aussi avec l'état de santé de notre population. C'est un fait incontournable, qu'on soit en milieu urbain ou en milieu rural ».

D'ailleurs, les dossiers chauds touchant l'aménagement du territoire ne manqueront pas dans l'avenir. Ceux reliés aux changements climatiques, à la chaleur accablante et celui de l'énergie sont les principaux dossiers désignés par un répondant. Aux dires de ce même interlocuteur, une migration nécessaire s'effectuera vers la promotion de la santé.

5.2. EFFORTS DÉPLOYÉS PAR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'évaluation des efforts reliés à la participation au processus de révision des schémas d'aménagement demeure une préoccupation constante chez les professionnels responsables de ce dossier au sein des équipes de santé environnementale. D'ailleurs, des évaluations sur le sujet ont déjà été réalisées et plusieurs outils ont été produits afin de répondre aux besoins exprimés par les professionnels. Cette section présente les données tirées de plusieurs sources documentant les différents thèmes afin de systématiser le portrait de la situation.

5.2.1. LA MOBILISATION DES RESSOURCES

La mobilisation des ressources est le premier thème qui permet d'attribuer un certain poids aux efforts fournis par les professionnels de santé environnementale et plus généralement par la santé publique pour participer au processus de révision des schémas d'aménagement des MRC. Les ressources évoquées ici sont humaines, financières mais aussi matérielles; elles donnent une indication du contexte d'intervention dans lequel les professionnels évoluent.

Les ressources du réseau régional de la santé publique rattachées au schéma d'aménagement

Pour chaque DSP, au moins un porteur de dossier rattaché à une équipe de santé environnementale est identifié comme responsable. Dans certains cas, deux professionnels de santé environnementale ou plus effectuent le travail d'analyse.

Selon les régions et la période, les responsables de santé environnementale associés au dossier des schémas d'aménagement ont consulté les collègues d'autres équipes de la DSP (principalement en prévention des traumatismes, Kino-Québec et des équipes promotion et prévention) de manière à englober tous les domaines rattachés à la santé publique.

« [...] tu t'associes avec des personnes de ton équipe pour leurs compétences [...] et tu t'associes avec des personnes qui peuvent avoir des regards intéressants par exemple au niveau de la sécurité routière ou au niveau de Kino-Québec »

« [...] au début, les premiers schémas que je faisais, je m'occupais seulement d'environnement, je ne me posais pas trop la question. Au bout de deux ou trois fois, j'ai lu plus attentivement la lettre du MSSS qui dit bien : « Nous vous prions de commenter d'un point de vue de la santé publique le schéma d'aménagement, le PSAR ci-joint ». Puis là, j'ai commencé à dire oui mais il y a tellement de facteurs qui sont peut-être beaucoup plus importants que la simple toxicité environnementale et dont on ne tient pas compte là-dedans. »

Il est à noter cependant que les tentatives de mobilisation à l'interne des DSP sont rares et souvent peu fructueuses, plusieurs professionnels se sentent découragés du peu d'intérêt de leurs collègues.

De manière générale, la mobilisation des autres ressources de santé régionales est minimale et se résume à la consultation touchant les équipements de santé sur le territoire de la MRC. En effet, le responsable des immobilisations dans les agences de la santé et des services sociaux constitue une ressource impliquée *de facto* puisque l'information sur les établissements actuels et à développer sur le territoire doit être planifiée et indiquée obligatoirement dans les schémas.

Certains répondants soulignent que la participation au processus n'est pas assez prise au sérieux alors qu'elle devrait l'être davantage. Selon l'un des répondants, l'implication de la santé publique dans ce dossier n'est pas un exercice innocent, sans conséquence.

Par ailleurs, plusieurs répondants déplorent le peu d'occasions d'échanges entre les professionnels des différentes régions du Québec sur la question des schémas d'aménagement. Ces besoins d'échanges touchent les aspects de contenu comme tels ainsi que les moyens à mettre en place pour créer des liens avec les MRC et les décideurs en général. De plus, les répondants disent manquer de temps pour faire adéquatement leur travail : « Ça prendrait un temps fou pour bien faire le travail. On fait le minimum et des fois, en-dessous du minimum ».

Le financement et les mécanismes mis en place

On peut mesurer les efforts déployés en termes de mobilisation des ressources en utilisant la variable « financement ». À ce chapitre, le MSSS ne rapporte aucun financement spécifiquement rattaché à l'accomplissement de cette tâche. Par contre, on peut considérer que la ressource de la DSP dévolue à cette tâche représente une contribution en nature. Par contre, le MSSS a mandaté le CSE à la réalisation de plusieurs documents de soutien et d'harmonisation afin de répondre aux besoins exprimés par les responsables du dossier. Le soutien apporté pour la réalisation de ces documents constitue également une contribution. Outre des journées d'orientation qui se sont tenues en début de processus, aucune formation spécifique concernant la santé n'a été donnée.

Les documents de soutien

Au début de l'implication de la santé publique dans le processus de révision des SAD, les équipes de santé environnementale disposaient de deux documents produits par le MAMR.

Le document intitulé *Les orientations du gouvernement en matière d'aménagement – Pour un aménagement concerté du territoire*, publié en juin 1994 en prélude à la révision des schémas d'aménagement. Il indiquait les objectifs poursuivis par le gouvernement en vue d'une meilleure répartition des activités sur le territoire ainsi que la contribution respective du gouvernement et des MRC pour les atteindre. Plus tard, en 1995, un nouveau document est publié pour apporter un complément à ces orientations, et s'adapter aux nouveaux contextes de régionalisation, de décentralisation et d'agglomérations urbaines.

Par la suite, en octobre 1996, le MAMR rédigeait un document de trois pages intitulé *Le processus d'élaboration de l'avis gouvernemental sur un schéma d'aménagement révisé* dans lequel il énonçait les attentes à l'égard des ministères et des organismes dans le cadre de l'élaboration de l'avis gouvernemental.

Pour soutenir et faciliter la démarche d'élaboration de commentaires, le Comité de santé environnementale du Québec publiait pour sa part en juin 1996 le guide : *Les schémas d'aménagement et santé environnementale – Guide d'élaboration des commentaires* (CSE, 1996), soulignant entre autres l'implication de la santé environnementale comme une « occasion privilégiée de faire valoir des principes de protection et même de promotion de la santé, et cela avec force de loi auprès des municipalités. » (p.3)¹⁰. Enfin, en octobre 2003, un projet de directive du MSSS : *Contribution du MSSS et des Régies régionales de la santé et des services sociaux à la révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC* faisait un rappel du processus de révision des schémas et s'attardait à expliquer le rôle du MSSS et des DSP dans ce dossier.

Pour fonder leurs commentaires, les intervenants de santé environnementale utilisent de manières diverses les documents mis à leur disposition. Selon les données recueillies lors des entrevues, certains s'en tiennent uniquement aux directives du MSSS datant de 2003 auxquelles s'ajoute parfois la documentation d'une situation sanitaire problématique touchant le territoire couvert. D'autres utilisent en plus des références antérieures, telles que les orientations du MSSS datant de 1998. Toutefois, la majorité des répondants s'appuie sur les orientations et les priorités du PNSP 2003-2012 ainsi que sur les dernières directives émises par la TNCSE. Enfin, certains autres s'inspirent d'avis de santé publique existants qui sont disponibles sur le SIGAT. Enfin, la LAU ainsi que les orientations gouvernementales produites par le MAMR sont aussi des outils utilisés par les intervenants de santé environnementale dans la préparation de leurs commentaires.

« [...] un contenu très restreint en 2003 qui ne se limite qu'à trois points d'importance. C'est sûr qu'on peut rajouter des éléments de notre propre chef si je peux dire. Mais généralement aujourd'hui, je ne me concentre que sur ces trois points-là à moins d'une situation très particulière sur le territoire d'une MRC. »

« Les documents de base, c'est la *Loi sur l'aménagement du territoire*. La loi 125 je pense. Ça, c'était mon document de base. Après ça, il y a eu les documents verts qui ont été réalisés par le MAMSL (aujourd'hui, le MAMR) qui étaient aussi des documents dont j'ai pris connaissance, qui étaient mes documents de base. Puis

¹⁰ Le lecteur peut trouver en dernière page du guide (1996) une grille d'analyse santé des SAD par étapes.

après il y a eu deux versions du document. Ça a été vraiment mes documents de base. Après ça, il est arrivé une courte mise au point par le MAMSL de 2-3 pages. »

5.2.2. L'ADAPTATION DES RESSOURCES

Le dossier aménagement du territoire « remis entre les mains » des équipes de santé environnementale entraîne une adaptation des ressources professionnelles afin de forger une réponse de santé publique adéquate. À ce titre, la dimension de l'adaptation des ressources constitue un excellent moyen de mesurer les efforts déployés dans ce dossier.

Attribution et définition du mandat de la santé environnementale

La majorité des répondants estime que le mandat qui leur a été confié dépasse le simple cadre de la santé environnementale et nécessite une démarche globale de santé publique. Ils se questionnent sur le fait que la réponse à la révision des schémas d'aménagement soit inscrite dans le PNSP dans la section « santé et environnement » alors qu'il s'agit d'un dossier dont les implications dépassent celles de la santé environnementale.

« [...] il y a des choses qui ne nous reviennent pas. Il y a des choses qui reviennent bien sûr à la santé publique, si on parle de santé environnementale, c'est de la santé publique. Si on parle de traumatismes, c'est la santé publique. S'il faut dire quelque chose sur le réseau routier parce que...il y a un coin de rue où tout le monde se plante...on a quelque chose à dire. Ce n'est pas forcément de la santé environnementale, c'est de la santé publique par exemple. [...] On n'est pas des spécialistes de tout pour parler sur les affaires des autres. »

La particularité de ce dossier a demandé des efforts d'adaptation non négligeables afin de répondre efficacement à la demande.

Par ailleurs, compte tenu du manque de cadre législatif sur lequel la santé environnementale peut s'appuyer pour justifier son implication et certaines de ses recommandations en matière d'aménagement du territoire, les répondants doivent faire preuve d'ingéniosité pour faire passer des messages de santé publique.

« [...] c'est important d'amener le fait qu'on a une culture en santé publique qui n'est pas du tout la même par exemple que chez nos collègues de l'environnement qui ont une approche beaucoup plus réglementaire. »

« [...] c'est dangereux de rester très administratif, réglementaire, normatif parce qu'on perd des enjeux qui sont importants. Puis par contre, l'autre extrême d'amener des grands thèmes de santé publique un peu éthérés là, ce qui fait qu'on ne dépassera pas le juste milieu. C'est entre les deux, peut-être plus de ce côté-ci parce que c'est un processus normatif mais d'être quand même assez souple. »

Le profil requis pour la réalisation de la tâche

À plusieurs reprises, les répondants ont abordé les conditions facilitant la réalisation de leur tâche dans le dossier d'aménagement du territoire. Deux grands facteurs semblent faire l'unanimité. Il s'agit d'une part de la formation initiale du répondant et d'autre part, de sa connaissance empirique et systématique du territoire en question.

« [...] géographe, c'est une formation en plein dans le mille pour ça. Puis une maîtrise en environnement, ça m'a aidé à décoder le milieu municipal, puis l'importance de l'urbanisme. »

« Je me suis rendu compte pour pouvoir, je dirais, faire une bonne promotion, un bon message à véhiculer [...] bien il faut connaître son territoire. Il faut connaître les problématiques sur son territoire. Ce qu'on n'a pas tout le temps comme connaissances surtout quand le territoire est diversifié [...]. T'as de l'agricole, de l'industriel, t'as du bois, et là t'as de la ville. C'est beaucoup d'expertise [...] pas de l'expertise générale, de l'expertise... concrètement, géographiquement bien déterminée. »

Il s'agit pour certains d'une véritable « vocation », d'une fibre géographique ou d'une pensée territoriale à détenir. La compétence requise consiste à rendre transposable à l'aménagement du territoire les commentaires touchant la santé tout en tenant compte des réalités locales. Le développement d'un réseau de pistes cyclables pourra être encouragé par la santé publique par exemple, sachant pertinemment qu'il pourra améliorer l'activité physique de la population et du même coup, agir comme attrait touristique pour la région.

« C'est bien sûr que je peux me contenter de leur dire qu'il y a un argument santé que les gens fassent de la bicyclette. Mais je peux en profiter pour leur dire de façon informelle, dans une réunion : « Écoutez ce n'est pas juste pour une question de santé ». Pour eux, la priorité numéro un dans cette MRC-là, je la connais assez pour savoir que c'est développer le tourisme. Je peux donc leur dire « écoutez si vous aviez une piste cyclable qui partait de (Ville) jusqu'à (Ville), vous auriez beaucoup plus de clients. Vous auriez beaucoup plus de tourisme, vous vous feriez connaître ». [...] Il faut que je sois assez ouvert pour être capable de me mettre dans la peau des maires qui ne sont pas obligés de faire quelque chose mais qui décideraient que oui, ce serait une bonne idée. On va mettre dans le schéma d'aménagement éventuellement de garder une voie pour une piste cyclable parce que ça va développer l'économie. Moi, ce que je vois, c'est que les gens vont pouvoir faire plus d'activités physiques. »

La formation continue des répondants

Non seulement les répondants mentionnent-ils qu'une formation de base dans le domaine de l'aménagement ou de l'urbanisme est indispensable à la réalisation de leurs tâches, mais plusieurs d'entre eux déplorent le fait qu'ils n'ont pas reçu de formation sur le processus de révision et sur les enjeux de leur implication à la révision des schémas d'aménagement ainsi que sur les aspects légaux rattachés à l'exercice. Pourtant, les besoins sont palpables :

« L'examen d'un SAD ça a beaucoup de nuances moi je trouve et ...il faut savoir par quel coin on va le prendre là finalement. Mais je ne pense pas effectivement qu'on peut parachuter n'importe qui là-dessus. Et de là l'idée peut-être de formation des intervenants ou de, d'un cadre beaucoup plus précis pour les intervenants, pour mieux comprendre dans quel processus ils s'insèrent. »

« [...] si j'avais une formation à donner à quelqu'un en santé publique là, je lui donnerais une formation sur les lois qui sont reliées à son domaine d'intervention au niveau justement de l'aménagement du territoire. La loi sur l'aménagement du territoire, la loi sur la qualité de l'environnement, la loi de la santé publique. Probablement, moi je suis sûr et certain, qu'on en tirerait un bénéfice certain.»

Estimation de la qualité du travail effectué

Tous les répondants ont le sentiment d'effectuer un travail exigeant, et en même temps, ils ont l'impression de livrer un produit imparfait au niveau de la révision des schémas d'aménagement. Le manque de ressources et de temps sont les principaux points identifiés qui expliqueraient leur insatisfaction. Plusieurs des répondants éprouvent le sentiment de ne pas être à la hauteur de la tâche. Aussi, certains déplorent le fait qu'ils aient à « apprendre sur le tas ».

« C'est du boulot. C'est une job à temps plein pour faire ça [...] On fait le minimum, puis des fois je vous le dis, on fait en dessous du minimum [...] C'est sûr que ça demanderait du boulot, mais ce serait un boulot qui serait rentable. »

Même chez ceux qui estiment avoir la capacité de réaliser ce dossier adéquatement, le sentiment d'un travail inachevé est palpable.

« Modestement, je pense qu'avec les années, ça je le connais. Par contre est-ce que j'ai toujours l'occasion de vraiment bien fouiller ça, etc.... à 100 %? Sûrement pas. *Butcher?* Sûrement pas non plus. Mais c'est certainement un domaine où on a l'impression qu'on fait du bon boulot mais que, les ressources étant limitées, on fait peut-être plus ce qu'on peut qu'un travail parfait. »

Le soutien professionnel à l'interne

Le soutien du milieu de travail des répondants est une condition importante qui favorise l'exécution de la tâche. Ce soutien n'est toutefois pas toujours présent ce qui peut avoir comme conséquence de transformer la tâche en un réel fardeau, en particulier pour les répondants nouvellement rattachés au dossier. De plus, la capacité à bien faire passer le message au sein de sa propre organisation n'est pas donnée à tous.

D'ailleurs, la révision des SAD est parfois perçue par les cadres professionnels comme une tâche strictement administrative dont la ressource serait interchangeable (« On va mettre quelqu'un là-dessus » mentionne un répondant rapportant les propos de son coordonnateur).

Le soutien professionnel passe aussi, selon certains répondants, par une clarification du mandat confié aux professionnels de santé publique et des orientations du réseau de la santé publique en matière d'aménagement du territoire.

« Si dans les équipes de santé environnementale on fait en sorte que c'est une priorité que d'intervenir auprès des urbanistes, auprès des gens en aménagement, puis d'intervenir non seulement dans les commentaires mais [...] dans le devenir des commentaires qu'on fait. Bien si on décide d'en faire un brin de plus, je pense qu'on est capable. Faudrait que ça soit décidé. Dans les activités du PNSP, plutôt que ce soit libellé « Répondre aux commentaires quand on nous sonne », ce qu'on fait, ce serait peut-être libellé autrement. Disant « Et voir au suivi approprié des recommandations jugées les plus pertinentes ».

La segmentation de la santé publique à l'intérieur des organisations est également identifiée par les répondants comme un frein aux échanges avec les collègues des autres équipes.

5.2.3. LA CIRCULATION DE L'INFORMATION ET DES CONNAISSANCES

Depuis l'implication des professionnels de santé environnementale dans le processus de révision des SAD, plusieurs outils de travail et directives ont été élaborés par le MSSS et le MAMR dans le but de les guider dans leur tâche. Nous verrons ici ce que font les répondants des outils disponibles et ce qu'ils en pensent, et par la suite, quelles sont les stratégies mises en place pour améliorer la circulation de l'information et des connaissances entre les différents partenaires impliqués.

Perception de l'utilité des outils disponibles

Le manque d'outils « pratico-pratiques » a été soulevé à plusieurs reprises par les répondants. D'ailleurs, certains d'entre eux pensent que le MAMR a développé plus d'outils utiles que le MSSS, le SIGAT en est un bon exemple.

« C'est quand même pas des domaines où on est inondé d'outils...où on nous dit de faire ça, etc. [...] ce n'est pas un domaine où on va sortir un nouveau logiciel pour mieux gérer telle ou telle affaire. [...] Je pense que les développements ils sont plus venus des Affaires municipales...Au niveau de notre ministère à nous, honnêtement, est-ce qu'il y a eu ou est-ce que j'ai l'impression depuis x années qu'il y a eu des nouveaux outils ou autre? Non. »

« Lorsqu'il y aura une troisième vague, là je serais plus d'accord qu'il y ait un guide un petit peu plus concret pour nous autres avec un *modus operandi* puis une réponse-type. Le support de cette vague-ci était bien mais pour une prochaine fois, je verrais vraiment un document-type, une espèce de réponse à une MRC fictive ou ressemblante à une moyenne, à une MRC moyenne, là. Et puis trouver une réponse comme si elle était réelle. Et puis nous, ça nous permettrait de fonctionner en disant bien, je vais prendre les mêmes chapitres, puis je vais les modifier à ma manière. »

La consultation des partenaires au processus de révision des SAD

Plusieurs répondants de santé publique ont expliqué que dans ce dossier, il arrive qu'ils consultent des ministères tels que le ministère de l'Environnement ou le ministère des Transports afin de mieux documenter leurs recommandations :

« On s'occupe de certains risques, en présence d'une industrie par exemple, mais c'est sûr qu'il faut faire affaire avec le ministère de l'Environnement à un moment donné, parce que nous, au bout du compte, c'est de la santé qu'on fait. On décide de prévenir justement des maladies ou en tout cas, au moins des risques. C'est sûr qu'il faut tenir compte du risque, mais documenter le risque ce n'est pas forcément dans notre champ. On le fait parce qu'il faut bien connaître de quoi on parle. »

5.2.4. LES RELATIONS ENTRETENUES AVEC LES MRC

Au cours du processus de révision des SAD, les intervenants de santé environnementale composent différemment avec les acteurs du développement local que sont les MRC. Cette section met l'accent sur les rapports qu'ont entretenus dans le passé ou entretiennent actuellement les répondants avec les MRC et sur le degré de participation de la santé publique dans le milieu.

L'utilisation du canal des MRC

Le besoin d'établir une relation concrète, proactive et de confiance avec les MRC du territoire tout au long du processus de révision des schémas d'aménagement a été amené par plusieurs répondants.

« Donc, tu dois regarder la MRC, tu dois regarder le territoire de (.....), ou autre. Ça n'exige pas, mais à mon avis favorise d'échanger avec tes collègues aménagistes de la MRC. [...] Et là, contrairement à nous, ils ont un pouvoir sur le terrain qui fait qu'ils vont pouvoir contribuer à la santé publique. »

D'après l'un d'entre eux, il s'agit de faire des MRC des partenaires privilégiés dans d'autres contextes que celui de la révision des schémas d'aménagement afin d'intervenir plus efficacement sur le milieu et d'établir un climat de confiance propice à l'intervention. Il s'agit aussi d'un exercice de visibilité pour la santé publique. De plus, une attitude d'ouverture et de compréhension face aux préoccupations et aux contraintes des MRC doit être adoptée par les intervenants de santé publique.

« [...] les liens DSP-MRC quand on peut les développer entre les schémas d'aménagement [...] que ce soit d'aller dans des rencontres de préfets, ou les professionnels qui travaillent dans les MRC. Je trouve qu'il ne faut pas rater une occasion de créer des liens qui vont permettre quelque chose comme une confiance mutuelle de s'établir. »

« [...] il faut être complètement en interaction avec eux, pour développer un lien de confiance. Autrement si je me contente de passer par le MAMSL central à Québec

avec des retours, ça ne donnera pas grand-chose honnêtement. Ça risque juste de camper les positions. »

Aussi, notons que certains répondants ont l'impression que dans la relation « santé publique-MRC », l'échange est inégal c'est-à-dire que la MRC apporte davantage à la DSP que l'inverse:

« J'avoue que maintenant c'est très intéressant de lire un schéma d'aménagement parce que j'ai l'impression de recevoir... bien plus que ce que je peux leur apporter. Mais il faudrait bien qu'à un moment donné on puisse y apporter un petit quelque chose. »

Enfin, un intervenant fait état des transformations majeures du processus de transmission des avis de santé publique au fil du temps. Au début du processus de consultation et pendant un certain temps, les DSP avaient pour habitude d'envoyer leurs commentaires simultanément au MSSS, au MAMR et aux MRC. Plusieurs MRC ayant manifesté un certain découragement devant l'ampleur des commentaires reçus de la santé publique, le MAMR décide d'émettre une directive visant à mettre fin à cette pratique. Aujourd'hui, les MRC sont censées recevoir les commentaires de la santé publique une fois l'avis gouvernemental préparé par le MAMR produit.

Le degré de participation de la santé publique dans le milieu

Les répondants ayant le plus d'expérience dans ce dossier pensent que le défi de la santé publique est de devenir un véritable partenaire du développement local. Pour y arriver, il est nécessaire de comprendre les enjeux territoriaux des MRC et de savoir adapter l'intervention en conséquence. Il faut devenir une partie de la solution plutôt que du problème et demeurer concret afin que les interventions ne soient pas perçues par les MRC comme « folkloriques » :

« [...] il faut dans ces cas-là faire un lien quand même direct avec l'aménagement du territoire. Faut se coller à la culture de ces gens-là [...] une culture d'aménagement du territoire ou de développement régional. Alors il faut leur montrer que les cyanobactéries c'est lié à des problématiques par exemple de bassins versants, de contamination des bassins versants par des productions agricoles, qu'il y a un impact sur le développement régional en agro-tourisme. »

« C'est sûr que si on arrive tout le temps, à chaque fois dans une MRC où on apporte des problèmes, qu'on ne les aide pas à développer de façon originale leur MRC, là c'est sûr qu'ils vont dire « bon encore le gars de la santé publique qui vient nous dire quelque chose qui ne va pas et qu'il n'a pas la solution. » Il y a peut-être quelque chose qui nous manque en santé environnementale en général, c'est de faire de la santé politique. De savoir, ce n'est pas tout d'apporter des problèmes. Il faut savoir aussi discuter assez longuement pour que les gens sentent qu'on est des partenaires [...] On arrive avec une solution. On a étudié assez le problème pour être capable de proposer une solution. Ça fait que là, on est rendu des partenaires à ce moment-là. »

5.2.5. LA QUANTITÉ DE COMMENTAIRES PRODUITS

L'analyse documentaire effectuée sur un échantillon de 9 MRC a permis de quantifier le nombre de rapports produits par les équipes de santé environnementale des DSP à différentes étapes du processus de révision des schémas d'aménagement. La variable « quantité de commentaires produits » apporte un complément à la mesure des efforts déployés par les intervenants de santé environnementale dans la réalisation de leur tâche.

Le nombre de pages

Le nombre de pages des avis de santé publique est une variable qui a été retenue lors de l'évaluation du processus d'émission des commentaires portant sur les schémas d'aménagement menée par le CSE (février 2000). Cette variable n'a pas été retenue dans la présente analyse car elle ne peut refléter ni la portée, ni la justesse des commentaires formulés par la santé publique dans ce dossier. D'ailleurs, comme le mentionne un répondant :

« [...] le minimal ce pourrait être « nous comptons implanter tel et tel CLSC au point... » [...] Tout comme ce sont des occasions effectivement de passer des messages sur nos priorités, sur les nouveaux enjeux qui pourraient arriver, etc. Mais il y a un moment où il faut... On n'est pas là pour faire de la philosophie. Moi je trouve que c'est un juste milieu entre trop normé et puis faire 50 pages de commentaires. »

Le nombre et le type de documents commentés

Le nombre et le type de documents produits par la santé publique semblent être deux variables plus révélatrices de l'effort fourni par le réseau de la santé publique que le nombre de pages. C'est d'ailleurs ce que présente le tableau 4 qui donne un aperçu de l'implication globale et spécifique du réseau de la santé dans le processus de révision des schémas d'aménagement des MRC de septembre 1996 à décembre 2004. Pour cela, nous avons considéré les trois principales étapes de la mise en place d'un schéma d'aménagement, à savoir le DOR, le PSAR et le SAD.

La mesure de l'effort telle que présentée ne doit pas être interprétée comme un « bulletin », classant chacune des régions en fonction de sa performance. Plutôt, l'estimation de l'effort de réponse calculé pour un échantillon permet d'illustrer la variabilité interrégionale. Par ailleurs, des facteurs d'ordre contextuel expliquent les différences observées. Par exemple, le faible taux de réponse obtenu pour les SAD peut être tributaire du flot de documents reçus, puisque cette catégorie regroupe tous les documents adoptés, modifiés, révisés, en vigueur et à jour (voir remarque du tableau 4). Il peut s'expliquer aussi par la faible pertinence des sujets abordés dans les documents reçus. Les modifications apportées à un SAD ne concernent pas toujours les intérêts de la santé publique. Notons enfin que certains documents sont envoyés aux DSP à titre d'information; ces documents ne font donc pas l'objet de commentaires. Il convient donc de nuancer les scores obtenus par certaines régions.

Globalement, le réseau de la santé publique semble être bien impliqué dans le processus de révision des schémas d'aménagement avec un taux de réponse à la consultation de 61,7 % (vs 82% dans l'évaluation CSE 2000¹¹). Huit régions administratives ont un taux de réponse supérieur à 70 %, ce qui nous paraît très honorable. Cependant, bien que la participation à la consultation s'avère être un contrat plus que rempli pour la majorité des DSP, des différences marquées entre les régions administratives sont observées, le taux de réponse le plus bas étant de 14,3 %.

Un autre point à souligner concerne l'évolution du taux de réponse de la santé publique au cours du processus de révision des SAD. Celui-ci diminue alors même que les étapes de la révision des schémas se succèdent. En effet, le taux de réponse est de 96,8 % (30/31) à l'étape du DOR, de 84,2 % (48/57) au moment du PSAR et chute à 38 % (38/100) pour le SAD. Cette situation reflète-t-elle un essoufflement de l'implication de la santé publique?

¹¹ Le fait que les deux évaluations ne tiennent pas compte de la même période d'étude et des mêmes documents produits par les MRC explique en partie la différence des résultats observés.

Tableau 4 Efforts déployés par le réseau de la santé publique lors du processus de révision des SAD des MRC (septembre 1996 à décembre 2004)

RÉGIONS ADMINISTRATIVES	NBRE DE MRC	NBRE DE DOR*	AVIS MSSS AU DOR	NBRE DE PSAR*	AVIS MSSS AU PSAR	NBRE DE SAD	AVIS MSSS AU SAD	TOTAL DES DOC MRC	TOTAL DES AVIS MSSS	TAUX DE RÉPONSE MSSS (%)
A	7	2	2	6	6	6	2	14	10	71,4
C	8	3	3	7	2	5	1	15	6	40,0
O	15	2	2	6	6	25	21	33	29	87,9
E	5	3	3	2	1	0	0	5	4	80,0
J	6	3	3	3	2	8	0	14	5	35,7
L	10	2	2	7	7	9	4	18	13	72,2
M	5	2	2	2	2	11	2	15	6	40,0
D	8	2	2	4	4	8	2	14	8	57,1
P	6	1	1	6	6	6	4	13	11	85,0
H	6	1	1	3	3	2	0	6	4	66,7
B	5	2	2	3	3	1	1	6	6	100,0
I	1	1	1	1	1	0	0	2	2	100,0
F	5	1	0	3	1	3	0	7	1	14,3
U	7	1	1	1	1	12	0	14	2	14,3
G	5	5	5	3	3	4	1	12	9	75,0
Total (n)		31	30	57	48	100	38	188	116	61,7

* Quelques chiffres dans la colonne « nbre de DOR » et dans la colonne « nbre de PSAR », ont été révisés. En effet, certains DOR et un PSAR ayant été produits avant septembre 1996, il y avait plus d'avis MSSS que de documents municipaux. Nous avons donc uniformisé les données municipales et gouvernementales pour ces cas particuliers. Nous entendons par SAD, tous les documents adoptés, modifiés, révisés, en vigueur et à jour.

De par son statut, le RCI est un document très utilisé par les MRC. Dans la période consacrée à notre étude, les MRC en ont formulé 503. Le processus de révision des RCI est identique à celui des autres documents (annexe 11). C'est-à-dire que « dans les soixante jours qui suivent la réception de la copie du règlement, le ministre doit donner son avis sur celui-ci, eu égard aux orientations que le gouvernement, ses ministres, les mandataires de l'État et les organismes publics poursuivent ou entendent poursuivre en matière d'aménagement sur le territoire de la MRC [...] »¹². Actuellement, le réseau de la santé publique reçoit donc tous les RCI parvenus au MAMR.

De façon générale, le degré d'implication du réseau de la santé publique à l'étape des RCI est faible. En effet, le tableau 5 (page suivante) indique que la santé publique a traité 9 % de l'ensemble des RCI reçus. Deux régions ont un taux de réponse aux RCI supérieur à 25 % mais aucune région n'a un taux de réponse qui va au-delà de 50 %. Nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur les raisons d'une aussi faible participation de la santé publique à cette étape. À ce sujet, un intervenant nous expliquait qu'il y avait trop de RCI à traiter avec les ressources attribuées :

« Les commentaires, on les fait systématiquement sur les PSAR, mais pas sur les RCI. Les RCI, il y en a trop. La vitesse d'exécution de notre équipe, on a tellement de dossiers qu'on ne peut pas à chaque fois dire : « Ah! On a une chance d'intervenir sur la distance des arbres autour des routes ». On voudrait bien. »

Par contre, certaines régions considèrent que les RCI ont un impact majeur sur la santé et à ce titre, doivent être traités en priorité.

De plus, nous pouvons noter un certain écart entre le nombre de RCI produits par les MRC et le nombre d'avis gouvernementaux y faisant référence (503 vs 450). Selon l'un des responsables de la réponse de la santé publique au MAMR¹³, ceci serait dû au fait que l'on recense de nombreux documents produits par une MRC pour un même RCI, ainsi que beaucoup de RCI reçus par le MAMR et en attente ou en cours de traitement, c'est-à-dire n'ayant pas encore fait l'objet d'avis gouvernementaux.

¹² Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, 1^{er} décembre 2004, article 65.

¹³ Entretien personnel en date du 17-01-2006, Direction de l'aménagement et de l'urbanisme du ministère des Affaires municipales et des Régions.

**Tableau 5 Implication de la santé publique au niveau des RCI
(septembre 1996 à décembre 2004)**

RÉGIONS ADMINISTRATIVES	NOMBRE DE MRC	NOMBRE DE RCI*	AVIS MAMR AU RCI*	AVIS MSSS AU RCI*	TAUX DE RÉPONSE MSSS (%)
A	7	48	43	5	11,6
C	8	13	12	1	8,3
O	15	103	100	18	18
E	5	5	2	1	50
J	6	17	16	0	0
L	10	91	82	4	4,9
M	5	12	9	0	0
D	13	22	17	5	29,4
P	6	19	14	2	14
H	6	21	19	0	0
B	5	12	10	1	10
I	1	0	0	0	0
F	5	34	29	0	0
U	8	53	49	2	4
G	5	53	48	0	0
Total (n)		503	450	39	9

* Calcul dans SIGAT avec l'étape identifiée comme « Règlement de contrôle intérimaire », comprenant les adoptions, les remplacements, les mises en vigueur, les mises à jour et les modifications des RCI.

Le tableau 6 dresse le portrait global de la participation de la santé publique à l'ensemble du processus de révision des SAD et à celui des RCI de septembre 1996 à décembre 2004. La particularité de ce tableau est qu'il présente des résultats pour chaque type de document et qu'il totalise le nombre d'avis formulés par les DSP de deux manières différentes, une excluant la participation au DOR et une autre excluant en plus la réponse faite au RCI.

Pour ce qui est des RCI, ces derniers ne faisant pas partie de la révision des SAD en tant que tel, ils ont fait l'objet d'un traitement spécifique présenté au tableau 5. En ce qui concerne les DOR, ils ne figurent pas dans le calcul des grands totaux. En effet, après consultation de la banque de données du SIGAT, nous avons constaté que la santé publique avait formulé plus d'avis à l'étape du DOR que ne l'avait fait le MAMR. Cette situation est propre aux DOR pour deux raisons :

- D'après la LAU, le MAMR n'est pas tenu de donner son avis sur les DOR produits par les MRC. Or, au début du processus de révision des schémas d'aménagement, il était convenu de répondre au plus de demandes possibles, chose que le MAMR ne pouvait pas toujours réaliser par manque de temps.

- Toujours d'après la *LAU*, les MRC ne sont pas tenues d'attendre les commentaires gouvernementaux à cette étape du processus, et devancent souvent l'avis du MAMR et par conséquent ceux des ministères consultés.

Ainsi, l'étape du DOR a été soustraite de l'analyse documentaire.

Globalement le réseau de la santé publique a produit 114 avis (excluant les DOR et les RCI) entre septembre 1996 et décembre 2004. Avec un taux de réponse d'environ 28 %, nous pouvons nous interroger sur les conditions générales de participation du réseau de la santé publique au processus de consultation.

De manière plus spécifique, le tableau révèle que le réseau de la santé publique a participé à environ 69 % des consultations faites à l'étape du PSAR et que dans 98 % des cas (47/48 avis), soit pour la quasi-totalité des documents reçus, elle a émis des commentaires. Mis à part le DOR, le PSAR semble être le document pour lequel la santé publique s'est le plus impliquée, comparativement aux SAD (39 %), aux modifications de SAD (11 %) et aux RCI (9 %).

Tableau 6 Participation de la santé publique à l'ensemble du processus de révision des SAD et à celui des RCI (septembre 1996 -décembre 2004)^s

TYPE DE DOCUMENT	NOMBRE D'AVIS FORMULÉS PAR LE MAMR	NOMBRE D'AVIS FORMULÉS PAR LES DSP (N ET %)	STATUT DES AVIS FORMULÉS PAR LES DSP (NOMBRE ET %)				
			COMMENTAIRE	RESPECT DES ORIENTATIONS	OBJECTION	REMPLACEMENT DEMANDÉ	AUCUN COMMENTAIRE
DOR	13	30	-	-	-	-	-
PSAR	70	48 (68,6 %)	47	-	-	-	1
SAD (adopté, révisé, en vigueur, à jour)	97	38 (39 %)	31	5	-	2	-
Modification de SAD (projet de modification, modification et remplacement)	247	28 (11 %)	12	12	4	-	-
RCI*	450	39 (9 %)	18	21	-	-	-
Total sans les DOR	864	153 (18,1 %)	108 (70,7 %)	38 (24,8 %)	4 (2,6 %)	2 (1,3 %)	1 (0,6 %)
Total sans les DOR et les RCI	414	114 (27,5 %)	90 (78,9 %)	17 (14,9 %)	4 (3,5 %)	2 (1,8 %)	1 (0,9 %)

^s La différence observée entre le nombre total de RCI et le nombre total d'avis gouvernementaux s'explique par le fait qu'une MRC peut retirer ou modifier un règlement en cours de révision avant la production de l'avis gouvernemental.

* Calcul dans SIGAT avec l'étape identifiée comme « Règlement de contrôle intérimaire », comprenant les adoptions, les remplacements, les mises en vigueur, les mises à jour et les modifications des RCI.

5.3. IMPACT DE LA PARTICIPATION DES DSP AU PROCESSUS DE RÉVISION DES SAD DES MRC

Cette section touche le cœur des préoccupations des professionnels de santé environnementale soit l'atteinte des objectifs fixés par leur travail c'est-à-dire l'inscription d'une vision de santé publique dans le schéma d'aménagement du territoire. Pour évaluer cet impact, les avis gouvernementaux préparés par le MAMR et les schémas d'aménagement révisés des MRC ont été examinés en fonction de la contribution de santé publique reconnue. Les facteurs qui semblent favoriser la portée de la santé publique sont explicités par les professionnels impliqués dans le processus de révision. Finalement, les retombées sur la pratique professionnelle sont examinées.

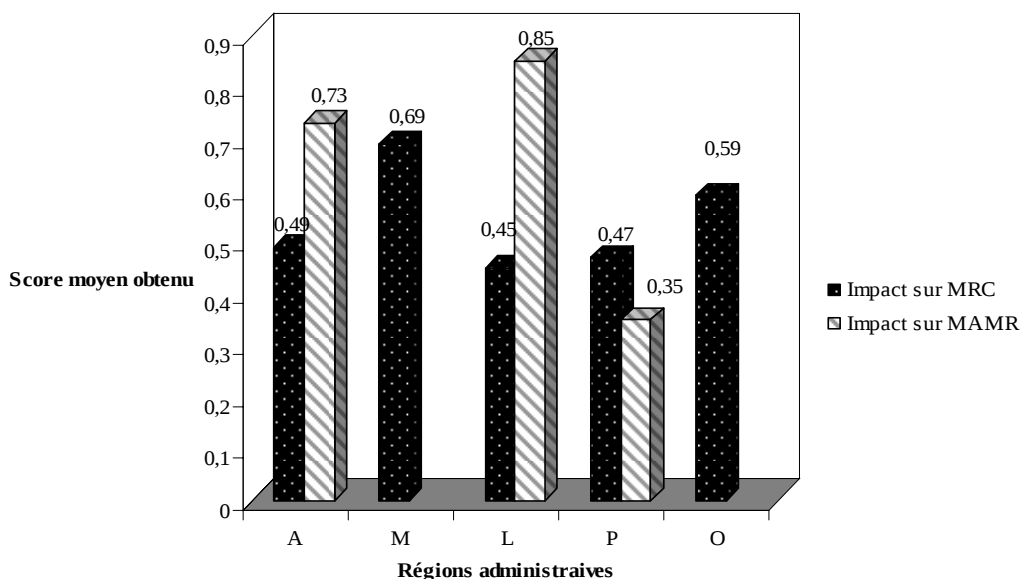
5.3.1. DIMENSIONS SANITAIRES INCORPORÉES AU SAR

Le graphique 1 (page suivante) dresse un bilan général de l'implication des DSP dans le processus de révision des schémas d'aménagement. Il nous présente les scores moyens obtenus par chaque DSP, traduisant ainsi l'impact qu'elles ont eu sur les avis gouvernementaux et sur les schémas d'aménagement révisés des MRC selon la région d'origine des commentaires¹⁴. Sont également présentées dans cette section les données quantitatives se rapportant à la reconnaissance ou non du contenu sanitaire d'abord auprès du MAMR, puis des MRC. Une analyse de ce qui est retenu en fonction de l'aspect obligatoire *versus* facultatif complète la description de cette variable.

Rappelons ici que l'attribution de scores a permis de quantifier l'importance à donner à la portée des commentaires émis par les professionnels du réseau de la santé publique. La méthode de calcul utilisée tient compte du traitement fait par le MAMR et les MRC des commentaires formulés par la santé environnementale (évacués = 0, atténués = 1, tels quels = 2, bonifiés = 3) et de l'impact anticipé par la santé publique de ces mêmes commentaires. Il s'agit donc d'un calcul de proportion dont le résultat s'échelonne de 0 à 1, 1 étant considéré comme le score parfait où les commentaires formulés ont été retenus tels quels par le MAMR ou les MRC (Annexe 7).

¹⁴ Rappelons ici que seulement trois régions de l'échantillon ont fait l'objet de l'analyse des avis gouvernementaux produits par le MAMR. Les données obtenues ici ne peuvent donc être extrapolées à l'ensemble des régions à l'étude et doivent être interprétées avec prudence.

Graphique 1 Impact moyen des DSP dans le processus de révision des SAD



Le graphique 1 montre la diversité d'impact des commentaires émis dans les avis de santé publique sur les avis gouvernementaux du MAMR d'une part et sur les schémas d'aménagement révisés (MRC) d'autre part et ce, selon la région administrative à l'étude. En effet, avec des scores de 0,85 et de 0,73, les régions identifiées par les lettres L et A se distinguent quant à leur impact sur l'avis gouvernemental préparé par le MAMR comparé à un score de 0,35 pour la région P. Quant à l'impact sur les documents produits par les MRC, la variabilité observée est moins importante que ceux produits par le MAMR : les scores fluctuent entre 0,49 (A) et 0,69 (M). Rappelons toutefois que cet impact a pu être influencé par la présence ou l'absence de réception des commentaires auprès des MRC.

Palmarès des thèmes abordés par la santé publique

Outre le fait d'évaluer l'impact moyen de l'implication des DSP dans le processus de révision des SAD, il nous a semblé pertinent de connaître le type de commentaires ayant obtenu les meilleurs résultats auprès du MAMR et des MRC. Pour se faire, l'analyse approfondie du contenu des documents produits par les DSP de notre échantillon a permis de dégager l'ensemble des thèmes abordés par les DSP dans leur avis (Annexe 5). Ainsi, nous avons été en mesure de dresser un palmarès des grands thèmes retenus par le MAMR et les MRC lors du processus de révision des SAD. Ces thèmes sont présentés par ordre décroissant du score moyen obtenu par rapport au MAMR, comparé avec les scores moyens obtenus auprès des MRC (Tableau 7). La méthode de calcul utilisée ici est semblable à celle ayant permis de quantifier la portée des commentaires émis par les DSP. Nous nous sommes donc servi à nouveau de la formule score attendu/score observé. Rappelons que 1 est considéré comme le résultat espéré (score parfait pour les DSP) où les thèmes abordés par les DSP ont été retenus tels quels par le MAMR ou les MRC.

Le palmarès établi confirme les résultats obtenus de l'analyse des documents du SIGAT, à savoir que le MAMR dans son avis gouvernemental et les MRC ne traitent pas les commentaires émis par les DSP de manière identique. En effet, ces deux instances n'y accordent généralement pas la même importance (estimation du rang). Les cinq premiers thèmes retenus dans l'avis gouvernemental concernent en premier lieu les équipements et les infrastructures industrielles, suivent les moyens et les infrastructures de transport, la transversalité et l'harmonisation entre les SAD, la gestion de l'eau, et les contraintes anthropiques et les nuisances. En ce qui concerne les MRC, celles-ci privilégient les commentaires portant en premier lieu sur les équipements et les infrastructures industrielles, puis sur les contraintes anthropiques et les nuisances, le récréotourisme, les moyens et les infrastructures de transport et enfin la transversalité entre les SAD.

Mais ce qui est le plus intéressant à examiner concerne les extrêmes qui figurent dans ce palmarès, en d'autres mots, les divergences d'intégration des commentaires pratiquées par le MAMR et les MRC. La notion d'extrême est appliquée ici lorsqu'il y a au minimum trois points d'écart entre les rangs. C'est ainsi que se démarquent les thèmes liés aux conditions générales de l'habitat (10 points d'écart), à la gestion de l'urbanisation – affectations et zonage (4 points d'écart), aux contraintes anthropiques et aux nuisances (4 points d'écart), à la gestion de l'eau (3 points d'écart), et au récréotourisme (3 points d'écart). Il est aussi intéressant de constater que la majorité de ces thèmes sont très fréquemment abordés par les DSP dans leurs avis (voir colonne fréquence du tableau). Enfin, force est de constater que les intervenants de santé publique se prononcent sur un grand nombre de problématiques de santé publique touchant à un vaste champ d'expertises. Les commentaires émis par la santé publique sont retenus dans l'avis gouvernemental et par les MRC de différentes manières, ils font parfois référence à du contenu obligatoire et d'autres fois à du contenu facultatif, mais ils sont tous importants en termes de protection de la santé publique.

Tableau 7 Palmarès des thèmes abordés par les DSP lors du processus de révision des SAD (n=193)

THÈMES	RANG MAMR	SCORE MOYEN MAMR	RANG MRC	SCORE MOYEN MRC	FRÉQUENCE
Équipements et infrastructures industrielles Ex. Identification et localisation des équipements et infrastructures industrielles (entreprises manufacturières, etc.).	1	1,5	1	0,83	3
Moyens et infrastructures de transport Ex. Documenter les problématiques des différents réseaux de transport, sécurité des infrastructures de transport pour les usagers de la route, les piétons et les riverains, évaluation du risque à la sécurité et à la santé des moyens de transport, planification de la mise en place de transports (pistes cyclables, VTT, etc.), évaluation du risque à la santé lié au transport d'énergie (champs magnétiques), transport de matières dangereuses, etc.	2	1,02	4	0,57	26
Transversalité et harmonisation entre les SAD Ex. Arrimage et harmonisation du SAD d'une MRC avec ceux des MRC voisines, dans le cadre du développement durable du territoire.	3	1	5	0,50	3
Gestion de l'eau Ex. Identification du réseau d'alimentation en eau potable, des sources, des équipements de traitement et de la population desservie, définition de normes de périmètres de protection des prises d'eau publiques et privées, activités et usages autour des prises d'eau, conformité des champs d'épuration en milieu résidentiel, intégration de la nouvelle réglementation sur la qualité de l'eau potable (juin 2001), réalisation d'études hydrologiques et toxicologiques, gestion des eaux comme source de contraintes anthropiques et naturelles.	4	0,8	7	0,38	26
Contraintes anthropiques et nuisances Ex. Identification et localisation des sources de contraintes (établissements agricoles, industries, terrains contaminés, sites d'entreposage de pneus) pouvant affecter la qualité de vie autres nuisances tels le bruit, les odeurs, les poussières, sensibilisation à l'herbe à poux, définition de limites acceptables et de zones tampons adéquates pour les contraintes anthropiques, recyclage, normes de protection des ouvrages de captage d'eau.	5	0,75	2	0,72	36

Tableau 7 Palmarès des thèmes abordés par les DSP lors du processus de révision des SAD (n=193) (suite)

THÈMES	RANG MAMR	SCORE MOYEN MAMR	RANG MRC	SCORE MOYEN MRC	FRÉQUENCE
Contraintes majeures (risques pour la sécurité) Ex. Identification des établissements potentiellement à risque majeur, gestion sécuritaire de sites à risque, organisation de services d'urgence.	5	0,75	6	0,44	26
Équipements et infrastructures de santé et des services sociaux Ex. Identification, localisations et perspectives de développement d'équipements et infrastructures de santé, identification des populations vulnérables.	5	0,75	4	0,57	13
Récréotourisme Ex. Promotion de l'activité physique, développement de corridors et d'infrastructures, sécurité des usagers.	6	0,69	3	0,63	15
Agriculture Ex. Contamination des puits liés aux activités agricoles, gestion rationnelle des pesticides, activité agricole intensive comme source de risque à la santé.	7	0,65	6	0,44	17
Contraintes naturelles Ex. identification et localisation des zones inondables, de mouvements de terrain, des zones tampons, réglementation et plans d'urgence en cas de catastrophe naturelle.	8	0,57	8	0,33	9
Gestion de l'urbanisation – affectations et zonage Ex. Identification de clientèles vulnérables, compatibilité des usages, zones d'affectation, zones tampons entre agricole et résidentiel.	9	0,5	5	0,50	17
Conditions générales de l'habitat Ex. Identification de secteurs prioritaires de restauration et de revitalisation, amélioration des conditions générales de l'habitat (air intérieur, salubrité, sécurité des bâtiments).	10	0	-	0	2

Le graphique 2 évalue l'attitude du MAMR sur les commentaires formulés par les DSP selon qu'ils correspondent à du contenu obligatoire ou facultatif pour les MRC (cf. Annexe 4).

Graphique 2 Attitude générale du MAMR sur les commentaires formulés par les DSP

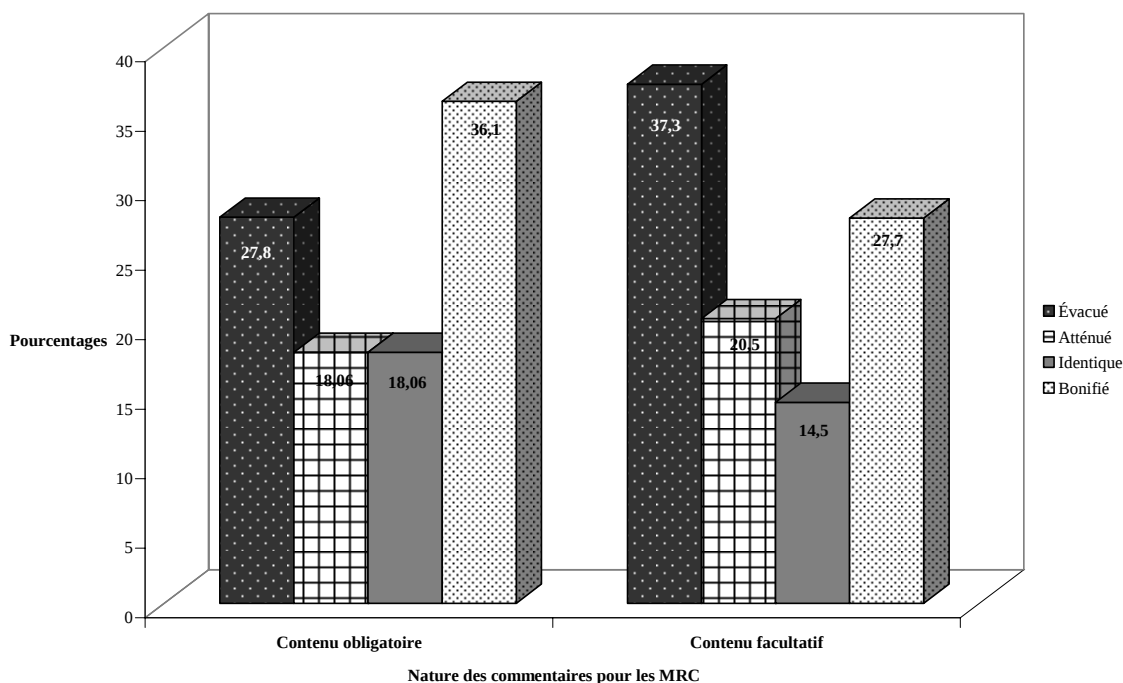


Tableau 8 Attitude du MAMR par type de commentaires et par région

Régions administratives	COMMENTAIRES À CARACTÈRE OBLIGATOIRE POUR LES MRC				COMMENTAIRES À CARACTÈRE FACULTATIF POUR LES MRC			
	Évacué	Atténué	Identique	Bonifié	Évacué	Atténué	Identique	Bonifié
A	10	2	8	13	10	6	9	9
M	-	-	-	-	-	-	-	-
L	0	4	4	4	0	2	1	7
P	10	7	1	9	21	9	2	7
O	-	-	-	-	-	-	-	-
Effectif total (n)	20	13	13	26	31	17	12	23
Pourcentage (%)	27,8	18,06	18,06	36,1	37,3	20,5	14,5	27,7

Généralement, le MAMR a tendance à moins tenir compte des commentaires formulés sur le contenu facultatif des schémas que sur le contenu obligatoire. Il a en effet évacué 37,3 % et atténué 20,5 % des commentaires des DSP formulés sur du contenu facultatif (graphique 2 et tableau 8).

Aussi, il semble que dans son avis, le MAMR soit plus enclin à conserver tel quel ou à bonifier les commentaires correspondant à du contenu obligatoire (18,06 % vs 14,5 % et 36,1 % vs 27,7 %). Les commentaires concernant des sujets devant obligatoirement figurer dans les SAD sont privilégiés dans l'avis gouvernemental du MAMR comparativement aux commentaires facultatifs (54,7 % vs 42,2 %). Toutefois, les commentaires portant sur du contenu facultatif semblent tout de même avoir de l'intérêt et de l'importance en matière d'aménagement et de développement du territoire.

Cette tendance se remarque d'ailleurs dans le palmarès des thèmes abordés par les DSP lors du processus de révision des SAD. Par exemple, tous les commentaires concernant les contraintes anthropiques, la gestion de l'eau, et les équipements et infrastructures industrielles et qui font partie de la nomenclature du contenu facultatif des SAD des MRC (Annexe 4) obtiennent des résultats forts intéressants auprès du MAMR et des MRC.

Le graphique 3 permet d'évaluer l'attitude générale des MRC sur les commentaires formulés par les DSP selon qu'ils touchent à du contenu obligatoire ou facultatif des SAD.

Graphique 3 Attitude générale des MRC sur les commentaires formulés par les DSP

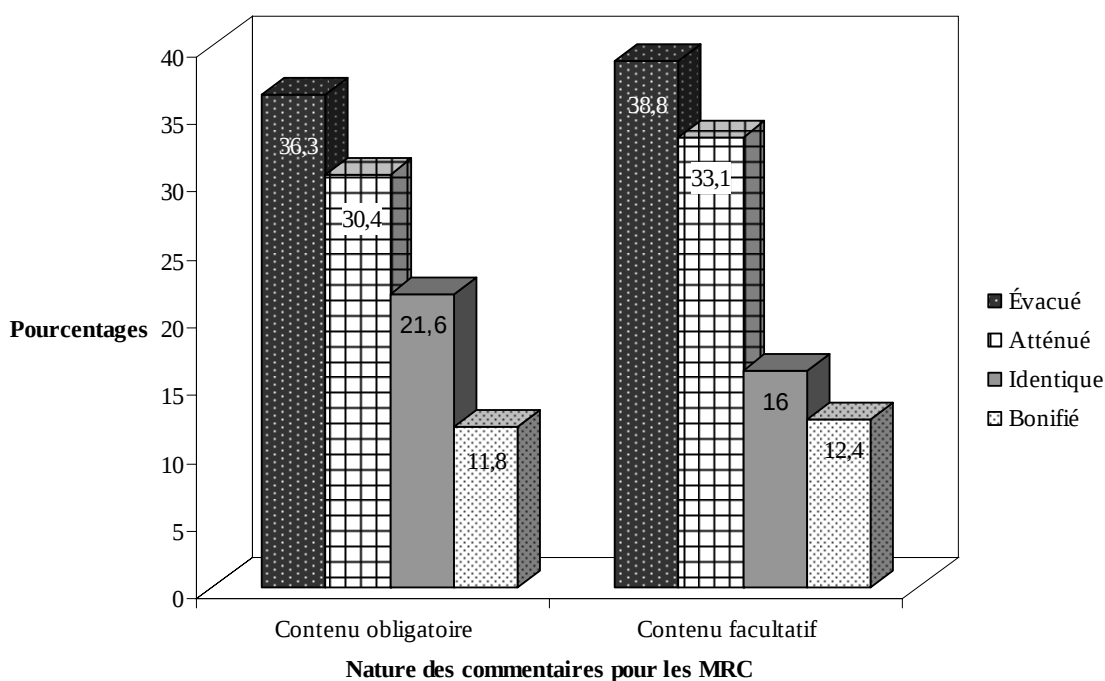


Tableau 9 Attitude des MRC par type de commentaires et par région

Régions administratives	COMMENTAIRES À CARACTÈRE OBLIGATOIRE POUR LES MRC				COMMENTAIRES À CARACTÈRE FACULTATIF POUR LES MRC			
	Évacué	Atténué	Identique	Bonifié	Évacué	Atténué	Identique	Bonifié
A	14	12	5	2	10	16	5	3
M	2	1	1	1	2	6	2	3
L	5	5	2	0	2	5	2	1
P	11	6	4	6	23	7	1	8
O	5	7	10	3	10	6	9	0
Effectif total (n)	37	31	22	12	47	40	19	15
Pourcentage (%)	36,3	30,4	21,6	11,8	38,8	33,1	16	12,4

Généralement, les MRC ont tendance à évacuer et à atténuer plus de commentaires facultatifs qu'obligatoires. En effet, 38,8 % des commentaires formulés sur du contenu facultatif ont été évacués et 33,1 % atténués. Notons cependant que les MRC ont bonifié presque autant de commentaires facultatifs (12,4 %) que de commentaires obligatoires (11,8 %) (graphique 3 et tableau 9).

Tout comme dans l'avis gouvernemental du MAMR, les MRC semblent privilégier les commentaires concernant des sujets devant obligatoirement figurer dans les SAD sans pour autant laisser pour compte les commentaires facultatifs qui semblent avoir leur place dans les avis de santé publique (33,4 % vs 28,4 %) et plus généralement dans les SAD.

Outre l'évaluation de l'impact global des commentaires de santé publique sur la révision des SAD, il est intéressant de se pencher sur les différences régionales des DSP observées à partir de l'analyse documentaire. Les deux répartitions en nuage de points suivantes (Figures 1 et 2) permettent de visualiser le positionnement de chacune des DSP dans le processus de révision des schémas d'aménagement et de le comparer en fonction de l'interlocuteur : gouvernemental (MAMR) ou municipal (MRC)¹⁵.

La figure 1 indique que la région O se place dans une tendance d'amélioration continue de l'impact de ses commentaires sur les SADR des MRC. En effet, depuis 1997 son score moyen ne cesse d'augmenter (0,56 en 1997, 0,65 en 1999 et 0,75 en 2002). La région A a connu quant à elle une amélioration depuis 1998 (0,47 en 1998 et 0,62 en 2002), même si en 1999 les résultats obtenus auprès des MRC sont les plus bas observés sur l'ensemble des régions étudiées. La tendance est différente en ce qui concerne la région P, puisque les scores obtenus diminuent depuis 1997 (de 0,53 en 1997 à 0,41 en 2001). Enfin, un simple constat peut être fait pour les régions L et M à savoir que la région M a mieux « performé » que la région L (0,69 vs 0,45). Ajoutons que la région M obtient un score plus que louable en ce tout début d'implication au processus de révision des schémas d'aménagement du territoire des MRC.

¹⁵ Rappelons ici que trois régions sur cinq ont bénéficié d'une appréciation de l'impact de l'implication des DSP sur les avis gouvernementaux préparés par le MAMR (Figure 2).

Figure 1 Impact de l'implication des DSP sur les documents des MRC

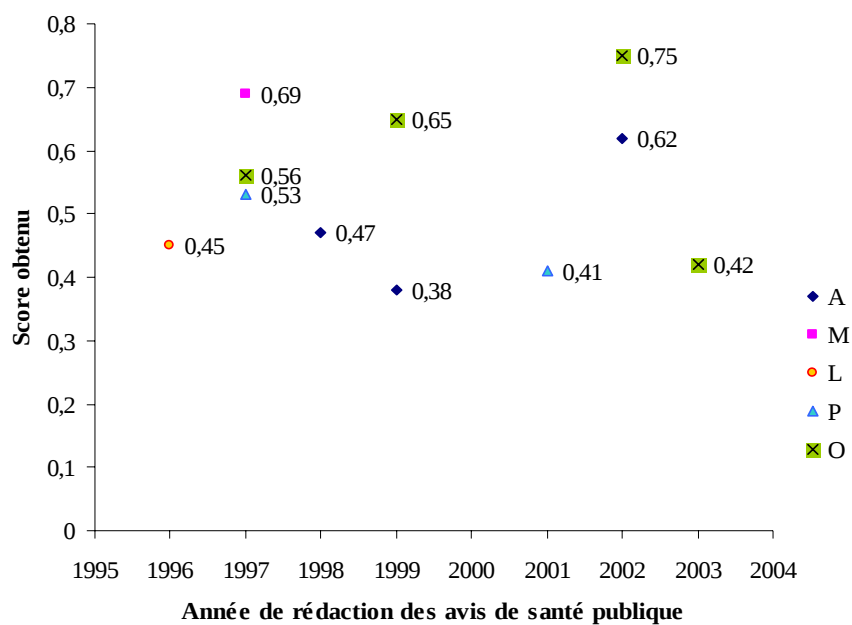
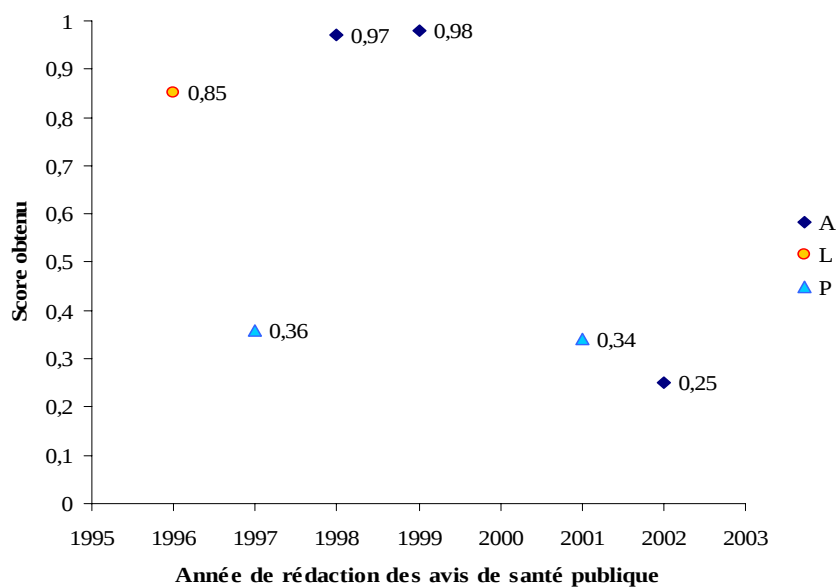


Figure 2 Impact de l'implication des DSP sur les avis gouvernementaux du MAMR



La figure 2 présente l'impact de l'implication de trois régions de l'échantillon à l'étude sur les avis gouvernementaux du MAMR, à savoir les régions A, L et P. Relevons la performance de la région L qui obtient un score plus qu'honorable dès le début de sa participation au processus de révision des SAD (0,85). La région P connaît un impact similaire depuis 1997 (0,36 en 1997 et 0,34 en 2001). Enfin, la région A obtient des scores quasiment parfaits en 1998 (0,97) et 1999 (0,98) mais connaît une chute vertigineuse en 2002 (0,25) qui amène à se questionner sur les causes d'un tel revirement de situation.

En comparant les données des deux figures, force est de constater que les trois régions représentées ont des profils très différents. En 1998 et 1999, la région A avait plus d'impact sur l'avis du MAMR que sur le SADR des MRC, la situation inverse s'observe en 2002. La région L ne peut témoigner que d'une chose : l'impact de son implication en 1996 est presque deux fois plus important sur le MAMR que sur les MRC. Ensuite, la région P s'inscrit dans un mouvement différent puisque ses interventions obtiennent plus d'impacts sur les documents des MRC que sur les avis gouvernementaux du MAMR. La région O connaît quant à elle une augmentation de l'impact de son implication de 1997 à 2002, mais rechute en 2003 pour des raisons que nous ne pouvons pas identifier.

Enfin, les données présentées dans ces deux figures ne permettent pas de dégager des tendances temporelles quant à l'impact des interventions des régions, et ce, quelqu'en soit le destinataire (MRC ou MAMR).

5.3.2. FACTEURS DÉTERMINANT LA PORTÉE DES COMMENTAIRES : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PUBLIQUE

L'impact de l'implication de la santé publique au processus de révision des SAD des MRC est étroitement lié aux conditions d'exercices de leur travail. Dans cette section, le point de vue des professionnels impliqués dans le dossier est présenté en explorant leurs opinions sur le traitement de leurs commentaires auquel procèdent le MAMR et les MRC. Le contexte spécifique de la réalisation de leur tâche est également décrit (facteurs facilitants ou contraintes).

Processus d'intégration des commentaires santé à l'avis gouvernemental

Les opinions concernant la façon dont le MAMR utilise les rapports produits par la santé publique lors de la consultation sont assez partagées. Certains estiment que le MAMR élague trop les recommandations émises par les équipes de santé environnementale, que l'entonnoir est trop étroit par rapport aux préoccupations sanitaires exprimées¹⁶. Les raisons expliquant la retenue ou l'évacuation des commentaires demeurent obscures pour certains des professionnels impliqués dans le dossier des schémas d'aménagement. Certains relèvent parfois le fait que le temps de transmission et de réaction offert par le MAMR aux DSP est tellement court qu'il devient presque impossible pour eux d'élaborer des commentaires complets. Notons aussi que certaines lacunes dans le processus de consultation, tel qu'une transmission de documents incomplète, de dernière minute ou après

¹⁶ Selon le MAMR, la porte d'entrée réelle pour la santé publique est effectivement très étroite. Une des erreurs de la santé publique a été, dans le passé, de traiter de contenus dont la responsabilité n'incombait nullement aux MRC. L'exemple de la lutte contre l'herbe à poux est apporté.

échéance quand elle n'était pas omise, peuvent avoir influencé l'impact des commentaires émis par les DSP.

Par ailleurs, une interrogation quant à un traitement différentiel des commentaires émis par la santé publique selon le professionnel du MAMR qui les reçoit est exprimée. Des doutes quant à la justesse de l'interprétation du commentaire santé sont émis ce qui, pour certains répondants de santé publique, ébranle de manière générale la confiance face au MAMR.

Pour d'autres, le MAMR ne joue pas le rôle qu'il devrait jouer, « c'est un ministère qui donne les orientations et qui se retire par la suite ».

D'autres pensent que le MAMR fait son travail comme il le peut, compte tenu du mandat limité attribué à la santé publique¹⁷ dans ce dossier et de l'ampleur de la tâche d'harmonisation des commentaires que doit réaliser le MAMR.

« Le MAMR habituellement quand c'est à l'intérieur du contenu obligatoire ça peut se retrouver un peu transposé, dit à sa façon là, il a une façon de le dire. Mais je pense qu'il le dit. Il le dit. »

« Je trouve qu'ils font leur travail. Ils nous demandent de donner des commentaires, ils nous disent qu'il y a un contenu obligatoire, deux avec l'eau potable, l'histoire du captage. [...] je ne leur en veux pas moi de ne pas amener certains de mes points parce que souvent je suis un peu philosophique dans ce que je recommande. [...] c'est sûr que les gens du MAMR auraient intérêt à connaître un peu plus ce qu'on fait, mais est-ce que je peux leur faire le reproche de ne pas le savoir? Je pense que difficilement, parce qu'ils en ont dix-huit pareils, ils en ont dix-sept autres que moi puis moi je ne peux pas dire que j'en sais plus qu'eux autres. Ça fait que je pense que ce serait injuste de leur demander ça. »

Selon un répondant, le manque de clarté des orientations gouvernementales du MSSS en matière d'aménagement du territoire nuirait à la prise en compte des commentaires de santé publique par le MAMR¹⁸.

« En fait le problème ce n'est pas nécessairement la MRC, mais c'est peut-être plus au niveau du MAMR qui eux se permettent un élagage très important. J'ai l'impression des fois qu'ils ne considèrent pas nécessairement les préoccupations de santé publique dans leur analyse. Il faudrait même peut-être remonter plus loin que le MAMR, c'est-à-dire de voir, en fait de revoir les orientations du Gouvernement en matière d'aménagement. [...] J'ai l'impression que si notre message passait mieux au niveau du MAMR, il retournerait finalement sur la table des MRC. »

À l'inverse, un intervenant impliqué depuis longtemps dans le processus de révision des schémas d'aménagement mentionne que certains gains majeurs ont été obtenus grâce à l'implication des DSP dans le processus. Tel est le cas pour certains thèmes considérés

¹⁷ À ce propos, le MAMR compare les leviers légaux ou encore les politiques ou les programmes existants du MSSS à ceux du ministère de l'Éducation, c'est-à-dire dont les pouvoirs sont très faibles.

¹⁸ Le MAMR partage cette opinion et est d'ailleurs en processus de consultation des différents ministères en termes de clarification des attentes ministérielles.

maintenant comme du contenu obligatoire, comme par exemple la prise en compte des zones susceptibles d'embâcles, la mention des établissements à risques technologiques majeurs, la préoccupation du bruit routier.

Processus d'intégration des commentaires santé aux schémas des MRC

Deux tendances ressortent des entrevues réalisées au près des répondants en santé environnementale. En premier lieu, il semblerait que l'attitude des MRC face aux commentaires émis dans les avis de santé publique soit directement liée au type de discours et à la nature même des commentaires. Selon les répondants, les commentaires ont plus de chance d'avoir des impacts sur les SAD lorsqu'ils sont transposables à l'aménagement du territoire, qu'ils tiennent compte de leurs contraintes et qu'ils correspondent à une problématique inhérente au milieu.

« Je pense que le défi pour nous, c'est de ne pas parler de choses flyées, mais concrètes, qui s'appliquent à eux autres. C'est pour ça que connaître le territoire est un atout. Pas juste dire des grandes patentes théoriques qui pourraient s'appliquer à tout le monde. Faut que ça s'applique chez eux. En fait, ce serait le meilleur moyen d'avoir un impact. »

« Je pense que de façon générale, ils trouvent que les commentaires ne sont pas nécessairement concrets. Ou ils nous voient jamais dans leurs relations habituelles et puis tout d'un coup, il y a quelqu'un qui a un diplôme quelconque qui dit, qui joue d'« opinionisme ». Parfois ils vivent des subtilités beaucoup plus grandes que ce qu'on pense nous détenir comme vérités et puis ils vont seulement sourire de notre commentaire. »

Selon certains répondants, les MRC ne demandent pas mieux que d'être à l'écoute des recommandations de la santé publique, à condition que la problématique soit bien étayée par une évaluation du risque ou bien parce que les effets sur la santé sont démontrés et graves (présence d'une substance cancérigène, par exemple). La sensibilité des MRC à certaines problématiques sanitaires plutôt qu'à d'autres serait probablement tributaire des sujets médiatisés (effet mode), selon un répondant.

En second lieu, les caractéristiques du personnel affecté au schéma d'aménagement au sein des différentes MRC auraient une influence certaine sur ce qui est retenu ou non. Par exemple, un urbaniste portera toujours plus d'intérêt aux commentaires de santé publique qu'un secrétaire-trésorier qui doit gérer la plupart des tâches de la direction.

« [...] le secrétaire-trésorier dans une municipalité il a beaucoup de chats à fouetter. Dans une petite municipalité, c'est l'homme à tout faire. Probablement moi je pense que les urbanistes effectivement dans les MRC ont plus de sensibilité à la cause santé publique qu'un secrétaire-trésorier d'une municipalité et à ce titre-là, ils vont être capables d'influencer la municipalité. Mais ça c'est la réalité de notre territoire parce qu'on a des petites municipalités, là. Dans d'autres territoires, c'est probablement différent. »

Stratégies développées avec la MRC

Les manières de faire dans le dossier des schémas d'aménagement varient de façon importante d'une région à l'autre. De manière générale, deux approches distinctes coexistent. L'approche officielle tout d'abord, consiste à respecter scrupuleusement les dernières directives de santé publique (2003) sans échanger avec les MRC. Les répondants qui travaillent ainsi observent des impacts positifs lorsqu'il s'agit de sujets devant obligatoirement figurer dans les schémas d'aménagement, mais les impacts sont nuls lorsque leurs commentaires concernent du contenu facultatif.

« Depuis en fait 2003, depuis qu'on se concentre seulement sur les trois points qui nous sont proposés dans le projet de directives du MSSS. Je dirais qu'aujourd'hui à peu près tout ce qu'on présente en fonction de ces trois points-là est généralement retenu. Principalement au niveau des établissements de santé, des équipements de santé là sur le territoire. Ça c'est systématique, ils le retiennent tout le temps. Et sur la question des prises de captage d'eau, ça aussi c'est systématique, ils le retiennent tout le temps. Au niveau des contraintes anthropiques l'autre point qui est amené dans le projet de directives du MSSS, ça c'est plus délicat. Pourquoi c'est plus délicat tout simplement c'est parce que c'est un contenu facultatif au SAD et puis que je pense que le MAMR n'insiste pas trop sur cette question-là. Alors même si, et puis c'est un petit peu navrant, même si on apporte un argumentaire sérieux fondé sur des données vraiment très précises. Souvent ils ne retiennent pas ces éléments de contraintes anthropiques-là. »

La seconde approche, consiste à utiliser la voie informelle dans ses relations avec la MRC. Les répondants qui utilisent le canal plus direct avec les MRC, estiment que leur intervention est plus pertinente et efficace en bout de ligne. De cette façon, le fait que les intervenants émettent des commentaires faisant référence à du contenu obligatoire ou facultatif semble avoir beaucoup moins d'influence sur l'attitude des MRC qu'elle n'en a sur l'attitude du MAMR.

« C'est sûr que quand on s'en tient seulement à l'approche traditionnelle où ça arrive en fin de parcours, surtout depuis que le MAMR a demandé au MSSS de s'en tenir seulement vraiment à des questions de santé physique qui peuvent être documentées [...] C'est sûr que ça enlève beaucoup d'influence qu'on peut avoir. Alors qu'à l'opposé, quand t'es dans une équipe, c'est que tu sers d'expert en même temps. T'apportes l'idée de la santé publique mais tu sers en même temps d'expert. Ils vont te demander : "mais ça, est-ce que c'est vraiment grave ou est-ce que ce n'est pas vraiment grave? À quel point ça peut être grave telle ou telle affaire?" »

« [...] je pense que c'est important là-dedans effectivement de connaître le territoire et de connaître bien les personnes, les nouvelles idées. [...] au lieu de s'enfermer dans sa tour d'ivoire c'est échanger avec les personnes qui sont sur le terrain, et vérifier s'ils trouvent ça intéressant, si ça a du sens. [...] Si tu fais un avis après les avoir consultés, ou ils vont t'écouter beaucoup plus, ou ils vont l'assimiler plus que si tu ne l'as pas fait. »

Les stratégies de diffusion utilisées

Deux tendances se dégagent dans le mode de fonctionnement des répondants. Tout d'abord l'utilisation de la voie formelle passant par le MAMR, souvent décrite comme inefficace quand les répondants s'y restreignent :

« [...] la manière formelle c'est que le MAMR récolte les projets de SAD et les envoie pour consultation aux différents ministères. Ça s'en va au MSSS, le MSSS l'envoie à la DSP, puis dans la santé publique, je ne sais pas pourquoi, ça tombe en santé environnementale. Cette manière formelle-là, si c'était rien que d'elle là, ce ne serait pas très efficace. Parce que ça arrive trop tard dans le processus¹⁹. »

Puis, il y a la voie informelle, par les MRC, qui semble être plus fructueuse pour la santé publique :

« [...] C'est vraiment une toute autre approche. C'est parce que, à mon avis, c'est beaucoup plus profitable, non seulement pour la santé environnementale, mais c'est comme si on soutient une communauté dans l'appropriation de ses pouvoirs. »

D'ailleurs, au cours du processus de révision des SAD, certains répondants jugent opportun d'acheminer leurs commentaires aux MRC avant ou après la production de l'avis gouvernemental du MAMR, surtout lorsqu'ils considèrent que certains sujets spécifiques au territoire sont d'importance capitale en matière de santé publique :

« [...] si je juge qu'un commentaire après examen de l'avis gouvernemental, qu'un commentaire que moi je jugeais d'importance, entre autres sur les contraintes anthropiques, et que ce commentaire-là n'a pas été retenu par le MAMSL. Alors là oui je vais transmettre encore aujourd'hui une copie du document à la MRC. Pis ça c'est surtout quand il y a des contraintes anthropiques importantes qui sont notées sur le territoire. »

Enfin, plusieurs soulignent l'importance de développer et d'entretenir des relations interpersonnelles avec ses partenaires afin de « faire sa place ».

Visibilité de la santé publique à l'échelle locale

En lien avec les approches décrites précédemment, les professionnels rencontrés observent que l'impact de l'implication de la santé publique dans la révision des schémas d'aménagement des MRC est aussi tributaire de la place et de la visibilité que la santé publique a en matière de développement local et d'aménagement du territoire. Or, celles-ci sont quasiment inexistantes et dépendent de plusieurs facteurs prédisposant que toutes les DSP ne partagent pas.

¹⁹ Actuellement, les demandes de commentaires sont envoyées directement au professionnel identifié dans chacune des DSP.

« Je pense que si on avait eu ce travail fait en amont, le travail massif d'information et de promotion finalement de la santé publique dans le cadre de l'aménagement du territoire auprès des MRC, ça aurait peut-être été plus profitable. »

« [...] mon point de vue, c'est que notre potentiel d'influence est sous-exploité, on n'est pas assez fréquemment là pour être crédible. Ils ne nous voient pas dans leurs rêves. Quand ils font des soirées, on n'est pas là. Donc tout d'un coup, ils voient notre nom : Ah! Tiens... »

Cadre législatif de la santé publique en aménagement du territoire

Certains répondants ont fait référence au faible pouvoir d'intervention que connaît la santé publique dans ce dossier, en partie due à l'absence de cadre réglementaire et législatif. Plusieurs ont l'impression de dépenser beaucoup d'énergie sans que celle-ci soit justement récompensée. Le manque de cadre législatif et réglementaire ainsi que la méconnaissance des lois en matière d'aménagement du territoire sont sans contexte le « talon d'Achille » de la santé publique.

« [...] on n'arrive pas en disant vous devez faire ceci, cela, vous êtes conforme oui, non, oui un peu... Donc c'est sûr [...] On passe des messages qui ne sont pas basés sur des exigences réglementaires, normatives ou autres. Donc, c'est un peu des grands messages, ça ne les intéresse pas vraiment donc on l'enlève. »

5.3.3. IMPACT SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Même si les professionnels de santé environnementale affectés au dossier exercent leur travail de révision des schémas d'aménagement dans des conditions relativement diverses, tous en retirent une certaine satisfaction et sont conscients de la plus-value apportée par cet exercice. En effet, lors des entrevues réalisées auprès d'eux, les répondants ont mentionné de nombreuses retombées sur leur pratique en tant que professionnel.

Connaissances plus profondes du territoire

La lecture des documents préparés par les MRC constitue une mine de renseignements. Elle favorise l'acquisition d'une meilleure connaissance générale du territoire et des problématiques particulières au milieu qui autrement resteraient inconnues (par ex. gestion des déchets).

« Ça nous donne une meilleure connaissance du territoire. Et moi je trouve ça fondamental parce que c'est ça que je fais au quotidien : aller sur le territoire, communiquer le risque, régler des conflits souvent. C'est ça l'essentiel de mon travail. Ça fait que mieux je connais le territoire, mieux c'est pour moi [...]. »

« Pour nous ça peut être une mine d'information importante là. On en apprend beaucoup sur des dossiers soit de gestion de déchets ou problématique de l'eau, des choses qu'on n'aurait jamais sues autrement que par ces schémas-là. »

De plus, ce lien spécifique au territoire permet une plus grande sensibilité aux problèmes en émergence sur le territoire, facilite le recul par rapport aux intérêts habituels qui sont parfois trop concentrés autour du territoire immédiat de la DSP. Cette meilleure connaissance du territoire offre ainsi l'opportunité de revoir ses priorités et d'améliorer l'équité à l'échelle régionale.

Collaboration inter-équipe vs inter-direction

L'implication des répondants en santé environnementale depuis le début du processus de révision des SAD a fait émerger le besoin grandissant de concerter les autres équipes au sein de leur propre organisation pour être en mesure de répondre aux valeurs globales de la santé publique.

« [...] la prochaine fois qu'il va y avoir des vagues de schémas d'aménagement, je vais essayer d'impliquer le plus possible [...] les gens de la Promotion-prévention. Par exemple, l'aménagement du territoire ça a des conséquences énormes sur l'activité physique, la bicyclette, la marche, si les dépanneurs sont à distance de marche [...] À (ville) on a insisté pour qu'ils fassent des rénovations dans certains quartiers pauvres. C'est sûr qu'il y a la question des moisissures, mais il y a une question aussi de milieu d'appartenance. Donc essayer d'intégrer d'autres aspects de la santé publique autres que la santé environnementale. »

Le travail effectué auprès de l'Agence dans le cadre de la mise à jour de la liste des établissements de santé et de services sociaux à prévoir dans les schémas d'aménagement des MRC offre aux répondants une certaine visibilité et la possibilité de mieux connaître le point de vue de l'Agence.

« [...] et puis on a un regard sur ce que fait l'Agence, que l'Agence n'a pas sur ce que les autres font. [...] moi j'essaie le plus possible d'être collé à leur réalité. »

Création d'un canal de communication à l'externe

Pour certains des professionnels de santé publique rencontrés, l'implication de la santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement des MRC représente un excellent exercice de visibilité en offrant l'opportunité de diffuser des messages de santé publique et de sensibiliser les partenaires locaux aux préoccupations régionales.

« [...] il y aurait matière donc à faire un travail de sensibilisation auprès des MRC encore aujourd'hui. Parce qu'on sait très bien qu'un schéma ce n'est pas quelque chose qui est hermétique, qui est final pour dix ans puis c'est un carcan. Ce n'est pas vrai, ce n'est qu'un cadre finalement d'aménagement pour le territoire mais on peut le modifier parfois. Et je pense que ce serait encore temps de présenter nos préoccupations finalement à une grande table des MRC, peut-être via la FQM, Fédération québécoise des municipalités qui accueille aussi toutes les MRC du Québec. »

« Ça me donne aussi l'impression que quand même on peut donner des commentaires à la MRC une fois de temps en temps. Ou dire « regarde, il y a peut-être une occasion-là que vous pourriez saisir pour faire telle chose ou telle autre chose ». Moi je pense qu'on peut passer des messages de santé publique via ce canal-là. [...] »

Cet exercice occasionne des échanges ponctuels avec les autres ministères participants à la révision des schémas d'aménagement et permet aux professionnels de se mettre à jour sur les nouveaux dossiers, les nouveaux règlements et les nouvelles lois (ceux du ministère de l'Environnement en particulier).

« [...] c'est une occasion effectivement de reparler à nos collègues des autres ministères et de suivre ce qu'ils font. Exemple les nouveaux règlements du ministère de l'Environnement, ou au niveau de la sécurité civile où aussi ça change beaucoup avec la nouvelle loi, etc. Donc ça permet de suivre ça parce que notre temps est quand même limité. C'est des opportunités d'échanger avec ces gens-là. »

De plus, le dossier des schémas d'aménagement est l'occasion unique d'échanger avec les partenaires locaux et d'initier une relation avec les MRC.

« [...] profiter du PSAR pour entrer en interlocution sérieuse avec les gens des MRC. Parce qu'ils s'aperçoivent qu'on est quand même des répondants de niveau ministériel sur un projet qui est leur bébé le plus précieux. Ben là comme interlocuteur accrédité, on devient comme admissible, je dirais qualifié pour leur parler. Alors si on se sert de ce tremplin-là pour maintenir la qualification d'interlocuteur ministériel ou interministériel avec eux, aie ! On est en affaire. [...] On a un beau potentiel, par les PSAR, d'initier une belle relation. »

L'exercice de révision nécessite parfois de dépasser les intérêts habituels concentrés sur une MRC ou encore sur le territoire couvert par la DSP.

« Ce qui est particulier c'est que maintenant quand tu donnes un commentaire pour une MRC, ça ne se limite pas juste à leur territoire, dans le fond... l'influence du réseau de santé. [...] Donc c'était important pour moi de savoir pour dire : « Regarde-là, maintenant t'as des établissements oui, mais il y a une nouvelle façon de gérer la santé sur ton territoire. Puis le conseil d'administration des établissements - maintenant on appelle ça des installations - qui sont sur ton territoire, il n'est pas dans ta MRC, il est dans la MRC d'à côté. Mais dans le fond quand même, il intervient sur ta MRC. Tout ça pour dire que je m'aperçois que de plus en plus, on a un impact. »

6. DISCUSSION

Si la participation au processus de révision des schémas d'aménagement est vue par la plupart des intervenants consultés au cours de cette étude comme une opportunité incontournable de faire connaître des enjeux de santé publique, pour plusieurs, l'exercice est, dans les faits, un parcours semé d'embûches. Certaines de ces difficultés relèvent du contexte organisationnel, ou encore du milieu professionnel dans lequel les intervenants de santé environnementale évoluent. D'autres embûches sont intrinsèquement liées à la priorité accordée au dossier par les différents intervenants du milieu de la santé impliqués dans ce dossier. Ceci se reflète également par une participation au processus de révision dont l'intensité varie grandement d'une année à l'autre selon le personnel de DSP impliqué ou du leadership assumé par le MSSS. Le dossier «Aménagement du territoire» fait-il partie des dossiers prioritaires ou est-il relégué aux formalités administratives pour le réseau de santé publique? La présente évaluation, attendue par les professionnels de santé environnementale des DSP et par la Direction générale de la santé publique (DGSP), devrait apporter quelques éléments de réponses.

Un constat fait consensus parmi les intervenants du dossier schéma d'aménagement rencontrés : l'aménagement du territoire exerce un rôle primordial sur la santé de la population. Il semble donc clair que la santé publique doit profiter de cette tribune pour identifier les problématiques de santé potentielles, proposer des interventions ou des actions appropriées tout en respectant les valeurs fondamentales de santé publique. Ainsi, les professionnels rencontrés tout au long de cette étude adhèrent à la philosophie traditionnelle de la promotion de la santé (qui se confond avec celle de la santé publique) telle qu'énoncée dans la Charte d'Ottawa qui réaffirmait en 1986 le rôle crucial joué par l'environnement comme déterminant de la santé. Cette philosophie qu'on désigne « au fil des ans sous les appellations d'hygiène publique, santé publique, santé communautaire et plus récemment, nouvelle santé publique (Ashton & Seymour 1998, Martin & McQueen 1989), santé des populations (Evans *et al.* 1996) ou santé publique écologique (Chu & Simpson 1994, Kickbush 1989) » (cités dans O'Neil 2002) représente ainsi la toile de fond du travail des professionnels de santé environnementale. Ces derniers réalisent très bien l'opportunité offerte de « faire de la santé publique » dans le dossier des schémas d'aménagement. Cependant, les stratégies spécifiques sur lesquelles se fondent les pratiques de la promotion de la santé, qu'on pense par exemple à l'éducation sanitaire, au marketing social, à la communication persuasive, à l'action politique, à l'organisation communautaire ou encore au développement organisationnel (O'Neil 2002), semblent, dans le concret, peu appliquées dans le cadre du travail associé à l'examen des schémas d'aménagement. Néanmoins, la principale stratégie utilisée par les intervenants de santé publique dans ce dossier et pouvant être considérée comme une amorce à l'action politique est la prise de parole que s'accorde la santé publique lorsqu'elle se prononce sur les documents municipaux tout au long du processus de révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC.

Mais que peut-on répondre à la question de départ : la participation de la santé publique à la révision des schémas d'aménagement, est-ce que ça donne quelque chose? Les efforts déployés sont-ils suffisants pour influencer le contenu du schéma d'aménagement adopté?

Quels sont les efforts investis par la santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement?

Pour répondre à cette première question, nous avons examiné les efforts qui ont été déployés par le réseau de santé publique, en particulier de la part des équipes de santé environnementale des DSP et de la direction responsable du dossier au MSSS, principaux acteurs dans ce dossier. Cet effort est modulé selon les spécificités des étapes de révision.

Quelques difficultés identifiées

Le dossier des schémas d'aménagement constitue un dossier commun à toutes les DSP. La manière et l'aisance à répondre à la commande du MSSS – et contribuer à l'avis gouvernemental – varient grandement d'une région à l'autre et ce, même si les ressources humaines et financières rattachées à l'émission de commentaires sont relativement similaires et minimales. En effet, il n'existe pas de ressources spécifiques attribuées à la réalisation de cette tâche, ce qui a conduit dans certains cas à un roulement de personnel. D'autres facteurs semblent toutefois en jeu dans sa réalisation. Par exemple, le fait d'avoir les compétences de base (formation adéquate et connaissance du territoire) semble un élément primordial dans la facilité à réaliser le travail, c'est-à-dire à porter un jugement professionnel sur le schéma d'aménagement dans une optique de santé publique. Ce facteur influence au plan personnel le sentiment d'effectuer un travail satisfaisant malgré le fait que ce dossier n'est pas nécessairement considéré, de manière générale, comme un dossier emballant. Des habiletés personnelles particulières favorisent également l'exécution du mandat (capacité à s'impliquer, prendre sa place au sein de l'ensemble de son territoire, capacité à créer et à entretenir des liens avec les MRC, les municipalités et les autres ministères, habiletés politiques, etc.).

Le manque de ressources (temps, personnel, outils) accordées au dossier, la difficulté à collaborer avec d'autres équipes de la direction de santé publique et de l'agence ainsi que l'attitude de quasi-indifférence ressentie par les responsables du dossier de la part de certains gestionnaires (perçu souvent comme un « mandat administratif ») représentent des indices de la faible reconnaissance accordée à ce dossier au MSSS, dans les DSP et à l'intérieur des agences. Cette attitude contribue de plus à rendre ce dossier peu valorisant pour plusieurs des professionnels impliqués. On ne peut nier le manque d'organisation de l'ensemble du processus. À la lumière de cette analyse, on peut faire l'hypothèse que l'une des raisons expliquant cet état de fait serait due au cheminement de la demande initiale. Cette demande de participation à l'avis gouvernemental (un engagement ministériel du MSSS auprès du MAMR) origine de la Direction de la protection de la santé publique pour atterrir directement sur le bureau du responsable du dossier des schémas d'aménagement à la DSP. La confusion dans les mandats qui a prévalu depuis le début de cette participation ainsi que l'instabilité du processus ont grandement contribué à limiter l'impact. Ces mêmes facteurs expliquent aussi probablement les difficultés à interpréter des tendances régionales et temporelles. L'absence d'orientations ou de directives ministérielles entérinées par les autorités compétentes visant à clarifier le contexte et le type d'implications de la santé publique au processus de révision des schémas d'aménagement ne permet ni d'encadrer, ni d'officialiser la démarche de consultation à l'échelle régionale.

Par ailleurs, le professionnel qui reçoit la demande doit alors amorcer lui-même la démarche auprès des collègues des autres équipes de la DSP s'il choisit d'intégrer des commentaires hors du champ traditionnel de la santé environnementale. Il ne s'agit pas là d'une démarche facile pour la plupart, car à l'intérieur des DSP, différentes cultures cohabitent en parallèle au sein des équipes. Comme le souligne Crozier Kegler et Miner (2004), la logique du travail en santé environnementale (protection) et celle de la promotion de la santé sont à l'opposé l'une de l'autre, ce qui ne facilite pas l'établissement de partenariats durables. Butler & Friel (2006) déplorent le fait que le travail des professionnels de santé publique soit axé sur leurs champs disciplinaires respectifs et que les incursions vers d'autres territoires d'expertise soient rares et peu encouragées. Dans le même sens, Laberge, Morisset et Imbleau (2007) rappellent que le développement de la santé publique est marqué et façonné par ces deux logiques différentes, l'une davantage normative, l'autre plus politique.

Différentes étapes, des efforts manifestes

Quant à l'effort de réponse de la santé environnementale tel que mesuré quantitativement, les données révèlent une réponse à la contribution à l'avis gouvernemental sur le schéma d'aménagement relativement bonne (61,7 %). Elle est à son maximum au début du processus de révision des schémas d'aménagement (96,8 % au DOR et 84,2 % au PSAR) et chute lors des étapes suivantes. Cette situation s'explique probablement par le fait que les étapes du DOR et du PSAR sont considérées par les intervenants comme étant les plus décisives et les plus déterminantes quant à la tournure que prendra l'étape finale, à savoir l'adoption du schéma révisé. L'étape du DOR permet de discuter, en amont du processus, des orientations que souhaite prendre une MRC (DOR) avant que celle-ci dépose son projet de schéma d'aménagement (PSAR) au MAMR. À l'étape du DOR l'utilisation de la voie informelle telle que décrite plus tôt dans l'étude prend alors toute sa raison d'être. Le haut taux de participation à ces deux étapes est dû en grande partie à l'investissement personnel des professionnels de santé environnementale chargés du dossier (souvent une seule personne au sein de la DSP).

Le fait que la réponse de la santé publique diminue au fil du processus de révision des SAD peut s'expliquer par d'autres raisons : dossier sans éclat, « administratif », isolement dans le dossier, essoufflement du personnel, peu de reconnaissance politique. De plus, certains objets de modifications étant sans intérêt pour la santé publique, ils sont laissés sans réponse (ce qui diminue d'autant le taux de réponse). Quant à la variation de la participation selon les années étudiées, elle est plus difficile à expliquer à partir des données recueillies. Plusieurs raisons sont probablement en jeu : les ressources allouées au dossier, l'évolution des relations avec les MRC, les orientations gouvernementales, etc.

De manière générale, le fait que le processus de révision des SAD implique plusieurs étapes, ce qui rend l'exercice lourd et complexe, contribue à limiter l'implication des professionnels chargés du dossier.

Toutefois, l'exercice ne s'arrête pas là. En effet, la MRC dispose d'un outil de contrôle du développement de son territoire très puissant : le règlement de contrôle intérimaire. Celui-ci peut s'appliquer à deux moments : 1) entre le moment où la MRC a mis en vigueur son nouveau SAD et que les municipalités aient rendu leur plan et règlements d'urbanisme

conformes aux nouvelles exigences du schéma (dans les deux ans suivant la mise en vigueur du SADR) et 2) pendant la révision du SAD, si la MRC le souhaite, afin d'accélérer les modifications de son schéma. L'ensemble de ces documents est régi par le même processus de consultation, c'est-à-dire que le MAMR doit se positionner sur le contenu des ces documents (contenu obligatoire vs. facultatif) en motivant ses objections (dire ce qui ne fonctionne pas, pourquoi ça ne fonctionne pas et proposer des pistes). La MRC est alors libre de poursuivre sa requête : soit elle abandonne ses modifications ou règlements, soit, elle applique les recommandations gouvernementales pour que son projet puisse voir le jour. Elle est alors contrainte d'appliquer à la lettre les recommandations formulées sur du contenu obligatoire (orientations gouvernementales du MAMR). Parfois, les MRC émettent tellement de documents de modification de leur schéma d'aménagement (ex. modification de SAD ou RCI), que le MAMR est lui-même débordé. Ce contexte fait en sorte qu'il existe une possibilité que les intervenants des DSP ne reçoivent pas l'ensemble des documents pour consultation (contrairement au MAMR). Parfois, à l'inverse, ils en reçoivent tant (tel est le cas des RCI) qu'ils ne sont plus en mesure de répondre efficacement à la demande. Le faible taux de réponse attribuable aux RCI (9 %) témoigne de cette particularité du processus de consultation.

Nous devons donc considérer deux réalités d'intervention : une qui fait référence à la participation de la santé publique au processus de révision des SAD des MRC et une autre qui repose sur la réponse de la santé publique aux RCI des MRC²⁰. Rappelons que le contexte légal entourant les RCI représente un outil de contrôle du développement tant résidentiel, industriel qu'agricole pour les MRC, une fois le nouveau SADR en vigueur. Il permet « donc d'agir immédiatement dans l'aménagement du territoire afin d'empêcher l'amplification de certains problèmes » (site Web MAMR). La pertinence de répondre assidûment aux RCI demeure une question qui ne fait pas l'unanimité au sein des DSP. En effet, certains considèrent la réponse à ces règlements comme prioritaire alors que d'autres la perçoivent comme moins prioritaire en raison des faibles ressources disponibles et de la lourdeur de la tâche à accomplir. Dans les faits, aucune directive ne balise actuellement le traitement de ces demandes, la priorité étant plutôt accordée aux documents liés directement aux SAD²¹.

À la lumière de ces constats, il semble que les moyens et les ressources limités mis à la disposition des équipes de santé environnementale pour contribuer à la consultation chapeautée par le MAMR laissent présager d'une certaine incohérence entre les objectifs recherchés et les moyens mis en œuvre. La lourdeur et la complexité du processus de consultation contribuent à atténuer l'enthousiasme des professionnels.

²⁰ Une MRC peut proposer autant de RCI qu'elle le souhaite, à partir du moment où elle désire apporter des modifications à l'aménagement de son territoire pendant la période de révision de son SAD ou avant que les municipalités n'aient rendu conforme leurs plans et règlements d'urbanisme. Une DSP peut donc en recevoir en grand nombre sans disposer des ressources et des moyens nécessaires pour répondre à la demande.

²¹ Information provenant des commentaires émis par un intervenant de santé publique longuement impliqué dans le dossier des schémas d'aménagement.

La participation au processus de révision des schémas d'aménagement a-t-elle un impact sur le contenu du schéma d'aménagement adopté?

Cette section tente de répondre aux deux questions fondamentales posées par les professionnels impliqués dans le dossier de révision des schémas d'aménagement : l'avis rédigé par la santé publique a-t-il des répercussions sur le schéma d'aménagement révisé adopté par la MRC? Quel bilan peut-on dresser de cette implication? C'est pour répondre à ces deux interrogations que dans un premier temps, l'impact des interventions sous forme de commentaires sur l'avis gouvernemental du MAMR et sur le schéma d'aménagement révisé a été quantifié (avec les données du SIGAT). Dans un second temps, les facteurs qui peuvent influencer le résultat final ont été explorés à partir du point de vue des personnes engagées dans ce dossier.

Une portée variable

Avec un impact moyen de 0,64 sur le MAMR et de 0,54 sur les MRC, nous devons admettre que l'impact de la participation de la santé publique à la révision des SAD se solde par un bilan positif puisque plus d'un commentaire sur deux est retenu à la fin du processus de révision. De plus, les résultats obtenus dans l'évaluation ont mis en lumière de nombreuses disparités régionales autant au niveau des impacts mesurés sur le MAMR que ceux mesurés sur les MRC.

Tel que soulevé par plusieurs des répondants et confirmé par le ministère responsable de l'élaboration finale de l'avis gouvernemental, soit le MAMR, l'absence de leviers légal et réglementaire limite la portée des interventions de la santé publique dans ce dossier. Mentionnons que l'inertie qu'a connue ce dossier ces dernières années (adoption d'orientation gouvernementale sur la glace, faible engouement attribué au dossier) s'ajoute comme un facteur limitant l'impact des interventions de la santé publique. Un cadre de travail non propice à la réalisation de la tâche (mandat non reconnu, cloisonnement des équipes de santé publique), une formation inégale et parfois insuffisante dans le domaine de l'aménagement du territoire et de la santé publique limitent probablement la portée des commentaires émis. Enfin, notons que les nombreux changements apportés au processus de consultation et de transmission des avis de santé publique ont probablement influé sur l'impact obtenu.

L'examen des disparités régionales révèle que certaines DSP s'en tirent mieux que d'autres. Le cadre de travail, la formation adéquate, l'expérience, le type de fonctionnement adopté (liens développés et entretenus avec le personnel de la MRC) ainsi que des convictions personnelles et professionnelles sont des facteurs qui améliorent l'impact obtenu. En revanche, le peu d'occasions de partager des expériences, bonnes ou infructueuses, entre les professionnels associés au dossier, contribuent à limiter l'impact obtenu. Ce besoin d'échanges qui touche les aspects de contenu comme tels ainsi que les moyens à mettre en place pour créer des liens avec les MRC et les décideurs en général ressortent nettement des observations recueillies.

Les analyses de contenu des avis en fonction du statut des commentaires émis (obligatoire vs facultatif) et des thèmes abordés (par ex. gestion de l'eau, contraintes anthropiques, conditions générales de l'habitat) ont permis de mieux comprendre le traitement des avis produits par la santé publique effectué par le MAMR et les MRC respectivement, traitement susceptible d'influencer au final, l'impact de la santé publique.

En ce qui concerne l'attitude du MAMR vis-à-vis des commentaires produits par la santé publique, nous avons pu constater que les recommandations effectuées sur du contenu obligatoire sont plus souvent retenues (dans une proportion de 2/3) que celles concernant du contenu facultatif. Il faut ajouter de plus que le tiers des commentaires se rapportant à du contenu obligatoire est bonifié par le MAMR au moment de la rédaction finale de l'avis gouvernemental. Ainsi, la perception des professionnels de santé environnementale quant au fait que le MAMR a tendance à trop élaguer les commentaires émis par les DSP doit être nuancée et questionnée à la lumière des attentes spécifiques des responsables identifiés sur ce dossier dans les DSP.

La manière dont les MRC traitent les avis formulés par les DSP est très intéressante. Nous avons pu remarquer que le traitement qu'elles faisaient des commentaires émis par la santé publique était relativement le même, qu'il s'agisse de commentaires à caractère obligatoire ou facultatif. Ainsi, le statut du commentaire émis semble avoir moins d'impact sur l'attitude d'une MRC que sur celle adoptée par le MAMR. Il semble donc que, dans cette situation, ce soit les efforts déployés et les modes de communication utilisés par les intervenants de santé environnementale avec leurs interlocuteurs de la MRC qui fassent toute la différence. Il semble par ailleurs que les commentaires exprimés par la santé publique aient un impact positif facilité s'ils sont transposables au milieu local et soucieux des enjeux des MRC. Par ailleurs, le langage de la santé environnementale, par exemple le fait de s'exprimer par rapport à un risque (d'exposition ou de maladie) au lieu de parler de problèmes de santé mesurés (avérés) et de surcroît dans sa région, contribuent possiblement à diluer l'effet recherché auprès des MRC. Enfin, rappelons que le mode de transmission des commentaires de santé publique aux MRC a sans doute une influence sur le traitement qu'elles en auront fait.

Au chapitre des thématiques retenues, des différences sont observées entre le MAMR et la MRC. Tel est le cas des thèmes suivants : moyens et infrastructures de transport, harmonisation entre les SAD, gestion de l'eau, contraintes anthropiques et nuisances, contraintes majeures, aménagements récréotouristiques et gestion de l'urbanisation. Par contre, le palmarès des thèmes a révélé que les commentaires portant sur les équipements et les infrastructures industrielles, sur les équipements et les infrastructures de santé et des services sociaux, l'agriculture et les contraintes naturelles suscitaient autant d'intérêt auprès du MAMR que des MRC.

À la lumière des résultats précédents, nous pouvons nous poser deux questions. Premièrement, les orientations gouvernementales actuellement fixées par le MAMR et surtout en matière de contenu devant obligatoirement figurer dans les schémas des MRC ne devraient-elles pas être rediscutées compte tenu de la diversité observée dans le traitement des commentaires émis par la santé publique? Deuxièmement, l'exercice d'homogénéisation des avis issus de la consultation auquel s'adonne le MAMR pour produire son propre avis

gouvernemental n'impliquerait-il pas inexorablement un élagage de tous les commentaires portant sur des contenus facultatifs?

D'autres aspects qui semblent jouer un rôle sur l'impact final sont à souligner. Mentionnons par exemple l'intérêt que portent les MRC à la santé publique dans son ensemble, la nature des enjeux politiques et économiques territoriaux ou encore les contextes social et sanitaire dans lesquels une MRC peut s'inscrire à un moment de son histoire. À ce stade-ci de la discussion, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses issues des entrevues réalisées auprès des professionnels de santé publique et non du personnel municipal chargé de l'élaboration des SAD que nous n'avons malheureusement pas eu l'opportunité d'interroger. Nous pouvons toutefois retenir qu'une présence forte de la santé publique régionale, identifiée comme un véritable partenaire, contribue à améliorer de manière générale la crédibilité des interventions.

Impact sur les pratiques de santé publique

Au-delà de l'impact final sur les SADR, un impact non négligeable est l'impact de la participation à l'exercice de révision sur les pratiques professionnelles. À ce titre, tous les répondants rapportent des bénéfices qui découlent de la réalisation de cette tâche en termes d'apprentissages divers. L'un d'entre eux concerne l'amélioration des connaissances à propos du territoire étant donné que les schémas d'aménagement représentent habituellement une mine de renseignements utilisables sous diverses formes (cartes, inventaires). Comme certains répondants l'ont souligné, l'implication au processus de révision permet une plus grande ouverture à l'ensemble de son territoire dans toute sa diversité. L'apprentissage se matérialise également dans les rapports entretenus avec les professionnels dans les directions de santé publique, avec les autres partenaires consultés lors de la révision des SAD et les partenaires locaux que représentent les MRC. En ce sens, l'exercice de consultation constitue une plus-value pour les intervenants de santé environnementale rattachés à ce dossier, et ce, même si le milieu professionnel n'est pas toujours favorable à l'exécution de la tâche.

En conséquence, étant donné les différents facteurs pouvant limiter ou faciliter le travail des professionnels de santé environnementale impliqués dans le processus de révision des SAD des MRC, nous estimons que l'impact de cette participation est plus que perceptible autant auprès du MAMR que des MRC, mais qu'il n'est pas à la hauteur des espérances des intervenants de santé publique conscients de l'importance capitale de la contribution de la santé publique en matière d'aménagement du territoire.

7. CONCLUSION ET PISTES

La participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les municipalités régionales de comté (MRC) et les communautés urbaines constitue l'une des activités identifiées dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP). La réalisation de cette activité est inscrite au domaine de la santé environnementale. Des raisons historiques expliquent l'attribution de ce mandat, délégué de la Direction de la protection de la santé du MSSS, aux équipes de santé environnementale des directions de santé publique, intégrées maintenant au sein des agences de santé et de services sociaux dans les différentes régions du Québec. Les professionnels de santé environnementale impliqués voient cette participation comme une vitrine pour faire (re)connaître l'expertise et les valeurs de santé publique, en particulier auprès du milieu municipal que représentent les MRC. Ils ont manifesté d'ailleurs clairement le désir et l'intérêt à poursuivre dans ce domaine. Mais il apparaissait tout à fait légitime qu'après 10 ans d'efforts, ces derniers s'interrogent sur les impacts concrets de leur intervention.

Depuis 1996, le contexte a toutefois grandement changé, ce qui pourrait influencer les décisions concernant la poursuite de cette activité. D'abord sur la scène québécoise, au plan **politique et légal** en santé, l'entrée en vigueur de l'article 54, l'adoption de la *Loi sur la santé publique* (2002), l'adoption de la *Loi sur le développement durable* (avril 2006), la *Loi sur la sécurité civile* et la stratégie gouvernementale de développement durable s'y rattachant (prévue pour fin 2007) ainsi que l'adhésion du MSSS au Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques en sont quelques exemples. La révision actuelle de la *Loi sur l'aménagement et l'urbanisme* (LAU) et l'arrivée imminente de la 3^e vague de révision des schémas d'aménagement et de développement du territoire ainsi que la mise à jour du PNSP ne peuvent qu'ajouter à la pertinence de réfléchir sur les rôles et les mandats des acteurs impliqués. Enfin, l'adoption du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés à poids 2006-2012 Investir pour l'avenir* complète le tableau de la conjoncture actuelle.

Au Québec, à l'instar de ce qui se passe à l'échelle internationale, de nouvelles préoccupations sanitaires concernant **l'environnement** se sont également ajoutées à celles déjà existantes. Citons par exemple tous les enjeux entourant les changements climatiques et ses impacts sanitaires (chaleur accablante, îlots de chaleur, maladies zoonotiques, risque d'inondation), le développement de nouvelles sources énergétiques (par ex. l'énergie éolienne) ou la création d'environnements favorables à l'activité physique. De plus en plus, les professionnels de santé environnementale des DSP et la Direction de la protection de la santé publique du MSSS sont interpellés dans le cadre de projets ayant des impacts potentiels sur l'environnement afin de mettre en évidence, s'il y a lieu, les risques potentiels pour la santé humaine qui pourraient leur être associés (production porcine, construction de ports méthaniers ou de barrages, etc.). Ces nouvelles réalités sont partagées par de nombreux acteurs socio-économiques de la société.

La récente transformation du réseau de la santé et des services sociaux crée aussi un nouveau contexte pour l'action concernant l'aménagement du territoire. En fait, les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS) investis d'une responsabilité

populationnelle, doivent mettre sur pied des réseaux locaux de services qui font appel à des partenaires publics, privés et communautaires. Ainsi, ces nouvelles instances locales partagent avec d'autres acteurs du territoire, dont les municipalités, une responsabilité populationnelle à l'égard de la santé de la population et doivent concerter leurs actions en vue d'agir sur les déterminants de la santé.

Ces éléments de contexte font en sorte que les intervenants de santé environnementale ont dû et doivent continuellement s'adapter à l'évolution des dossiers. Si le développement de la santé environnementale au Québec au début des années 1980 faisait appel à des professionnels ayant une formation en médecine ou une formation initiale dans le champ de l'environnement entendu au sens strict (air, eau, sol, écosystèmes), la réalité du XXI^e siècle exige inter et multidisciplinarité autour de dossiers régionaux communs.

Dans le dossier particulier du processus de révision des schémas d'aménagement, l'implication de la santé publique a remporté un certain succès en permettant de faire connaître des préoccupations sanitaires et en retour, a contribué à améliorer les connaissances des professionnels de leur propre territoire.

Toutefois, à la lumière des analyses réalisées, nous pouvons conclure que l'impact relatif de la santé publique dans le processus de révision des schémas d'aménagement des MRC a été limité par quatre causes principales, soit :

- 1- La faible reconnaissance accordée au mandat par les instances gouvernementales (MSSS via la DGSP) et les directions de santé publique des agences et ce, aux divers paliers de gestion concernés;
- 2- Le manque de clarté du mandat entourant la gestion du dossier « aménagement du territoire » par le réseau de la santé publique (MSSS, DGSP et DSP);
- 3- Le manque de leviers politiques, légaux et règlementaires;
- 4- Les moyens réduits disponibles pour assumer adéquatement la réalisation du mandat.

En conséquence, différentes pistes ont été identifiées afin d'améliorer l'impact de la santé publique en aménagement du territoire. Notons que certaines de ces pistes ont été proposées par les intervenants de santé environnementale rencontrés.

1. RECONNAISSANCE DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE COMME DÉTERMINANT DE SANTÉ

- Adopter des politiques et des orientations de santé publique sur des enjeux liés à l'aménagement du territoire.
- Bonifier, entériner et diffuser les directives sur la contribution du réseau de la santé à la révision des schémas d'aménagement et de développement des MRC.
- Accroître les échanges avec les MRC et le milieu municipal en général.

2. CLARTÉ DU MANDAT ENTOURANT LA GESTION DU DOSSIER « AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE » EN SANTÉ PUBLIQUE

- Élaborer une directive du MSSS adressée aux agences quant à leur mandat et responsabilités dans le processus de révision des schémas d'aménagement.
- Différencier l'intervention de la santé publique au SAD et au RCI.

3. ATTRIBUTION DE RESSOURCES SUFFISANTES POUR RÉPONDRE ADÉQUATEMENT AU MANDAT

- Valoriser le mandat en donnant aux répondants du dossier les moyens nécessaires à la réalisation de leur travail (temps, outils [p. ex. : guide de commentaires], appuis).
- Mettre en place des activités de formation complémentaires afin de développer des compétences en aménagement du territoire et en santé publique/promotion de la santé (ex. : stratégies de marketing social, communication persuasive, etc.).
- Créer des lieux d'échanges entre les professionnels impliqués dans le dossier, entre les différentes régions et au sein des directions des agences.
- Favoriser l'interdisciplinarité.

Le défi des prochaines années pour les acteurs de santé publique sera de développer des liens de partenariat avec les instances municipales à tous les niveaux (local, régional et national) de manière à mener des actions concertées sur ce déterminant de la santé qu'est l'aménagement du territoire. Les schémas d'aménagement représentent une des cibles à influencer mais cette activité de santé publique devrait tenir compte de nouvelles réalités environnementales et être combinée à d'autres interventions réalisées dans le secteur de la promotion de la santé (par ex. la promotion d'environnements favorables à l'activité physique) pour que les objectifs de santé puissent être atteints.

BIBLIOGRAPHIE

Bélanger, M. (2000). *Évaluation du processus d'émission des commentaires portant sur les schémas d'aménagement. État de situation*. Document non publié, préparé à l'intention de la Table nationale de concertation en santé environnementale.

Bélanger, M. et Bolduc, D.G. (2001) *Commentaires sur les attentes gouvernementales du type « obligatoire » énoncées dans le cadre du chantier sur la consolidation des orientations gouvernementales en aménagement du territoire*, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec.

Bolduc, D.G., Lavoie, M., Bélanger, M., Maurice, P. (1998). Pour un aménagement du territoire favorable à la santé, *Bulletin d'information en santé environnementale*, Volume 9, Numéro 2. Accessible sur le site Web de l'INSPQ à www.inspq.qc.ca/bulletin/bise/1998/bise_9_2.asp?Annee=1998#article.

Bolduc, D.G., Lavoie, M. (1998) *Pour un aménagement du territoire favorable à la santé. Orientation du Ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'aménagement du territoire*. Comité de santé environnementale du Québec, 50 p.

Butler, C.D. et Friel, S. (2006). Time to Regenerate : Écosystems and health promotion. *PLoS Med*, 3(10):e394.

Comité de santé environnementale (CSE) (1996). Les schémas d'aménagement et santé environnementale. Guide d'élaboration des commentaires. Document de travail.

Crozier Kegler, M., Miner, K. (2004). Environmental Health Promotion Interventions : Considerations for Preparation and Practice, *Health Education & Behavior*, 31(4):510-525.

Laberge, A., Morisset, J. et M. Imbleau (2007). Le Programme national de santé publique. Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre. Direction de santé publique de l'Agence de la Capitale nationale et Institut national de santé publique du Québec, 36 p. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/639-LectureStrategique.pdf>

Ministère des Affaires municipales (1994). *Les orientations du gouvernement en matière d'aménagement du territoire*, 70 p.

Ministère des affaires municipales et des Régions. www.mamr.gouv.qc.ca/amenagement/outils/amen_outi_plan_sche.asp (page consultée le 21 décembre 2006).

Ministère des Affaires municipales et des Régions. www.mamr.gouv.qc.ca/amenagement/outils/amen_outi_regl_mes.asp (page consultée le 21 décembre 2006).

Mucchielli, A. (sous la direction de) (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris. Armand Colin.

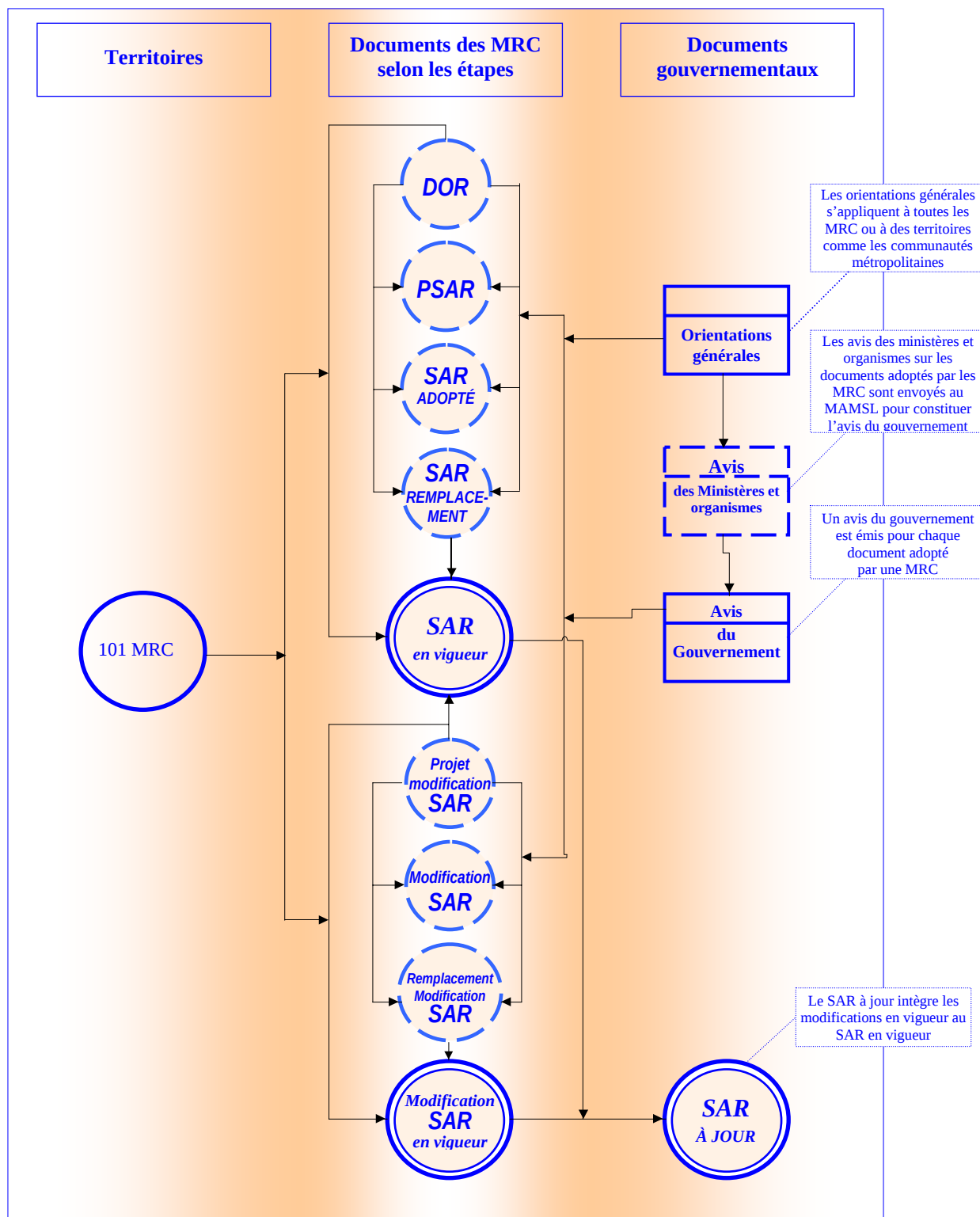
O'Neill, M. (2002). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? In *Soz.-Präventivmed*, 48 :317-326.

Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Chapitre 2. Dans Mayer *et al.*, 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaëtan Morin Éditeur.

ANNEXE 1

STRUCTURE DES DOCUMENTS DES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPEMENT RÉVISÉS

ANNEXE 1 STRUCTURE DES DOCUMENTS DES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT RÉVISÉS²²



²² Diagramme tiré de Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, *SIGAT Texte, Les Bases de données textuelles et leur contenu, Guide de l'utilisateur, Version 1.1*, p.9.

ANNEXE 2

BILAN GÉNÉRAL DU SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION EN AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (SIGAT)

ANNEXE 2 BILAN GÉNÉRAL DU SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION EN AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (SIGAT)

MRC par région	DOR	Comm. DSP	PSAR	Comm. DSP	SAD révisé	Comm. DSP	Remplac. de SAD adopté	Comm. DSP	Projet de modif. du SAD	Comm. DSP	Modif. du SAD	Comm. DSP	Remplac. de Modif. du SAD	Comm. DSP	SAD en Vigueur
1. Bas Saint-Laurent	Kamouraska <i>Matane</i> <i>La Matapédia</i> Témiscouata La Mitis Rimouski-Neigette	1994-11-23 1994-10-11 1994-05-11 1994-12-12	1995-01-13 1996-11-25 1996-11-25 1996-11-26				2001-05-09	2001-06-18							X X
2. Saguenay-Lac-Saint-Jean	Maria-Chapdelaine			2000-02-09	2000-05-24										
3. Québec	Charlevoix-Est Québec Portneuf Charlevoix <i>L'île d'Orléans</i> <i>La Jacques-Cartier</i>	1994-04-26 1995-08-22 1994-07-20	1994-06-28 1995-09-06 1996-11-27	1998-08-25 2001-02-27 2001-06-20 1997-08-13 1997-10-01	1998-12-01 2001-05-10 2001-09-24 1997-10-01										
		1997-04-08	1997-11-01	1999-05-05 1998-01-28	1999-09-13 1998-04-01	juil-00 2002-08-21	2000-10-12 2002-10-15								X X
4. Mauricie	La Tuque Mékinac Shawinigan <i>Maskinongé</i>	1994-03-30 1994-11-23 1994-12-14 1994-05-11	1994-05-27 1996-11-27 1996-11-28 1996-12-06	1997-08-21	1997-12-17										X
5. Estrie	<i>Le Granit</i> Le Val-Saint-François <i>Coaticook</i>	1994-08-17 1994-10-19 1994-06-16	1994-09-21 1994-11-20 1996-12-06	1996-02-21	1996-03-12						2003-08-20 2003-08-20	2003-10-17 2003-10-15			X X
7. Outaouais	Gatineau <i>Pontiac</i> La Vallée de la Gatineau <i>Les Collines de l'Outaouais</i>	1994-09-26 1994-04-20	1996-12-11 1996-12-16	1996-11-27 1997-02-26 1996-10-29	1997-02-26 1997-01-09		2000-10-23 2000-12-15								X X
8. Abitibi-Témiscamingue	Abitibi Vallée de l'Or Rouyn-Noranda Abitibi-Ouest Témiscamingue	1994-04-13 1995-05-17	1994-05-27 1996-12-16	1997-03-19 2001-01-17 2001-06-13	1997-06-26 2001-04-30 2001-08-22	2004-04-21	2004-06-11								
9. Côte-Nord	Manicouagan La Haute Côte-Nord Minganie Sept-Rivières	1995-06-14 1996-10-22 1997-04-11	1996-12-11 1997-03-01 1997-07-30												
11. Gaspésie Îles de la Madeleine	La Haute-Gaspésie <i>La Côte de Gaspé</i> Avignon Bonaventure	1995-10-10 1994-11-09	1995-12-01 1996-11-22	2004-04-13 juin-00 2004-03-30	2004-07-22 2000-08-28 2004-06-21										X
12. Chaudières-Appalaches	<i>L'Amiante</i> <i>Bellechasse</i> Lévis Beauce-Sartigan Lotbinière Montmagny Les Etchemins	1994-04-13 1994-06-15 1994-09-14	1994-05-27 1994-08-19 1996-11-12	1996-08-21 1996-11-06 1998-03-11 2001-05-23 1998-04-29 2001-02-14 2002-07-09 2003-04-09	1996-11-06 1998-06-05 2001-07-30 1998-07-09 2001-05-11 2002-10-30 2003-06-16	2001-10-10 2001-11-28	2001-12-11 2002-03-26	2002-09-11 2000-04-19	2002-10-07 2000-07-22						X X
13. Laval	Laval	1997-02-03	1997-04-01	2002-06-19	2002-09-19										

Les schémas d'aménagement et de développement du territoire :
une cible d'intervention de santé publique efficace?

MRC par région		DOR	Comm. DSP	PSAR	Comm. DSP	SAD révisé	Comm. DSP	Remplac. de SAD adopté	Comm. DSP	Projet de modif. du SAD	Comm. DSP	Modif. du SAD	Comm. DSP	Remplac. de Modif. du SAD	Comm. DSP	SAD en vigueur	
14. Lanaudière	Les Moulins	1994-06-14	1994-08-17	1996-12-10	1997-03-05	2000-12-18	2001-03-07	2002-06-18	2002-10-18			2003-10-14 2004-06-15 2003-09-23	2003-11-05 2004-08-02 2003-10-09			X	
	L'Assomption	1994-01-25	1996-12-10	1994-09-27	1996-12-04	1997-03-26	1997-05-30	2000-05-23	2000-08-22			2003-10-28 2004-11-24	2003-11-12 2004-12-13			X	
	Matawinie Montcalm D'Autray Joliette			1997-03-12 1997-05-13 1997-06-11 1998-03-10	1997-05-22 1997-08-01 1997-09-12 1998-05-01												
15. Laurentides	La Rivière-du-Nord Les Pays d'en Haut Deux Montagnes Mirabel	1993-12-08 2003-02-19	1996-12-16 2003-04-14	1994-09-21 1997-07-10 2001-01-30	1996-12-16 1997-10-28 2001-07-26			1997-10-29	1998-01-12			2002-09-03 2002-12-02 2002-12-02 2003-06-03 2003-08-05 2003-12-01 2004-02-02 2004-08-03 2004-08-03	2002-10-30 2003-01-16 2003-07-09 2003-10-27 2004-01-22 2004-02-19 2004-04-06 2004-09-20 2004-09-27	2001-06-26 2003-08-05	2001-10-03 2003-10-03		X
	Argenteuil Antoine-Labelle			2001-05-09	2001-11-05							2002-05-22 2004-04-28	2002-07-12 2004-06-17			X	
	Thérèse de Blainville							2003-05-21	2003-08-14								
16. Montérégie	Les Jardins de Napierville Le Haut-Richelieu	1994-04-13 1994-04-13	1994-05-27 1994-05-27			2000-01-12	2000-04-05	2002-04-10 2004-02-24	2002-07-12 2004-04-26							X	
	Le Haut-Saint-Laurent Beauharnois-Salaberry	1994-05-11 1994-05-18	1994-06-28 1994-08-23	1996-12-18 1996-06-19	1997-02-17 1999-06-01	1999-03-17	1999-06-01	2000-06-14	2000-08-28							X X	
	La Haute Yamaska Brome Missisquoi	1994-05-12 1994-09-20	1994-08-23 1994-11-28			2001-06-28	2001-09-19	2004-02-12 2004-09-21	2004-04-19 2004-11-24								
	Les Maskoutains Longueuil	1994-03-09	1996-12-10	1996-02-14	1996-03-18	1999-03-10 1997-12-16	1999-05-20 1998-03-20	2003-05-14 1998-10-20	2003-07-22 1998-12-21			2002-06-18	2002-09-06	2004-02-17	2004-03-31	X X	
	La Vallée du Richelieu Vaudreuil Soulanges	1996-02-01 1999-05-19	1996-03-18 1999-08-05	1998-06-04 2001-11-28	1998-08-05 2002-02-15	2003-08-27	2003-12-17	2003-08-27	2004-07-26							X	
	Rouville Acton			2000-04-19	2000-09-22	2002-11-27	2003-04-17										
	Le Bas Richelieu Lajemmerais Roussillon			2000-08-09	2000-12-08	2001-11-15	2002-04-30	2000-09-13 2003-10-09 2004-06-30	2000-11-23 2003-11-26 2004-09-15							X	
17. Centre du Québec	L'Érable Arthabaska Bécancour Nicolet-Yamaska Drummond	1994-09-14 1994-08-17 1994-05-25 1994-11-23 1994-10-18	1996-11-27 1996-11-28 1996-11-28 1996-12-06 1996-12-06	1997-11-26 1998-03-23	1998-03-23 2000-02-04 1998-03-05	2000-05-30	2000-09-01										

Au total, 10 MRC de 6 régions du Québec ont eu un avis du MSSS à l'étape du PSAR (objections émises ou pas) à partir de septembre 1996

ANNEXE 3

NOMENCLATURE DU CONTENU OBLIGATOIRE DES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT DES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ SELON LA LOI SUR L'AMÉNAGEMENT ET L'URBANISME

(DERNIÈRE VERSION 01-12-2004)

ANNEXE 3 NOMENCLATURE DU CONTENU OBLIGATOIRE DES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT (SAD) DES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ (MRC) SELON LA *LOI SUR L'AMÉNAGEMENT ET L'URBANISME* (dernière version 01-12-2004)

Le SAD doit, à l'égard du territoire de la MRC :

1. Déterminer les **grandes orientations** de l'aménagement du territoire.
2. Déterminer les **grandes affectations** du territoire pour les différentes parties de celui-ci (coexistence harmonieuse des utilisations agricoles et non agricoles).
3. Déterminer tout **périmètre d'urbanisation**.
4. Déterminer toute zone où **l'occupation du sol est soumise à des** contraintes particulières pour des raisons de sécurité publique (**contraintes naturelles** telles que les zones d'inondation, d'érosion, de glissement de terrain ou d'autre cataclysme, protection environnementale des rives, du littoral et des plaines inondables).
5. Déterminer les **voies de circulation** dont la présence, actuelle ou projetée, dans un lieu fait en sorte que l'occupation du sol à proximité de ce lieu est soumise à des **contraintes majeures** pour des raisons de sécurité publique, de santé publique ou de bien-être général.
6. Déterminer toute partie du **territoire présentant** pour la MRC **un intérêt** d'ordre **historique, culturel, esthétique ou écologique**.
7. Décrire et planifier l'**organisation du transport terrestre** (nature des infrastructures et des équipements et l'endroit où ils sont situés, principales améliorations devant être apportées aux infrastructures et équipements, nature des nouvelles infrastructures ou des nouveaux équipements projetés et endroit approximatif où ils seront situés).
8. Indiquer la nature des **infrastructures et des équipements importants** qui existent, qui sont nouveaux ou projetés, **autres que ceux visés par le transport terrestre**, ainsi que l'endroit où ils sont (seront) situés (tels que les équipements et infrastructures qui intéressent les citoyens et contribuables de plus d'une municipalité ou qui sont mis en place par le gouvernement, par un organisme public ou par une commission scolaire).
9. Énoncer une **vision stratégique du développement** culturel, économique, environnemental et social visant à faciliter l'exercice cohérent des compétences de la MRC.
10. Ajouter un **document complémentaire** établissant des **règles** pour l'ensemble des sujets ci-dessus (entre autres : règles visant à assurer la protection du territoire et des activités agricoles, paramètres pour la détermination, en regard des inconvénients causés par les odeurs inhérentes à certaines activités agricoles, des distances séparatrices, etc.).

Un SAD doit être accompagné :

1. D'un document indiquant les **coûts** approximatifs des divers équipements et infrastructures inter-municipaux qui sont proposés dans le schéma.

2. D'un **plan d'action** qui mentionne les étapes de la mise en œuvre du schéma, les municipalités, les organismes publics, les ministres et mandataires de l'État et les autres personnes susceptibles de participer à la mise en œuvre, les moyens prévus pour favoriser la coordination des actions des participants, et dans le cas des zones prioritaires, l'échéance prévue pour chaque tape de la mise en place des infrastructures et des équipements projetés.
3. D'un document précisant les **modalités** et les **conclusions de la consultation**, y compris les motifs d'accord et de désaccord exprimés par les personnes et organismes consultés.

Le SAD peut, à l'égard du territoire de la MRC :

1. Déterminer toute **zone**, principalement à l'intérieur d'un périmètre d'urbanisation, susceptible de faire l'objet, de façon **prioritaire**, d'un aménagement ou d'un réaménagement. Établir la priorité entre les zones, les affectations du sol et la densité approximative d'occupation.
2. Déterminer la **densité** approximative **d'occupation** pour les différentes parties du territoire.
3. Déterminer les **affectations du sol**, hors de toute zone prioritaire, **qui présentent un intérêt** pour la MRC.
4. Déterminer les **immeubles, autres que les voies de circulation**, et les activités dont la présence ou l'exercice, actuel ou projeté, dans un lieu fait en sorte que l'occupation du sol à proximité de ce lieu est soumise à des contraintes majeures pour des raisons de sécurité publique, de santé publique ou de bien-être général (telles que les **contraintes anthropiques**).
5. Décrire l'**organisation du transport maritime et aérien** (modalités d'intégration, infrastructures et équipements).
6. Décrire les **propositions intermunicipales d'aménagement** émanant d'un groupe de municipalités.
7. Indiquer toute **partie du territoire soustraite** au jalonnement, à la désignation sur carte, à la recherche minière ou à l'exploitation minière.
8. Déterminer des orientations en vue de favoriser l'**aménagement durable de la forêt privée**.

ANNEXE 4

**THÈMES ABORDÉS PAR LES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE
DANS LE PROCESSUS DE RÉVISION DES SCHÉMAS
D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT DES MUNICIPALITÉS
RÉGIONALES DE COMTÉ**

ANNEXE 4 THÈMES ABORDÉS PAR LES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE PROCESSUS DE RÉVISION DES SCHÉMAS D'AMÉNAGEMENT ET DE DÉVELOPPEMENT DES MUNICIPALITÉS RÉGIONALES DE COMTÉ

La formulation de commentaires constitue une opportunité pour les équipes de santé environnementale des directions de santé publique (DSP) et de la santé publique en général, de participer à la conception d'une planification du développement harmonieux et durable du territoire, et d'optimiser les impacts favorables sur la santé des populations. De façon générale, les commentaires spécifiques apprécient essentiellement les moyens prévus pour contrôler les situations qui sont de nature à engendrer des impacts non négligeables sur la santé publique. Voici une liste des thèmes qui ont été abordés dans les avis de santé publique étudiés au cours de l'analyse documentaire.

Gestion de l'urbanisation - affectations et zonage

- Amélioration de la cartographie de façon à être représentative du territoire;
- Identification et localisation des clientèles vulnérables (garderies, écoles, pénitenciers, etc.);
- Problématique agricole et la santé (zones d'affectations spécifiques pour les établissements pollueurs, les zones tampons entre les affectations agricoles et les affectations résidentielles, institutionnelles ou de loisir, l'entreposage de pneus lié au développement de moustiques, etc.);
- Compatibilité des usages dans les affectations urbaines, agricoles et forestières.

Équipements et infrastructures de santé et des services sociaux

- Identification et localisation des équipements et des infrastructures du réseau de la santé et des services sociaux;
- Identification des populations vulnérables (écoles, garderies, pénitenciers, foyers pour personnes âgées, etc.);
- Perspectives de développement et problématiques particulières à chacun des établissements de santé;
- Qualité, protection et sécurité des établissements de santé;
- Organisation des services de première ligne (mesures d'urgence) et implication des municipalités.

Équipements publics et communautaires

- Identification et localisation des équipements publics et communautaires (établissements scolaires et culturels, pénitenciers, locaux communautaires, arénas, piscines, plages, parcs, etc.);
- Protection et sécurité des équipements publics et communautaires envers les contraintes naturelles et anthropiques;
- Conformité des installations;
- Aménagement sécuritaire des lieux et des parcs publics (pour prévenir les situations de violence, etc.).

Équipements et infrastructures industrielles

- Identification et localisation des équipements et des infrastructures industrielles (entreprises manufacturières, etc.).

Aménagements récréo-touristiques

- Promotion de la pratique d'activités physiques;
- Développement des corridors et des infrastructures récréatifs (intensifs et extensifs);
- Sécurité des usagers de sites récréo-touristiques à appréhender et à contrôler (ex. développement d'équipements de loisir sécuritaires);
- Évaluation d'impact avant toute installation.

Moyens et infrastructures de transport

- Documenter les problématiques des différents réseaux de transport et d'usagers route et hors-route;
- Aménagement sécuritaire des infrastructures de transport pour les usagers de la route, les piétons et les riverains (échangeur, intersection, signalisation, accès au réseau routier, trottoirs, etc.);
- Évaluation du risque à la sécurité et à la santé des moyens de transport tels que les camions, les avions, etc. (ex. pollution sonore, traumatismes, etc.);
- Considération de l'augmentation potentielle du transport;
- Mesures d'atténuation des forts débits de circulation;
- Planification en place ou à venir de certains transports terrestres comme le réseau cyclable, et celui des véhicules hors route (motoneiges, VTT, etc.) mais aussi de transport maritime (embarcations, motomarines, etc.);
- Sécurité des usagers de transports terrestre et maritime à appréhender et contrôler;
- Accès aux soins de secours en zones éloignées ou difficile d'accès;
- Évaluation du risque à la santé lié au réseau de transport d'énergie (champs magnétiques);
- Transport de matières dangereuses;
- Permis de construire en bordure de rues publiques.

Agriculture

- Contamination des puits d'alimentation en eau potable liée aux activités agricoles;
- Gestion rationnelle du cycle de vie des pesticides;
- Vente temporaire de fruits;
- Forte activité agricole comme source de risque pour la santé publique.

Gestion de l'eau

- Identification du réseau d'alimentation en eau potable, des sources, des équipements de traitement et de la population desservie;
- Définition de normes et de périmètres de protection des prises d'eau publiques et privées;
- Activités et usages à régir autour des prises d'eau;
- Conformité des champs d'épuration en milieu résidentiel;
- Intégration de la nouvelle réglementation sur la qualité de l'eau potable adoptée en juin 2001;
- Réalisation d'études hydrologiques et toxicologiques;
- Mauvaise gestion des eaux comme source de contraintes anthropiques et naturelles.

Conditions générales de l'habitat

- Identification des secteurs prioritaires de restauration et de revitalisation;
- Amélioration des conditions générales de l'habitat (environnement intérieur, normes de salubrité et de sécurité des bâtiments, population vulnérable et défavorisée, etc.);
- Orientations de la MRC quant à la qualité de l'air intérieur.

Contraintes majeures (risque pour la sécurité)

- Identification des établissements potentiellement à risque majeur;
- Gestion sécuritaire de sites à risque (ex. mines, gazoduc, etc.);
- Normes d'éloignement à ajuster ou ajouter dans le cadre de contraintes majeures représentant un risque pour la sécurité;
- Organisation de services d'urgence.

Contraintes anthropiques et nuisances

- Identification et localisation des sources de contraintes anthropiques et de nuisances (établissements agricoles, industries, terrains contaminés, sites d'entreposage de pneus, etc.) pouvant affecter la qualité de vie en générale;
- Autres sources de nuisance à considérer au même titre que le bruit par exemple, telles que les odeurs, les poussières et l'herbe à poux (éradication et sensibilisation pour ce dernier exemple);
- Réglementations et mesures prises dans le cadre des contraintes anthropiques et des nuisances (ex. contrôle de l'utilisation du sol, réduction des risques, plans d'urgence);
- Définition et correction de limites acceptables et de zones tampons adéquates pour les contraintes anthropiques et les nuisances (bruit d'avion ou de motoneige, odeurs lors d'épandage, risque de contamination de puits de captage d'eau proche d'usine de traitement de déchets, etc.);
- Évaluation extérieure et étude d'impact (surveillance et suivi de la qualité des eaux p. ex.);

- Considération et application du principe de réciprocité, surtout dans le cadre des contraintes anthropiques et des nuisances (ex. normes de protection des ouvrages de captage d'eau et implantation d'affectations);
- Gestion optimale du traitement et du recyclage des déchets et des résidus;
- Présentation des risques émanant du transport des matières dangereuses;
- Organisation de services d'urgence.

Contraintes naturelles

- Identification et localisation des zones inondables, des mouvements de terrains, etc.;
- Définition et correction de limites acceptables et de zones tampons adéquates;
- Réglementation et mesures prises (ex. contrôle de l'utilisation du sol, plans d'urgence en cas de catastrophe naturelle).
- Évaluation extérieure et étude d'impact (ex. pour justifier une décision ou pour autoriser tout permis de construction);
- Organisation de services d'urgence.

Fumée de tabac environnementale

- Adoption de mesures visant à déclarer certains lieux publics ou privés « sans fumée »;
- Sensibilisation des municipalités.

Virus du Nil

- Identification des entreposages de pneus;
- Définition de moyens sécuritaires d'entreposage de pneus.

Transversalité entre les SAD

- Arrimage et harmonisation du SAD d'une MRC avec ceux des MRC voisines (toujours dans le cadre du développement durable du territoire).

ANNEXE 5

**VOCABULAIRE UTILISÉ POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE DES
AVIS DISPONIBLES SUR LE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE
GESTION EN AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (SIGAT) TEXTE**

**ANNEXE 5 VOCABULAIRE UTILISÉ POUR L'ANALYSE DOCUMENTAIRE
DES AVIS DISPONIBLES SUR LE SYSTÈME D'INFORMATION
ET DE GESTION EN AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (SIGAT) TEXTE**

Activité agricole

Aires agricoles
Domaine agricole
Milieu rural
Usage agricole
Vente temporaire
Zones cultivées

Contraintes anthropiques

Contraintes majeures
Sections problématiques
Zones anthropiques
Zones sensibles

Contraintes d'origine naturelle

Catastrophe naturelle
Cause naturelle
Contraintes naturelles
Coulées naturelles
Écoulement naturel
Érosion
Glissement de terrain
Herbe à poux
Inondation(s)
Mouvement de sol
Mouvement de terrain
Naturel(le)
Plaines inondables
Sinistre
Zones inondables

Croissance urbaine

Gestion de la croissance urbaine
Nouvelles constructions
Orientations d'aménagement

Cyclable

(pistes, voies, circuits, réseaux, bandes, infrastructures)
Cyclistes
Cyclotourisme
Route verte
Vélo-route

Développement durable

Environnement humain
Environnement naturel

Distance séparatrice

(«périmètre» utilisé généralement pour désigner un périmètre urbain) Périmètre(s) de protection (retrouvé dans les avis du MAMSL)

Contrôle de l'utilisation du sol
Distance minimale
Distance(s) d'éloignement
Marges de recul
Normes minimales de lotissement
Permis de construction
Zone tampon

Énergie

Champs électromagnétiques
Infrastructures électriques
Ligne souterraine
Ligne(s) hydroélectrique(s)
Postes de transformation de l'électricité
Transport d'électricité (sur pylône)
Transport d'énergie
Transport de gaz

Gestion de l'eau

Alimentation en eau
Approvisionnement en eau
Aqueduc
Captage d'eau
Eau de consommation
Eau de surface
Eau potable
Eau souterraine
Eaux usées (domestiques)
Nappe(s) d'eau
Ouvrages de captage
Prises d'eau
Prises municipales
Prises privées
Puits (de surface)
Réseaux d'alimentation
Ruissellement
Source d'alimentation en eau
Source d'approvisionnement

Gestion des déchets

Élimination
Entreposage
Matériaux secs
Matières dangereuses
Matières résiduelles
Pneus hors d'usage

Produits chimiques
Recyclage
Résidus dangereux
Site d'élimination
Site d'enfouissement
Substances dangereuses

Réglementation
Règlements (urbanisme surtout)
Règles minimales

Gestion des fumiers

Cycle de vie
Engrais de ferme
Entreposage
Épandage
Fongicides
Fumiers
Insecticides
Installation d'élevage
Lisiers
Pesticides
Plan agro-environnemental de fertilisation
(ou PAEF)

Nuisances

Accidents (industriels majeurs)
Bris majeur
Bruit
Dangers
Fumées
Odeurs
Poussières
Risques (environnementaux,
technologiques, zones à, secteurs à)
Source(s) de contraintes
Urgences environnementales
Usage(s) contraignant(s)

Harmonisation

(au lieu de « arrimage » tel qu'employé par les DSP)

Coexistence harmonieuse
Cohabitation harmonieuse
Compatibilité
Réciprocité (principe de)

Occupation du sol

Affectation
Aménagement
Changement d'usage
Organisation du territoire
Pôles
Secteur(s) d'activité
Sites
Usages
Utilisation du sol
Zonage
Zones prioritaires (pour identifier des
populations vulnérables ou des quartiers
problématiques)

Institutionnel

(fait référence aux clientèles vulnérables dans
les avis des DSP)

Écoles
Établissement carcéral
Établissements d'enseignement
Garderies (ou centre de la petite enfance)
Hébergement pour personnes âgées
Scolaire

Qualité de l'eau

Analyse
Boues
Eaux usées
Égout
Épuration (station d' ou champs d')
Évacuation
Fosses (ou installations) septiques
Pollution
Risques de contamination
Site de traitement
Stations de traitement
Traitement

Mesures d'urgence

Enquête (de terrain)
Équipements de prévention
Étude
Évaluation
Impacts environnementaux
Interventions
Mesures d'atténuation
Mesures d'immunisation
Mesures de contrôle
Mesures préventives (ou de prévention)
Mesures protectrices (ou de protection)
Normes
Normes minimales
Plans d'urgence
Priorités d'action
Programmes

Santé

Bien-être
Environnements sains et sécuritaires
Équipements (publics, municipaux, institutionnels, communautaires)
Établissements
Milieux de vie
Points de service
Qualité de vie
Santé humaine
Santé publique
Sécuritaire
Sécurité publique
Services gouvernementaux
Services publics
Services sociaux
Soins de secours
Soutien des milieux de vie

Sécurité routière

Accident(s)
Activités riveraines
Blessures
Circulation sécuritaire
Fluidité
Interférences
Intersections
Pratique sécuritaire
Signalisation
Traumatismes
Zones éloignées

Terrains contaminés

Bruit
Climat sonore
Contamination
Nuisances sonores
Odeurs
Pesticides
Pollution
Poussières
Sols contaminés

Transport

Aéroport
Axes routiers
Corridor
Embarcations
Ferroviaire
Fluidité

Infrastructures de transport
Planification des transports
Réseau routier
Routes
Sentiers
Sentiers récréatifs
Train
Trajets
Transport(s) terrestre(s)
Tronçons de routes
Véhicule à moteur
Véhicules lourds
Voie de communication
Voies de circulation
Voies ferrées

Usage non agricole

Activités industrielles
Affectation forestière
Commercial
Environnement intérieur
Industriel
Manufactures
Résidences isolées
Usage résidentiel

Usagers

Automobilistes
Conducteurs
Piétons
Propriétaires riverains
Usagers de la route

Villégiature

Corridor récréatif
Corridor vert
Culturel
Écologique
Écotouristique
Intérêt historique (territoires d')
Plans d'eau
Pourvoirie
Récréatif
Récréation extensive (ski de fond, randonnée, camping, etc.)
Récréation intensive (golf, ski alpin, motoneige, VTT, etc.)
Récro-tourisme
Ressources hydrographiques

ANNEXE 6

EXEMPLE D'ÉCHELLE DE SCORE

ANNEXE 6 EXEMPLE D'ÉCHELLE DE SCORE

1. DSP-MAMR, étape PSADR, 1996

COMMENTAIRES (sujet abordé) (n=23)	ATTITUDE DU MAMR					NOMENCLATURE DU COMMENTAIRE POUR LA MRC	
	Comm. évacué (0)	Attenué (1)	Tel quel (2)	Bonifié (3)	Score total	Obligatoire	Facultatif
Arrimer le SAR			2				X
Protection de l'eau souterraine				3			X
Services collectifs et eau potable			2			X	
Équipements d'assainissement des eaux usées		1				X	
Gestion globale des eaux usées		1				X	
Saine gestion des fumiers				3		X	
Portrait de la gestion des fumiers			2			X	
Équipements de gestion des fumiers			2			X	
Sols contaminés		1					X
Usage sécuritaire du territoire		1					X
Protection des ouvrages de captage des eaux				3			X
Infrastructures et risque technologique				3			X
Bandes de protection				3			X
Périmètres de protection (indus)				3			X
Bandes de protection (résidentielle)				3			X
Identification des nuisances				3			X
Bande de protection et nuisances		1				X	
Culture d'arbres fruitiers		1				X	
Amélioration du réseau routier				3		X	
Aménagement sécuritaire des bandes cyclables				3		X	
Projet de piste cyclable				3		X	
Équipements du réseau de la SSS			2			X	
Score final des impacts de la DSP/MAMR	0	6 (n=6 27,3%)	10 (n=5 22,7%)	33 (n=11 50%)	39 (0,85)	N=12 (54,5%)	N=10 (45,5%)

Score attendu (tel quel pour l'ensemble des commentaires) : 46 (39)

Score idéal (bonifié) : 69

Score sans aucun impact (ensemble des commentaires évacués) : 0

Calcul des proportions : $39/46 = 0,85$

NOMENCLATURE MRC	ATTITUDE DU MAMR FACE AUX COMMENTAIRES DE LA DSP				Score total
	Évacué	Atténué	Tel quel	Bonifié	
Obligatoire	0	4 (33,3%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)	12 (54,5%)
Facultatif	0	2 (20%)	1 (10%)	7 (70%)	10 (45,5%)
Score total	0	6 (27,3%)	5 (22,7%)	11 (50%)	22 (100%)

ANNEXE 7

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

TITRE DE L'ÉTUDE : Évaluation de l'impact de la participation des directions de santé publique (DSP) dans le processus de révision des schémas d'aménagement du territoire des municipalités régionales de comté (MRC) du Québec.

Madame, Monsieur,

L'étude à laquelle nous vous demandons de participer porte sur l'implication des DSP dans le processus de révision des schémas d'aménagement. Ce sont généralement les équipes de santé environnementale des directions de santé publique (DSP) des régions régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) qui sont mandatées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour commenter les différents documents produits par les municipalités régionales de comté/MRC au cours du processus de révision de leur schéma d'aménagement. Aucune évaluation des impacts de ces commentaires sur le contenu de l'avis gouvernemental du ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir (MAMSL), puis du contenu final des schémas d'aménagement révisés (SAR) n'a jamais été tentée. C'est pourquoi nous faisons appel à vous aujourd'hui.

L'objectif poursuivi par cette étude est de recueillir vos opinions par le biais d'entrevues individuelles afin d'améliorer la contribution du MSSS au processus de révision des schémas d'aménagement du territoire.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

Toutes les informations, tant écrites qu'enregistrées, vous concernant seront conservées sous clef au sein de l'Institut national de santé publique du Québec de Sainte-Foy et traitées de manière extrêmement confidentielle. En aucun cas, votre nom ne figurera sur le rapport final. Un code vous représentant sera utilisé à la place de votre nom. Seuls les professionnels de recherche responsables de ce dossier auront accès à votre nom et code. En aucun cas des résultats individuels seront communiqués à qui que ce soit.

Je, soussigné(e) _____, reconnais avoir reçu des professionnelles de recherche Claire Laliberté et Marion Schnebelen toutes les informations pertinentes et nécessaires à la compréhension de ma participation à cette étude. Une copie de ce formulaire me sera remise une fois signée. J'atteste avoir lu attentivement ce formulaire et j'accepte de participer à cette étude à partir de ce jour et jusqu'à son échéance estimée à avril 2005.

Nom du participant

Signature

Date

Nom du professionnel de recherche

Signature

Date

Nom du professionnel de recherche

Signature

Date

ANNEXE 8

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LES RÉPONDANTS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

ANNEXE 8 SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LES RÉPONDANTS DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE (DSP)

Préambule : Portrait du territoire.

THÈME I : IMPLICATION DES DSP DANS LE PROCESSUS DE RÉVISION DES SA.

1. Historique de votre implication dans le processus de révision des SA.
2. Orientations et fondements des commentaires émis (directives TNCSE 2003, *Loi de la santé publique*, Priorités nationales de santé publique).
3. Description du processus interne et externe (interne/santé publique/Agence, externe/ministères) de réponses aux commentaires
4. Objectifs et intérêts personnels et professionnels de l'intervention.
5. Avantages et plus-value de l'exercice.

THÈME II : LIEN DSP-MRC

1. Existence d'une collaboration entre DSP et MRC.
2. Utilisation de moyens de diffusion des commentaires tels que la consultation publique ou l'envoi parallèle des commentaires aux MRC.
3. Perception et évolution de la perception des MRC quant à l'implication de la santé publique de le processus de révision des SA.

THÈME III : PLACE ET IMPACTS DES COMMENTAIRES DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LE PROCESSUS DE RÉVISION DES SA.

1. Perception de la place actuelle (impact des commentaires) de la santé publique dans le processus de révision des SA.
2. Constat d'évolution.
3. Perception du travail de synthèse du MAMSL (satisfaction, respect et compréhension des contenus).
4. Perception des impacts de vos commentaires à date.
5. Exemples (faits et anecdotes) si possible.
6. Attentes et perceptions de la pertinence de ces consultations PSAR-SADR ou projets de modification (RCI)

THÈME IV : PERSPECTIVES

1. Nature de l'intention de poursuivre ou non votre participation au processus de révision des SA.
2. Conditions, avis et suggestions personnelles quant à l'avenir de ces démarches de consultation.

Dans un monde idéal, définir la contribution de la santé publique dans ce dossier.

ANNEXE 9

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DES RÉGIONS

ANNEXE 9 SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DES RÉGIONS (MAMR)

THÈME 1 : PROCESSUS GÉNÉRAL (connaissances de base)

A : Mise en place du SAD

1. Différentes étapes et document de la mise en place d'un SAD.
2. Facteurs qui influencent l'entrée en vigueur d'un SAD.
3. Fonctionnement des MRC.
4. Différence entre les communautés métropolitaines et les MRC.

B. Intervention et poids des commentaires

1. Obligation pour les MRC de se référer au MAMR et aux DSP concernées à chaque étape du processus de révision de leur SAD.
2. Nature et fréquence de l'intervention du MAMR aux différentes étapes de la révision.
3. Types de commentaires provenant du MAMR devant être pris en considération et retenus par les MRC lors de la révision de leur SAD.
4. Portée des commentaires portant sur du contenu facultatif comparativement à ceux formulés sur du contenu obligatoire.
5. Autres ministères consultés lors du processus de révision des SAD.

THÈME II : L'APPORT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

A. Perception globale de l'apport de la santé publique

1. Pertinence générale.
2. Compréhension des concepts, orientations et culture de la santé publique.
3. Attitude du MAMR face aux recommandations apportées par la santé publique dans ses avis.
4. Existence de situations ou commentaires considérés comme hors propos.
5. Perception de l'apport de la santé par rapport à d'autres ministères.
6. Existence d'un partenariat ou d'une quelconque collaboration entre le MAMR et les DSP lors du processus de révision des SAD.
7. Pertinence de poursuivre cette collaboration.

B. Perception de la perception des MRC

1. Perception des MRC quant à l'apport de la santé publique?

THÈME III : MÉTHODE UTILISÉE

1. Composition et fonctionnement de l'équipe du MAMR impliqué dans la révision des SAD.
2. Critères utilisés par l'équipe du MAMR pour émettre les commentaires dans ces avis (validation interne, protocole spécifique à respecter, etc.).

ANNEXE 10

SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ANNEXE 10 SCHÉMA D'ENTREVUE POUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)

THÈME I : L'AVIS GOUVERNEMENTAL

1. Nature de la participation du MSSS à l'avis gouvernemental du MAMR.
2. Historique de la participation de la santé publique dans la révision des SAD.
3. Causes et circonstances de cette participation.
4. Rapport avec la régionalisation (les immobilisations se retrouvent sous quel chapeau?).
5. Attribution du dossier aux équipes de santé environnementale.
6. Origine des orientations au cours des trois phases (santé publique/environnement sens large).
7. Explication de l'origine des restrictions à des contenus environnementaux au sens strict prises en 2003.
8. Contribution du MAMR dans ce changement de perspective.
9. Contribution des professionnels du réseau de santé publique dans ce changement de perspective.
10. Exigences particulières imposées par le MSSS aux professionnels de santé environnementale qui ont la responsabilité de ce dossier (p. ex. une lettre même si pas de commentaires, contenu, suivre exactement les directives, etc.).
11. Attentes du MSSS dans l'exercice.
12. Perception du travail effectué par le MAMR.

THÈME II : RESSOURCES PRÉVUES POUR LA PARTICIPATION AU PROCESSUS

1. Attribution de ressources (humaines, financières) pour répondre à cette commande.
2. Perception de l'apport (plus-value) de la participation à l'avis gouvernemental pour le MSSS (et la Direction de la protection de la santé).

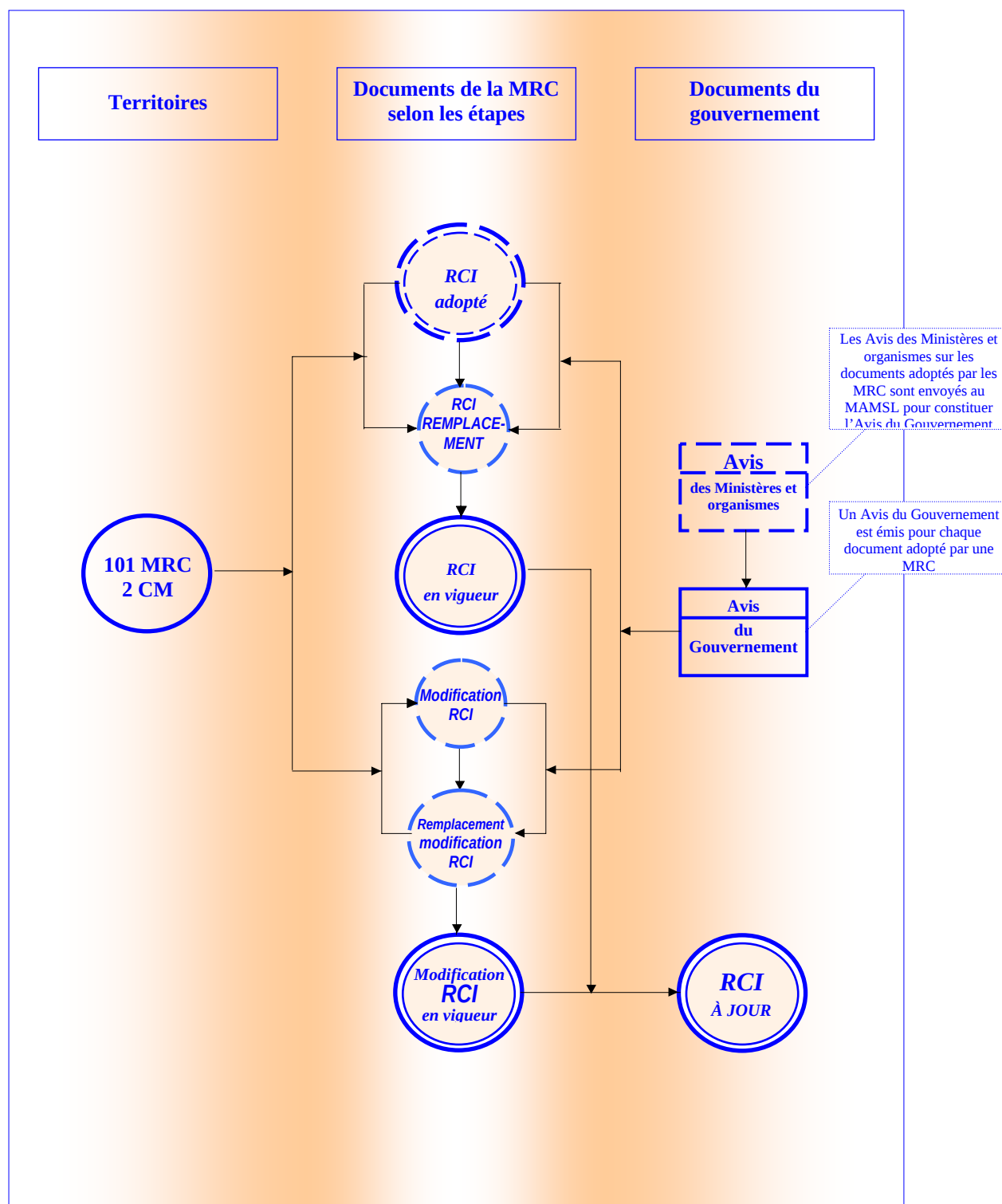
THÈME III : PERSPECTIVES

1. Contribution du MSSS envisagé lors de la révision du PNSP.
2. Contribution idéale du MSSS à l'avis gouvernemental du MAMR.

ANNEXE 11

STRUCTURE DES DOCUMENTS DU RÈGLEMENT DE CONTRÔLE INTERMÉDIAIRE (RCI)

ANNEXE 11 STRUCTURE DES DOCUMENTS DU *RÈGLEMENT DE CONTRÔLE* *INTÉRIMAIRE (RCI)*²³



²³ Diagramme tiré de ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, *SIGAT Texte, Les Bases de données textuelles et leur contenu, Guide de l'utilisateur, Version 1.1*, p.11.

