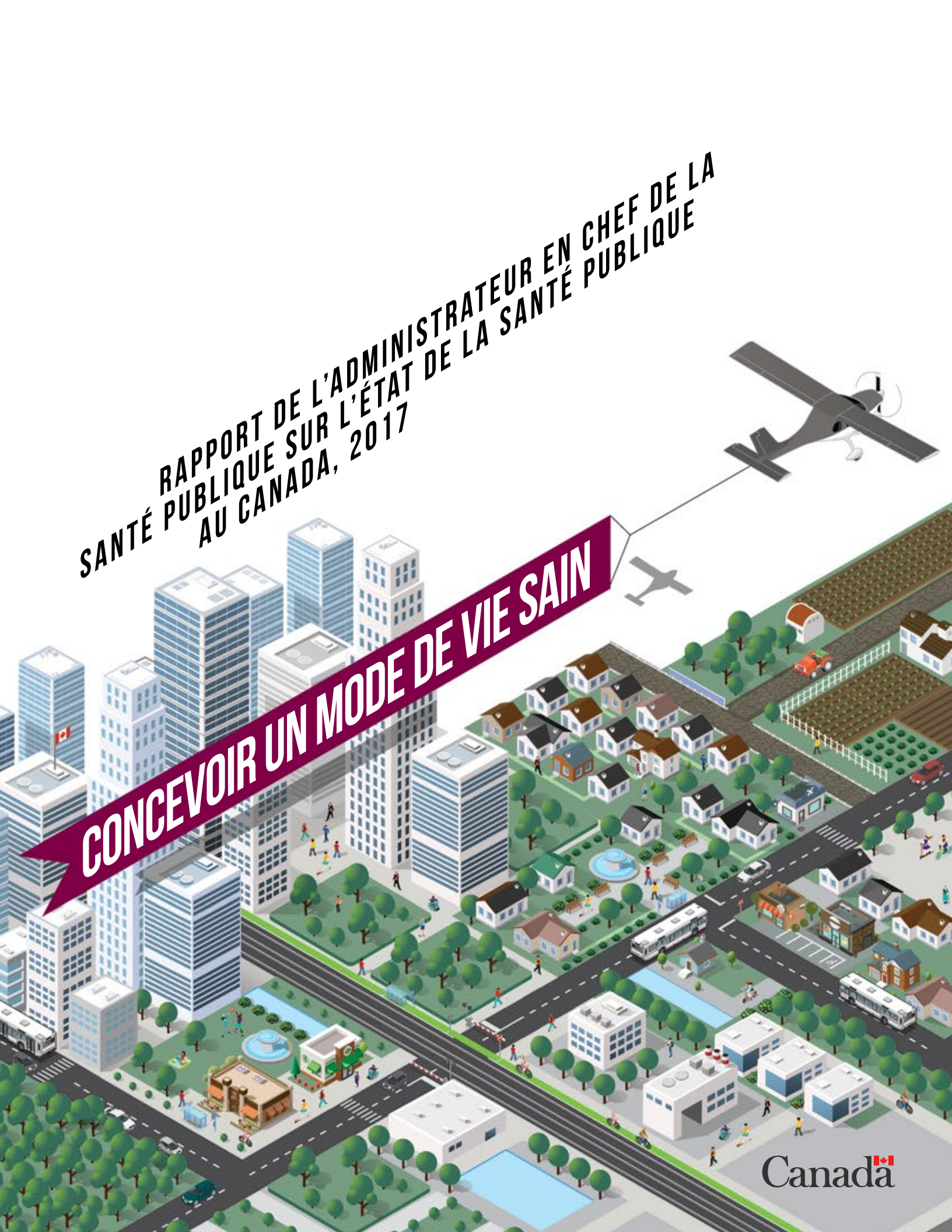
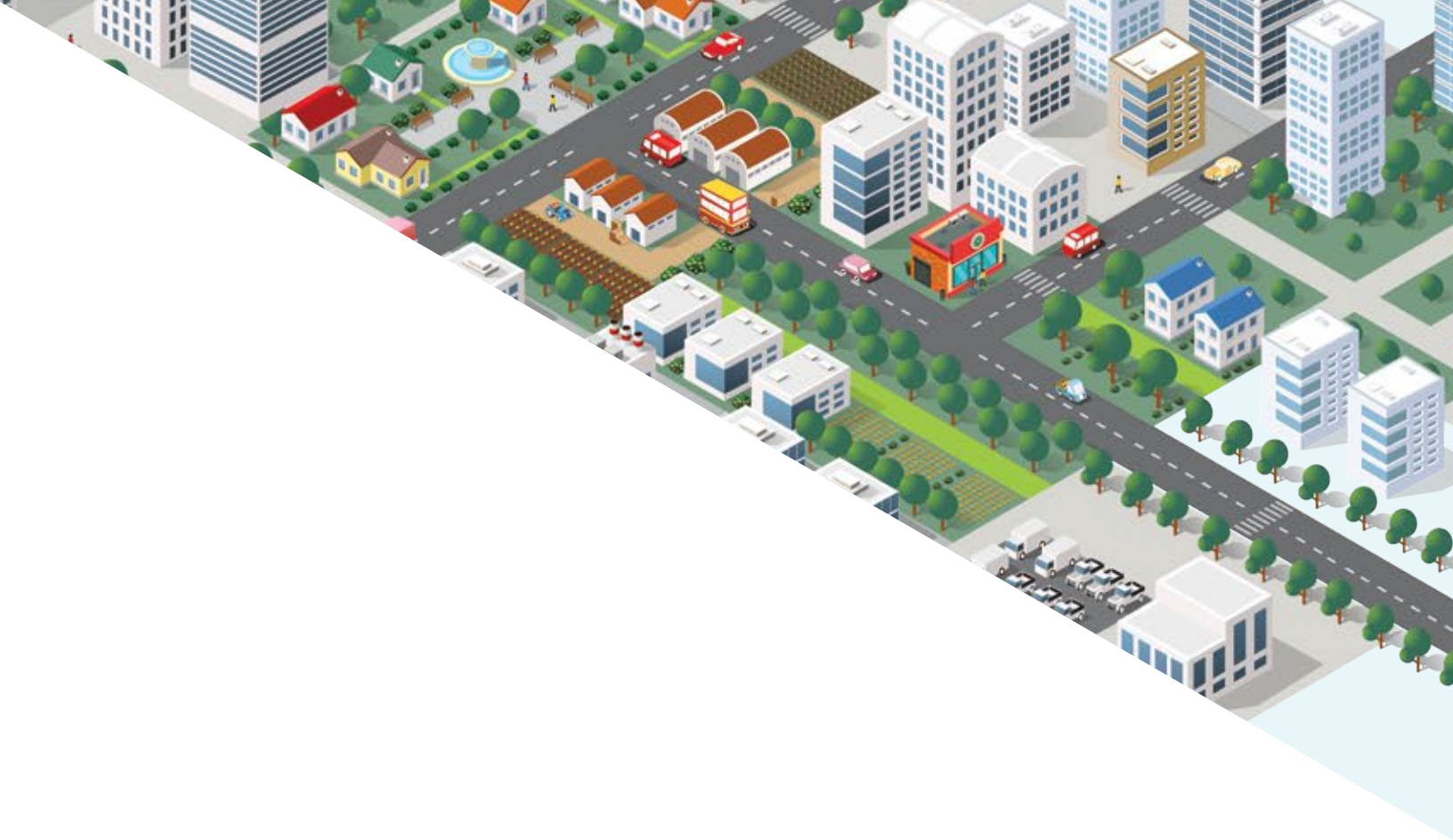




RAPPORT DE L'ADMINISTRATEUR EN CHEF DE LA
SANTÉ PUBLIQUE SUR L'ÉTAT DE LA SANTÉ PUBLIQUE
AU CANADA, 2017

CONCEVOIR UN MODE DE VIE SAIN



Also available in English under the title:
The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health
in Canada, 2017: Designing Healthy Living

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef au Canada, représentée par la ministre de la santé, 2017

Date de publication : octobre 2017

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement,
dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat : HP2-10F-PDF
ISSN : 1924-7095
Pub : 170224



MESSAGE DE L'ADMINISTRATRICE EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA



Sans que l'on s'en rende compte, nos quartiers et la façon dont ils sont construits ont une incidence sur notre état de santé.

Si j'ai choisi la conception de modes de vie sains comme thème pour mon premier rapport en tant qu'administratrice en chef de la santé publique du Canada, c'est en raison de l'énorme potentiel que recèle le réaménagement de notre milieu bâti pour aider la population canadienne à vivre une vie plus saine.

Les maladies chroniques comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès au Canada. Il est alarmant de constater qu'en 2011, près de 2,7 millions de Canadiens de 20 ans et plus, soit une personne sur 10, étaient aux prises avec le diabète. L'augmentation des taux de diabète de type II peut être considérée comme un signal d'alarme de mauvaise santé; c'est que cette hausse est associée à des taux plus élevés d'autres maladies et affections et qu'elle est liée à une mauvaise alimentation, au manque d'activité physique et à une incidence accrue du surpoids et de l'obésité. Il serait possible de réduire les taux de diabète de type II et d'autres maladies chroniques au Canada. Or, pour ce faire, il faudrait assurer l'intégration harmonieuse d'un mode de vie sain dans le quotidien de la population, en partie, par l'aménagement et le réaménagement de nos collectivités.

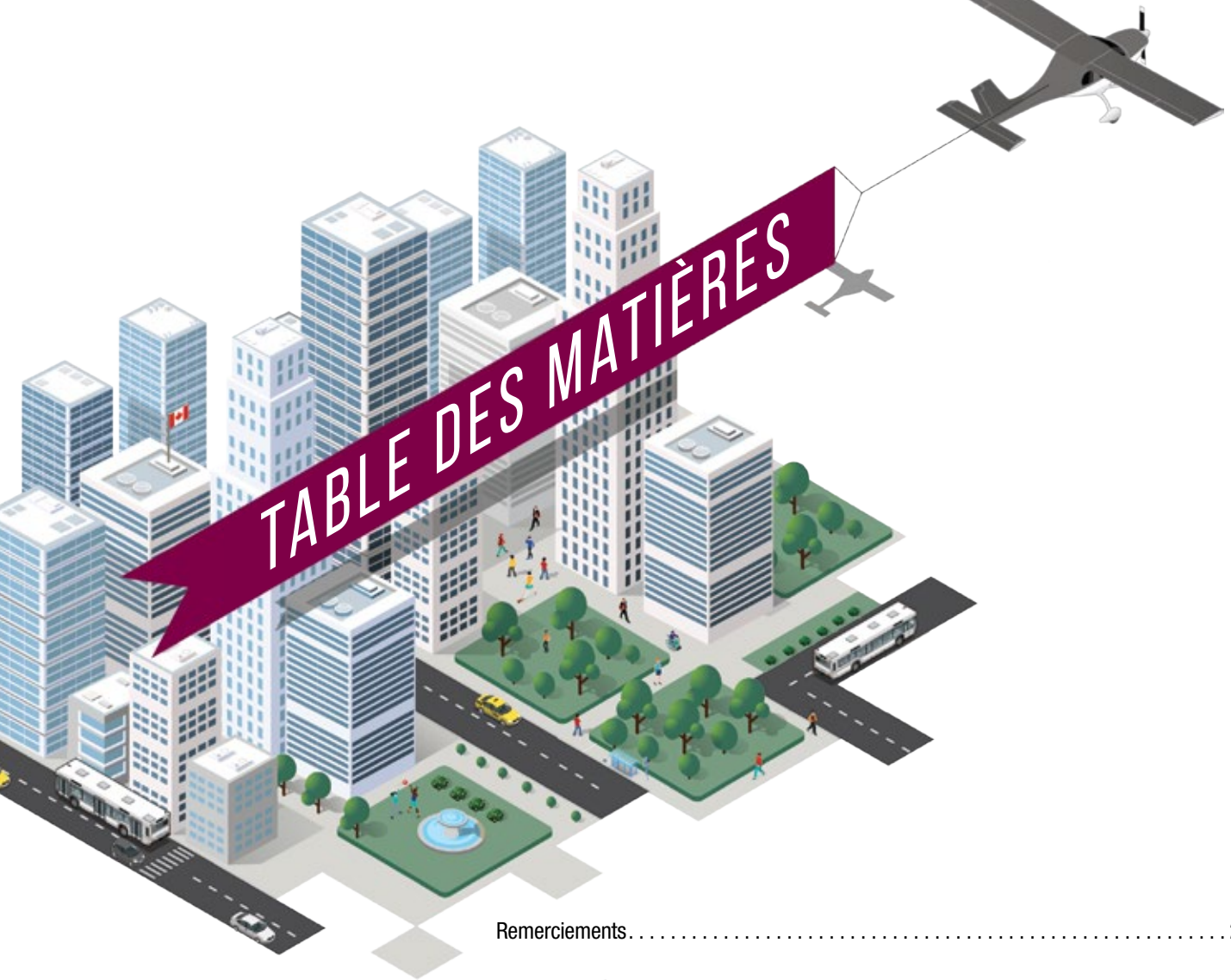
L'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies par la *modification* de notre milieu : voilà un principe solidement fondé. Par exemple, au cours du siècle dernier, les taux de maladies infectieuses ont été réduits non seulement grâce à l'innovation scientifique et à la vaccination, mais aussi par la planification et l'amélioration des systèmes sanitaires, de même que par la réduction du surpeuplement dans les quartiers résidentiels.

Le présent rapport répond à de nombreuses questions, mais il en soulève également d'autres. Il nous faut donc une information plus ciblée afin de mesurer les effets de l'aménagement des collectivités sur la santé ainsi que d'intégrer des stratégies fondées sur des données probantes en matière de planification communautaire. Il vise à sensibiliser les Canadiens à l'égard des caractéristiques particulières de leur collectivité respective dont ils pourraient profiter pour améliorer leur santé. Ce rapport vise également à favoriser davantage le dialogue entre les nombreuses disciplines appelées à participer à la planification communautaire et à la promotion de la santé, de façon à mieux intégrer l'activité physique, une saine alimentation et la santé mentale dans la conception de nos quartiers.

D^{re} Theresa Tam

Administratrice en chef de la santé publique du Canada





Remerciements	2
Messages clés	3
Section 1 : De quoi il est question	6
Section 2 : Les collectivités canadiennes	10
Section 3 : Les composantes de base d'un mode de vie sain	14
3A : Des quartiers actifs	14
3B : L'accès à des aliments sains	20
3C : Des milieux positifs	24
Section 4 : Les caractéristiques de conception pour des populations particulières	28
Section 5 : Concevoir des collectivités favorisant un mode de vie sain au Canada	32
Section 6 : Un appel à l'action	42
Références	44

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organismes ont collaboré à la préparation du *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 : Concevoir un mode de vie sain*.

J'aimerais d'abord exprimer ma gratitude aux experts-conseils qui nous ont donné de précieux conseils :

- D^r Cory Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Saskatoon Health Region, Université de la Saskatchewan
- D^r David Mowat, Partenariat canadien contre le cancer
- D^r Daryl Pullman, Université Memorial
- D^{re} Elizabeth Saewyc, Université de la Colombie-Britannique
- D^r Jeff Reading, Université Simon Fraser
- D^r John Frank, Université d'Édimbourg
- D^{re} Margo Greenwood, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
- D^r Michael Routledge, médecin hygiéniste en chef, Manitoba
- D^r Peter Donnelly, président-directeur général de Santé publique Ontario

J'aimerais remercier tout spécialement D^r Mowat d'avoir partagé son expertise lors de l'examen de nombreuses ébauches. En outre, je voudrais également reconnaître les contributions des partenaires et intervenants qui ont été consultés dans des délais serrés, y compris Santé Canada, ainsi que D^r Steven Hoffman aux Instituts de recherche en santé du Canada, D^r Jim Dunn à l'Université McMaster, D^{re} Meghan Winters à l'Université Simon Fraser et Nathan Taylor à l'Université Memorial.

Je voudrais également remercier sincèrement les nombreuses personnes et les groupes au sein de l'Agence de la santé publique du Canada pour tous leurs efforts liés à l'élaboration de mon rapport, y compris John Cuningham et les représentants de la Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques : Simone Powell, Dawn Sheppard, Greg Butler, Ahalya Mahendra, Wendy Thompson, D^{re} Margaret de Groh et Christine Soon.

Enfin, un merci tout particulier pour le dévouement et l'excellence qu'ont manifestés mon personnel de soutien et l'unité du rapport de l'ACSP dans leurs travaux de recherche, de consultation et d'élaboration : D^{re} Stephanie Rees-Tregunno, Anne-Marie Robert, D^r Hong-Xing Wu, Michael Halucha, Judith O'Brien, Rhonda Fraser, Meheria Arya, Benjamin Jiaming Wang, Aimée Campeau, Stephanie Davies et Lori Engler-Todd.





MESSAGES CLÉS

Le présent rapport vise à sensibiliser les Canadiens sur la façon dont notre milieu bâti sert d'assise à un mode de vie sain et, en fin de compte, à notre santé.

Il est possible d'améliorer ou d'aggraver la santé des populations en changeant le milieu physique. **Les affections et les maladies chroniques liées à un mode de vie malsain augmentent au Canada.** Par exemple, plus de 7,8 millions de Canadiens de 18 ans et plus vivaient avec un problème d'obésité en 2015, soit plus d'un quart de la population. L'obésité augmente le risque de décès prématuré et de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète.

La relation entre le milieu bâti, un mode de vie sain, le comportement des personnes et l'état de santé est complexe. Les villes et les collectivités peuvent tout de même être conçues et construites de façon à ce que les **choix sains soient les choix les plus faciles** pour les citoyens.

La majorité des Canadiens – soit environ 80 % – vivent en milieu urbain ou suburbain. Au sein d'une même région géographique, il est possible de constater des variations dans la santé de la population, mais aussi certaines tendances. L'**intensification de l'étalement urbain** est un sujet de préoccupation, car ce phénomène est associé à toute une gamme de conséquences : mode de vie sédentaire, facilité d'accès à des aliments malsains, plus de temps passé au volant, moins d'activité physique et taux supérieurs d'obésité.

Bien que nous sachions que la **modification du milieu bâti peut être un moyen rentable d'accroître l'activité physique**, on en sait moins sur la façon d'améliorer les régimes sains et le bien-être mental par la conception d'un quartier, car il s'agit de nouveaux domaines d'études.

Améliorer l'occasion de faire du vélo, de marcher ou de prendre les transports en commun pour aller au travail ou à l'école en modifiant le milieu bâti est un domaine croissant d'intérêt pour la recherche. Cela pourrait ainsi contribuer largement à l'activité physique quotidienne. **Les caractéristiques de conception des collectivités**, telles que les rues reliées, un mélange de zones résidentielles, commerciales, éducatives et d'emploi, des pistes cyclables et un bon réseau de transport en commun **peuvent**

favoriser l'activité physique pour se rendre au travail ou à d'autres endroits; alors que les espaces verts, les cours d'eau, les sentiers pédestres, les sentiers et les installations récréatives **peuvent favoriser l'activité physique récréative.**

Les quartiers qui offrent un accès facile à des options alimentaires plus saines semblent être liés à une meilleure alimentation et à une meilleure santé. Par contre, ceux qui ont un taux plus élevé d'aliments malsains par rapport aux aliments sains semblent être liés à des régimes alimentaires médiocres et à une mauvaise santé. Cependant, il existe des **lacunes importantes dans nos connaissances** et d'autres facteurs, comme l'abordabilité, pourraient avoir une plus grande influence sur l'alimentation que le milieu bâti.

Les quartiers pourraient ne pas être conçus pour remédier à l'isolement social et à la solitude. Les collectivités dont les maisons ont des cours à l'avant ou qui sont proches de la rue, qui ont des destinations où se rendre à pied et des lieux de rassemblement, pourraient encourager l'interaction sociale. Des études suggèrent que les espaces verts sont liés à une variété d'avantages pour la santé, y compris un risque plus faible de décès prématuré. Les liens avec la terre, l'eau, la famille, la communauté et l'identité, ainsi qu'une vision holistique et interreliée de la santé et du bien-être sont des éléments importants de la culture autochtone qui peuvent donner un aperçu de la conception saine des quartiers.

À l'avenir, les décideurs et planificateurs à tous les niveaux devraient adopter une approche multisectorielle et collaborative et considérer la santé comme un résultat important, le cas échéant, lors de la prise de décisions relatives à la planification d'infrastructures. **Des recherches plus ciblées et axées sur des hypothèses, une collecte de données normalisée et des évaluations systématiques** de l'impact sur la santé des caractéristiques de conception des collectivités sont nécessaires. Vu la diversité des collectivités et des villes au Canada, il est important de tenir compte du contexte et de mobiliser les citoyens pour s'assurer de répondre à des besoins uniques lorsque l'on conçoit le milieu pour un mode de vie sain.



COMPRENDRE LA COMPLEXITÉ DU LIEN ENTRE LE MILIEU BÂTI ET LA SANTÉ

Pour concevoir des collectivités en vue d'améliorer la santé des citoyens, il est essentiel de reconnaître les interactions complexes entre le milieu bâti, un mode de vie sain et le comportement des gens. En voici des exemples : ¹⁻¹⁰

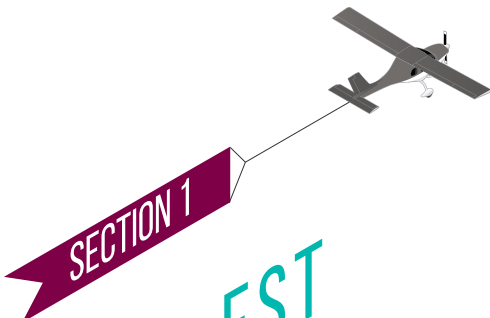
Il est important de considérer où le quartier est situé et qui sont ses habitants. Les quartiers existent dans un environnement plus vaste et, outre le milieu bâti, de nombreux facteurs y jouent un rôle : les lois, les politiques, les facteurs socioéconomiques, la culture, les croyances et les mentalités. De plus, les quartiers sont dynamiques et changent au fil du temps. Par exemple, les gens déménagent dans un quartier et le quittent pour de nombreuses raisons, comme leur état de santé du moment. Les gens ont tendance à se regrouper dans des quartiers avec des personnes qui partagent souvent des caractéristiques semblables comme la culture, les valeurs ou la situation socioéconomique.

De nombreux facteurs ont des incidences sur la santé et le comportement des gens. L'endroit où nous vivons est un facteur parmi beaucoup d'autres qui influent sur le comportement et la santé. Les gens peuvent vivre, travailler, étudier, faire leurs achats, se divertir et faire de l'activité physique dans bon nombre de quartiers différents. Parce qu'il faut du temps pour qu'un quartier influe sur la santé de ses habitants, il est difficile de déterminer quelles caractéristiques ou quels quartiers ont une incidence sur la santé d'une population (p. ex., les effets sur la santé pourraient être dus à des caractéristiques qui n'existent plus ou à des quartiers où les gens ont habité lorsqu'ils étaient enfants).

Il peut être difficile d'appliquer les résultats de la recherche. La recherche dans le domaine de la santé et du milieu bâti évolue rapidement. Jusqu'à maintenant, la plupart des études ont été des études d'observation et des études transversales (comparaison de différents groupes de gens à un point précis dans le temps), ce qui limite notre capacité de déterminer quelles caractéristiques d'un quartier modifient l'état de santé des gens. Il y a donc lieu d'effectuer des recherches et des évaluations ciblées et axées sur des hypothèses pour déterminer à quel point les caractéristiques de conception des collectivités influent sur la santé des habitants.

De plus, comme les chercheurs utilisent diverses définitions, méthodes et mesures, les études donnent certains résultats contradictoires. Cet état de fait limite notre capacité de tirer des conclusions valables et de mettre en œuvre des initiatives efficaces basées sur des données probantes. Chaque collectivité est unique avec ses caractéristiques, ses normes de comportement et ses besoins qui lui sont propres. Il peut être difficile d'appliquer directement au contexte canadien les résultats obtenus dans une collectivité à une autre, y compris les observations faites aux États-Unis ou en Europe. La cueillette de données standardisées et ouvertes aurait pour avantage de favoriser le partage de connaissances et le repérage d'approches qui pourraient s'avérer efficaces à l'échelle de diverses collectivités. Au Canada, comme la plus grande partie de la recherche est menée dans de grandes villes, nos connaissances du rôle du milieu bâti dans les petites collectivités et les collectivités rurales, éloignées et autochtones, sont lacunaires.





DE QUOI IL EST QUESTION

Le présent rapport vise à sensibiliser les Canadiens sur la façon dont notre milieu bâti sert d'assise à un mode de vie sain et, en fin de compte, à notre santé.

Il est possible soit d'améliorer, soit d'aggraver la santé des populations en changeant le milieu physique. Le pourcentage de Canadiens qui déclarent **être obèses, atteints du diabète ou d'une affection de l'humeur** a augmenté au Canada^{11,12}. Ces problèmes de santé ont des incidences graves sur la qualité de vie; ils sont en effet liés à certaines des principales causes de décès, dont le cancer et les maladies cardiovasculaires et respiratoires¹³.

Des aspects du mode de vie, comme le manque d'activité physique, la sédentarité, une mauvaise alimentation et le manque de relations sociales¹⁴⁻¹⁸, peuvent accroître le risque de mauvais résultats pour la santé. Par exemple, selon des données probantes, environ 30 % des cancers peuvent être évités en adoptant un mode de vie sain¹⁹. Bien que les comportements sains dépendent de nombreux facteurs, ces aspects du mode de vie sont tous modulés par notre **milieu bâti**.

QU'EST-CE QUE L'ÉTALEMENT URBAIN?

Cette expression renvoie aux zones urbaines qui s'étendent au-delà de leur noyau central, souvent dans des régions rurales, pour former des banlieues. Il s'ensuit souvent des conceptions différentes d'utilisation des terres par rapport aux centres urbains, une absence de diversité dans l'utilisation des terres d'une banlieue à une autre et le besoin d'avoir plus de routes et d'éléments d'infrastructure^{27,39}.

QU'EST-CE QUE LE MILIEU BÂTI?

Pour les besoins du présent rapport, il est l'environnement physique externe dans lequel on vit, travaille, étudie et se divertit. Il comprend les bâtiments, les routes, les réseaux de transport en commun, les parcs et les autres types d'infrastructure. Il est lié à la manière dont nous concevons, planifions et construisons nos collectivités²⁰.

Ce rapport est axé sur le milieu bâti et le mode de vie sain à plusieurs égards : **activité physique, saine alimentation et mieux-être mental** (y compris les relations sociales). Bien que ces sujets y soient traités dans des sections distinctes, on sait qu'ils interagissent et influent ensemble sur la santé. Par exemple, une saine alimentation et l'activité physique peuvent chacune entraîner une perte de poids et réduire le risque d'obésité, mais elles sont plus efficaces lorsqu'elles sont associées²¹.

Le milieu bâti peut avoir des incidences sur la santé de bien d'autres manières, notamment par son rôle dans la pollution atmosphérique, la sécurité (p. ex., les blessures), l'habitation, le chauffage, l'exposition aux rayons UV, les changements climatiques et les catastrophes naturelles.

Or le milieu bâti n'est pas l'unique déterminant de la santé des collectivités et des villes. Parmi les autres facteurs à prendre en compte : l'iniquité en ce qui concerne la santé et la pauvreté, l'engagement communautaire, ainsi que les facteurs sociaux, culturels, économiques et liés au milieu naturel.

MODIFICATION DU MODE DE VIE DES CANADIENS

Dans les années 1940, la répartition des habitants vivant en milieu urbain ou en région rurale était à peu près égale; de nos jours environ 80 % des Canadiens vivent en milieu urbain ou en banlieue²². Nos collectivités changent et s'étendent souvent par l'étalement urbain, plutôt que par la construction de **collectivités autonomes** (*site en anglais seulement*) et compactes²³⁻²⁶. L'étalement urbain a été associé au mode de vie sédentaire, à l'accès facile à des aliments malsains, à la diminution de l'activité physique et à des taux d'obésité plus élevés²⁷⁻³⁶. Un des principaux effets de l'étalement urbain qui pourrait expliquer certaines de ces conséquences est que nous passons plus de temps au volant³⁴⁻³⁶. Entre 1999 et 2016, le nombre de véhicules automobiles légers, incluant les automobiles et les véhicules utilitaires sport (VUS), a augmenté au Canada à un rythme plus rapide que la population, soit de 36 % comparativement à 19 %. Ce qui donne à penser que les Canadiens comptent davantage sur leur automobile pour se déplacer^{37,38}.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET COMPORTEMENT SÉDENTAIRE

S'ils semblent signifier la même chose, le manque d'activité physique et le comportement sédentaire sont deux notions distinctes. Le manque d'activité physique se définit comme n'étant pas assez actif pour satisfaire aux directives en matière d'activité physique. Le comportement sédentaire représente tout comportement qui nécessite une faible dépense énergétique, tel que s'asseoir ou se coucher. Par conséquent, un individu peut être à la fois actif et sédentaire.

DES QUARTIERS QUI FAVORISENT UN MODE DE VIE SAIN

La Figure 1 explique comment certaines caractéristiques de quartier peuvent mener à une bonne santé en favorisant l'activité physique, une alimentation saine et un milieu convivial. Il peut s'agir de mesures simples et pratiques, comme avoir accès à des commerces de fruits et légumes frais à proximité du milieu de vie.

FIGURE 1 :

Exemples de liens possibles entre le milieu bâti d'un quartier et le bon état de santé de ses habitants^{ex., 42-59}

CARACTÉRISTIQUES CONCEPTUELLES DES QUARTIERS

Favorisent l'activité physique

- Forte densité résidentielle/de population
- Rues reliées
- Endroits où se promener et faire du vélo
- Proximité des magasins, de l'école et du travail
- Zones attrayantes
- Parcs, espaces verts et installations récréatives
- Bon réseau de transport en commun

Offrent des options d'aliments sains

- Magasins qui vendent des aliments sains à proximité
- Marchés de producteurs
- Jardins communautaires

Créent un milieu favorable

- Lieux de rassemblement
- Paliers avant et cours à l'avant
- Bien desservi en trottoirs
- Accès à des espaces attrayants et verts
- Espaces culturels, architecture, art public

MODE DE VIE SAIN

Activité physique

Saine alimentation

Milieus positifs

SANTÉ

Réduction du risque d'obésité et de diabète

Réduction du risque de mauvaise santé mentale

Amélioration du mieux-être mental

CE QUE FONT LES PLUS GRANDES VILLES CANADIENNES

- Vancouver : [Stratégie pour une ville saine](#) (site en anglais seulement)
- Toronto : [Lignes directrices relatives aux rues complètes](#) (site en anglais seulement)
- Montréal : [Réseaux de transport structurants, efficaces et bien intégrés au tissu urbain](#)

Si nous ne savons pas encore **quantifier dans quelle mesure le milieu bâti a une incidence sur un mode de vie sain**, nous pouvons affirmer ceci : les quartiers que l'on bâtit avec le souci de la santé des habitants favorisent grandement des choix sains. Par exemple, cela pourrait se concrétiser par des quartiers conçus de façon à permettre à leurs habitants de se rendre au travail ou à l'école à pied ou en vélo.

L'incidence de l'activité physique est le domaine de recherche le plus avancé en ce qui concerne le milieu bâti et un mode de vie sain. Des données probantes ont montré en effet que modifier le milieu bâti est une façon rentable d'accroître l'activité physique dans de grandes populations. Une telle stratégie comporte, notamment, l'établissement de sentiers polyvalents sur l'assise d'anciennes voies ferrées, l'installation d'équipement dans les parcs, l'ouverture de nouveaux sentiers pédestres et cyclables et un accès facile à des installations récréatives^{40,41}. Les rôles du milieu bâti dans une alimentation saine, et dans la santé mentale et le mieux-être général, sont encore des sujets d'étude relativement nouveaux, mais nos connaissances progressent dans ce domaine.

BÂTIR DES QUARTIERS SAINS AU CANADA

De nombreuses villes canadiennes changent notre milieu bâti, et pour le mieux. L'idée de concevoir des villes saines en tant qu'enjeu mondial vient d'un atelier sur les villes en santé qui s'est tenu à Toronto en 1986^{60,61}. De nos jours, il existe bon nombre d'approches prometteuses pour améliorer les collectivités, la plupart s'appliquant au milieu urbain⁶². Aussi de nombreux secteurs doivent-ils se concerter avec les planificateurs communautaires pour bâtir des collectivités saines et contribuer ainsi à la santé des Canadiens^{62,64}.

La Figure 2 illustre la complexité du lien qui unit le milieu bâti au comportement et aux résultats pour la santé. On y décrit comment ce milieu et d'autres facteurs médiateurs peuvent agir sur le comportement humain, ce qui peut donner lieu à différents résultats. Ce rapport complexe existe au sein d'un contexte multidimensionnel où jouent d'autres déterminants de la santé, tels que l'âge, l'hérédité, le genre, l'environnement social, la culture et les soins de santé.

LES GRANDS ENJEUX DU PRÉSENT RAPPORT

Ce rapport réunit des données probantes dans le but d'examiner les façons de concevoir les collectivités canadiennes de manière à favoriser un mode de vie sain. On y trouve les sections suivantes :

- **Les collectivités canadiennes** – esquisse le contexte canadien avec un aperçu des tendances en matière de santé, ainsi que des données sur la population, et en particulier sur la santé des habitants en milieu urbain, suburbain et rural.
- **Les composantes de base d'un mode de vie sain** – examine la façon dont le milieu bâti peut créer des quartiers actifs, favoriser une saine alimentation et mener à des milieux conviviaux.
- **Les caractéristiques de conception pour des populations particulières** – présente les incidences du milieu bâti sur la santé dans différentes populations en mettant l'accent sur les enfants, les jeunes et les aînés, ainsi que les populations subissant des iniquités en matière de santé.
- **Concevoir des collectivités favorisant un mode de vie sain au Canada** – examine comment différents secteurs travaillent ensemble pour concevoir des collectivités en santé. S'y trouvent des exemples d'initiatives et d'approches en cours dans certaines villes canadiennes.
- **Un appel à l'action** – vise à fournir une orientation pour tirer un meilleur parti des caractéristiques du milieu bâti en vue d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

FIGURE 2 :

Aperçu de la façon dont le milieu bâti pourrait influencer sur la santé (adapté de la référence⁷²)

MILIEU BÂTI

Exemples :

- Utilisation des terres
- Transport
- Bâtiments et autres éléments d'infrastructure
- Installations et aires publiques

FACTEURS MÉDIATEURS

Exemples :

- Contaminants environnementaux
- Temps et climat
- Bruit
- Criminalité
- Sécurité routière
- Dangers
- Catastrophes naturelles

RÉPONSE DE L'ÊTRE HUMAIN

Exemples :

- Comportement – p. ex. activité physique, alimentation, consommation de substances
- Psychologie – p. ex. satisfaction, dépression, détresse, cohésion sociale
- Physiologie – p. ex. infections, système immunitaire, hormones

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

Exemples :

- À l'échelle individuelle: p. ex. obésité, état de santé perçu, bien-être
- À l'échelle des populations: p. ex. taux de décès prématuré, taux de maladies et d'autres affections

AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

p. ex. âge, hérédité, genre, milieu social, revenu, scolarité, culture, système de soins de santé

HISTOIRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'URBANISME

Les responsables de la santé publique et de l'urbanisme collaborent depuis longtemps pour s'attaquer à la maladie. Au début des années 1900, l'accent était mis sur l'amélioration de l'hygiène, la diminution du surpeuplement du logement afin de réduire les maladies infectieuses et le déménagement des gens loin des zones de pollution élevée. Toutefois, isoler les zones résidentielles des milieux de travail a probablement contribué à notre dépendance aux véhicules à moteur et à l'étalement urbain^{31,70,71}.

Plus récemment, les responsables de la santé publique et de l'urbanisme se sont concertés pour résoudre les questions de santé liées à l'étalement urbain, comme le faible niveau d'activité physique et les taux élevés de maladies chroniques et d'affections telles que l'obésité et le diabète^{70,71}.



SECTION 2

LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

La présente section donne un aperçu des grands facteurs qui varient dans l'ensemble du Canada et qui sont également liés au milieu bâti.

Bien que **la plupart des Canadiens, soit environ 80 %, vivent en milieu urbain**, l'étendue géographique considérable du pays donne lieu à des collectivités ayant des besoins et des caractéristiques uniques. Aussi est-il important de tenir compte de **cette diversité et de son évolution** lorsqu'on examine le milieu bâti et ses effets sur la santé.

TENDANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

De façon générale, les Canadiens sont en santé, mais certains le sont davantage¹¹. Or, les maladies et les affections liées à un mode de vie malsain augmentent au Canada. Par exemple, le pourcentage des Canadiens :

- de 20 ans et plus qui sont atteints du **diabète** a augmenté, passant de 6 % en 2000 à 10 % en 2011 (selon les données d'hospitalisation et les réclamations des médecins)¹¹;
- qui étaient **obèses** est passé de 21 % en 2003 à 25 % en 2012⁽¹²⁾. Selon les données d'un sondage révisé sur les Canadiens âgés de 18 ans et plus, les taux d'obésité ont augmenté, passant de 23 % en 2004 à 27 % en 2015⁽⁷³⁾; L'obésité chez les jeunes enfants semble avoir diminué de 14 % en 2004 à 10 % en 2015⁽⁷⁴⁾;
- déclarant avoir eu un **diagnostic de trouble de l'humeur** est passé de 5 % en 2003 à 8 % en 2014⁽¹¹⁾.

Les enjeux du diabète, de l'obésité et de la maladie mentale sont liés à toute une gamme de maladies et d'affections – autant de pistes d'alerte pour mieux aborder la santé en général^{11,19,690-692}.

LIEUX DE RÉSIDENCE DES CANADIENS EN 2016

En 2016, la population du Canada était de plus de **35 millions de personnes**. Le Canada a l'une des plus faibles densités de population au monde, soit quatre personnes par kilomètre carré (km²); cependant, sa population est largement concentrée dans une petite région, surtout dans des centres urbains et le long de la frontière méridionale avec les États-Unis^{23,77}.

On estime qu'en 2016 :

- 27 millions, soit 76 %, de Canadiens vivaient dans des régions de plus de 100 000 habitants²⁴;
- 86 % de la population habitait dans quatre provinces : l'Ontario (38 %), le Québec (23 %), la Colombie-Britannique (13 %) et l'Alberta (12 %)²³;
- 12,5 millions de Canadiens, soit près de 36 % de la population, vivaient dans l'un des trois plus grands centres urbains du Canada, à savoir Toronto, Montréal et Vancouver²³;
- la population des trois territoires nordiques du Canada équivalait à 2 % de la population de Toronto⁷⁸.

LA POPULATION DU CANADA VIEILLIT

Selon le recensement de 2016, pour la première fois, le nombre d'adultes de plus de 65 ans (5,9 millions) est plus élevé que celui des enfants de moins de 15 ans (5,8 millions). Le nombre de Canadiens de plus de 85 ans s'accroît quatre fois plus vite que l'ensemble de la population canadienne^{75,76}.

Toutefois, les populations des Prairies, des territoires et des communautés autochtones ont proportionnellement plus d'enfants que d'ainés. En Ontario, la proportion est similaire pour chaque groupe d'âge⁷⁵.

La population des grands centres urbains vieillit moins vite que celle des régions rurales. La population des banlieues est encore plus jeune que celle des centres urbains⁷⁵.



DÉFINIR LES RÉGIONS URBAINES ET LES RÉGIONS RURALES

De nombreuses définitions sont utilisées pour distinguer les régions rurales des régions urbaines. De façon générale, les régions urbaines comptent une forte population sur une superficie relativement petite. Les régions rurales ont une petite population et sont définies comme étant tout établissement situé en dehors des milieux urbains ou suburbains^{25,39,80-82}.

Selon Statistique Canada, une **région urbaine** ou centre de population compte au moins 1 000 habitants et sa densité est d'au moins 400 personnes par km². Les **régions rurales** sont celles qui se trouvent en dehors d'une région urbaine⁸².

Dans les régions rurales, il peut y avoir de petites villes, des villages et d'autres agglomérations de moins de 1 000 personnes ainsi que des zones qui renferment des lots immobiliers, des terres agricoles, des zones non aménagées et des zones éloignées et de nature sauvage⁸².

En ce qui concerne les communautés des Premières Nations, Affaires autochtones et du Nord Canada définit diverses régions par la proximité du centre de service le plus près et son accès⁸³ :

- **Région urbaine** – accès à moins de 50 km et par la route; tout juste un peu plus de 34 % des communautés.
- **Région rurale** – accès entre 50 à 350 km et par la route; 44 % des communautés.
- **Région éloignée** – accès à plus de 350 km et par la route; près de 4 % des communautés.
- **Région à accès difficile** – pas d'accès par la route à l'année; 17 % des communautés.

VIVRE EN BANLIEUE

Dans les années 1960, bon nombre de Canadiens vivaient dans ce qu'on appelle maintenant les banlieues⁶³. En fait, les banlieues ne sont pas une réalité nouvelle – selon des données probantes, il en existe depuis au moins l'époque médiévale. Or, leur forme et leur fonction, ainsi que les caractéristiques de leurs habitants, ont changé au fil du temps, sous la pression de divers événements comme la Grande Crise et les guerres mondiales⁶³. En regard des régions urbaines qui possèdent des quartiers compacts et piétonniers, la vie en banlieue est souvent perçue comme non favorable à la marche et subordonnée à la conduite au volant, ce qui peut entraîner une diminution de l'activité physique et accentuer la vie sédentaire^{27-32,34-36}.

Il n'y a pas de définition universelle de ce qu'est une banlieue.

Il est donc possible de la définir de bien des façons : par des limites administratives ou politiques, les limites du centre-ville, la distance par rapport au centre-ville, la densité de la population³⁹. Le nombre de Canadiens qui vivent en banlieue dépend de la définition utilisée. Voici ce que nous révèlent les données canadiennes :

- Lorsque les banlieues sont définies selon des **limites administratives ou politiques**, une plus grande proportion de gens vivaient dans la banlieue de Toronto (51 %), de Montréal (55 %) et de Vancouver (73 %) que dans ces villes mêmes, en 2006. Une plus petite proportion de gens vivaient dans la banlieue d'Ottawa (28 %), de Calgary (8 %), d'Edmonton (29 %), de Québec (31 %) et de Winnipeg (9 %) que dans ces villes³⁹.

- En 2016, la population des **municipalités qui étaient situées à proximité de grands centres urbains** a continué de croître à un rythme plus rapide (7 %) que celle des grands centres urbains (6 %). C'est notamment le cas de Whistler, en Colombie-Britannique, municipalité située près de Vancouver. Les municipalités plus éloignées d'un centre urbain, quelle que soit la taille de celui-ci, étaient moins susceptibles d'avoir une population en croissance²⁵.
- La croissance de la population de 31 **municipalités se trouvant dans une grande région urbaine** était plus de trois fois plus rapide que la moyenne canadienne de 5 %. Près de 26 % de ces municipalités se trouvaient à Montréal. Exemples de municipalités se trouvant dans une grande région urbaine : Mirabel par rapport à Montréal et Cochrane par rapport à Calgary²⁵.
- La proportion des Canadiens **habitant une maison unifamiliale**, (caractéristique commune à la banlieue) **a diminué au cours des 30 dernières années**. Cela dit, plus de la moitié des Canadiens habitaient toujours une maison unifamiliale en 2016. Dans les dix villes les plus peuplées du pays, les résidences multifamiliales (p. ex., immeubles d'appartements) étaient plus courantes à Toronto, Montréal, Vancouver et Québec. Or les maisons unifamiliales étaient plus courantes à Calgary, Edmonton, Gatineau-Ottawa, Winnipeg, Hamilton et Kitchener-Cambridge-Waterloo⁷⁹.

Les collectivités urbaines et rurales diffèrent en ce qui a trait à leurs caractéristiques, à leurs besoins et à leurs milieux bâtis. Même si la plupart des Canadiens vivent dans des régions urbaines ou à proximité, 20 % des habitants du pays demeurent dans des régions rurales. **La plupart des recherches sur le milieu bâti et son incidence sur la santé ont porté sur les régions urbaines.** Quant aux recherches portant sur les régions rurales, elles auraient intérêt, semble-t-il, à adopter une approche ciblée^{p. ex., 84,85}.



LA SANTÉ DANS LES RÉGIONS URBAINES, SUBURBAINES ET RURALES

L'état de santé peut varier au sein d'une région donnée et d'un type de région à l'autre (urbaine, suburbaine ou rurale)⁸⁶. Nombre de facteurs peuvent jouer à cet égard : l'âge, le genre, le revenu, l'éducation, l'emploi, la mobilité de la population, l'accès aux soins de santé^{86-91,98-100}.

Aussi est-il difficile de déterminer quels types de régions sont plus saines et pourquoi, en raison de nombre d'obstacles :

- Diverses définitions établies pour décrire ce qu'est une région urbaine, suburbaine ou rurale;
- Grande variation dans l'état de santé des habitants tant dans les régions urbaines que suburbaines et rurales. Par exemple, en région urbaine, une santé déficiente peut se cristalliser dans les quartiers désavantagés⁹. ex., 94,101-104;
- Différences dans la conception des collectivités dans chacun des trois types de régions;
- Variations dans les facteurs sociodémographiques qui pèsent sur la santé, tels que l'âge et le revenu — d'une collectivité à l'autre;
- Mobilité des populations, notamment des ruraux qui déménagent en ville;
- Déterminants de la santé qui changent au fil du temps à l'échelle des collectivités.

De façon générale, les données sur les variations entre régions urbaines, suburbaines et rurales ne font que saisir l'état de santé des habitants à un moment donné. Selon des données en provenance des États-Unis, il est important de repérer les changements qui surviennent au fil du temps. Par exemple, les régions urbaines dans ce pays ont connu une plus forte baisse des taux de mortalité due à bon nombre de maladies et d'affections que les régions rurales, ce qui engendre des iniquités accrues en matière de santé⁸⁹.

Selon d'anciennes données canadiennes, déterminer quelle région est la plus en santé dépend du résultat mesuré.

Les gens qui habitent en **région urbaine** tendent à afficher des taux de mortalité inférieurs due aux blessures, à l'empoisonnement, au suicide et aux accidents de voiture, des taux inférieurs de tabagisme, d'arthrite, de surpoids ou d'obésité, de même que des taux supérieurs de résidents consommant les portions recommandées de fruits et de légumes par rapport aux régions rurales et suburbaines⁸⁶. Par contre,

les régions urbaines affichent généralement des taux supérieurs de cancer, de maladies infectieuses, de stress et un sentiment moindre d'appartenance communautaire. Les urbains sont également plus susceptibles d'être exposés à une piètre qualité de l'air^{86,93-97}.

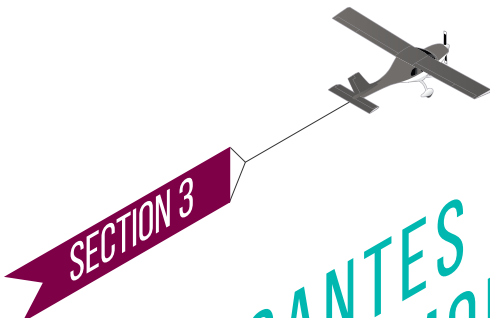
Quant aux habitants des **régions rurales**, ils sont plus susceptibles de déclarer un état de santé médiocre ou acceptable, un niveau de stress moindre et un plus fort sentiment d'appartenance communautaire que leurs vis-à-vis des milieux urbains et suburbains. Également, ils affichent généralement les taux les plus élevés de mortalité, toutes causes confondues; ainsi que les taux les plus élevés de mortalité due à une maladie respiratoire, ce qui pourrait être lié au tabagisme. De façon générale, les régions les plus fortement rurales affichent les résultats pour la santé les plus médiocres eu égard à ces mesures, mais possèdent un sentiment d'appartenance communautaire d'autant plus fort⁸⁶.

Il n'est guère facile de déterminer l'état de santé des habitants des régions suburbaines — entreprise compliquée et se prêtant à des contradictions.

L'étalement urbain a été associé à des facteurs comme le mode de vie sédentaire, un accès facile à des aliments malsains, une activité physique moindre et des taux supérieurs de surpoids ou d'obésité^{27-36,86}. Par contre, lorsque les régions suburbaines sont définies en fonction de la proportion d'habitants qui se rendent travailler dans un vaste centre urbain, ce sont les régions possédant les proportions les plus élevées à ce chapitre qui affichent les taux les moins élevés de personnes aux prises avec une maladie chronique ou subissant un décès toutes causes confondues, d'une maladie du système circulatoire, d'une maladie respiratoire, de cancer ou de diabète. Également, les hommes habitant ces régions affichaient une plus longue espérance de vie comparativement à leurs vis-à-vis de toutes autres régions⁸⁶. De plus, la banlieue fortement associée à un centre urbain serait plus susceptible de profiter d'une gamme de possibilités d'emploi et de services.

Le lieu qui a vu grandir une personne peut agir sur sa santé de façon différente du lieu de résidence une fois adulte.

Par exemple, selon certaines données probantes, les gens qui ont grandi dans une région urbaine réagissent plus fortement à des situations sociales stressantes comparativement à ceux qui ont grandi dans un autre type de région^{113,114}. **Un autre facteur qui peut jouer est la durée de résidence dans une région donnée.** Par exemple, pour certains habitants, vivre ou grandir dans une région urbaine a été associé à un risque plus élevé de trouble de santé mentale; cette différence ne peut être entièrement expliquée par des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le genre, l'état matrimonial, le statut socioéconomique ou l'ethnicité¹⁰⁵⁻¹¹². Ce risque pourrait varier en « fonction de la dose », puisque certaines données probantes ont montré que plus une personne vit longtemps en milieu urbain, ou « plus le milieu est urbain » (c.-à-d. plus la densité de la population est forte), plus le risque est grand¹¹⁰⁻¹¹².



LES COMPOSANTES DE BASE D'UN MODE DE VIE SAIN

3A DES QUARTIERS ACTIFS

Comment pouvons-nous bâtir des collectivités actives de façon à améliorer la santé? Voilà sous quel angle la présente section examine la recherche.

La majorité des Canadiens ne font pas assez d'exercice¹¹⁵. Il est essentiel de faire de l'exercice physique pour être en bonne santé, et pourtant les Canadiens ne sont en général pas assez actifs pour obtenir des bénéfices optimaux. Comment pouvons-nous augmenter l'activité physique? Une mesure importante consiste à bâtir des collectivités où il est facile de choisir d'être actif. La Figure 3 illustre comment la complexité des caractéristiques d'un quartier est probablement associée à une meilleure santé grâce à une augmentation de l'activité physique.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ

On croit que, dans l'ensemble, l'inactivité physique cause de 6 à 10 % des maladies non transmissibles¹¹⁷. Faire au moins 30 minutes d'activité physique modérée par jour peut réduire le risque de décès prématuré d'au moins 19 %¹¹⁸. Être **physiquement actif est fortement associé aux facteurs suivants**¹¹⁹⁻¹⁴⁵ :

- une meilleure force musculaire, fonction cardiovasculaire et santé mentale;
- un bon développement des enfants et des jeunes;
- un vieillissement en santé;
- une réduction du risque de décès prématuré, même s'il ne s'agit que d'une petite augmentation de l'activité physique;
- une réduction du risque de maladies et d'affections comme l'obésité, les cardiopathies, certains types de cancers, le diabète, la démence, l'ostéoporose et les problèmes cardiovasculaires;
- une meilleure santé pour les personnes atteintes de diverses maladies et d'affections (p. ex., cancer, diabète, troubles de l'humeur).

LE SAVIEZ-VOUS?

En 2013, seulement **10 % des enfants** et des **jeunes Canadiens** et **20 % des Canadiens adultes satisfaisaient aux Directives canadiennes en matière d'activité physique**, leur niveau d'activité étant mesuré à l'aide d'accéléromètres¹¹⁵.

Ces lignes directrices recommandent ce qui suit :

Les **tout-petits** devraient faire au moins trois heures d'activité physique chaque jour, quelle qu'en soit l'intensité.

Les **enfants et les jeunes** devraient :

- faire des activités aérobiques, modérées ou vigoureuses, au moins une heure par jour;
- faire des exercices de musculation et de renforcement des os au moins trois fois par semaine;
- faire plusieurs heures d'activité légère par jour.

Les **adultes** devraient :

- faire au moins 150 minutes d'activité aérobique modérée ou vigoureuse par semaine;
- faire des exercices de musculation et de renforcement des os au moins deux fois par semaine.

Il s'agit là des niveaux recommandés, mais les gens peuvent tout de même profiter de niveaux d'activité moins élevés. Ceux qui sont inactifs peuvent retirer des avantages plus grands pour la santé d'une augmentation de leur niveau d'activité¹¹⁶.

BÂTIR DES QUARTIERS QUI FAVORISENT L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il est possible de concevoir des quartiers qui favorisent des activités physiques utilitaires (ayant pour objectif de se déplacer ou de faire quelque chose) ou des activités physiques récréatives (réalisées pendant les loisirs), ou les deux à la fois. Chacun de ces types peut être un facteur contribuant grandement à satisfaire aux directives en matière d'activité physique et est associé soit à des types similaires, soit à des types différents de caractéristiques de quartier.

À l'échelle de la population, on s'est concentré sur la façon de tirer parti du milieu bâti pour construire des collectivités qui favorisent l'utilisation de moyens de transport actif, comme la marche, le vélo et le transport en commun, ainsi que l'activité physique récréative. Dans certaines situations, la relation entre le milieu bâti et l'activité physique a été associée à un meilleur état de santé. Cet avantage se décline sous différentes formes : diminution de l'indice de masse corporelle et de la masse adipeuse; amélioration des facteurs de risque des maladies

cardiovasculaires; diminution du risque de cancer; diminution du risque de décès prématuré (toutes causes confondues); meilleure santé mentale; et sentiment plus fort d'appartenance à la communauté¹⁴⁶⁻¹⁶⁸.

ENCOURAGER LE TRANSPORT ACTIF

La marche et le vélo sont des formes courantes d'activité physique et de transport actif.

- Beaucoup de gens aiment la marche — elle est considérée comme une excellente façon d'être physiquement actif à tout âge. C'est souvent un meilleur choix dans les zones denses et achalandées¹⁶⁹⁻¹⁷⁰.
- Le vélo est une façon efficace d'être modérément ou vigoureusement actif; il permet de parcourir de plus grandes distances que la marche; or, il bénéficie souvent moins d'éléments d'infrastructure que la marche^{169,177}.

Le transport actif peut contribuer à une activité physique quotidienne¹⁷⁸. À l'heure actuelle, ce mode de transport est sous-utilisé¹⁶⁷. À l'échelle de la population, le transport actif a le potentiel d'augmenter les niveaux d'activité des gens et d'améliorer leur santé¹⁶⁸. C'est une façon :

- de résoudre le problème du manque de temps pour être physiquement actif;
- de réduire le temps que les Canadiens passent au volant;
- d'aider les gens à atteindre les niveaux recommandés d'activité physique.

QU'EST-CE QUE LE *TRANSPORT ACTIF*?

Le transport actif est l'utilisation de l'énergie fournie par l'être humain pour aller quelque part, par exemple se rendre au travail en vélo ou à pied¹⁷¹. Le transport en commun est aussi une forme de transport actif, puisque les gens marchent pour y avoir accès ou se rendre à leur destination finale¹⁷²⁻¹⁷⁶.

FIGURE 3 :

Aperçu de l'influence du milieu bâti sur l'activité physique et, par ricochet, sur la santé (adapté de la référence⁷²)

CARACTÉRISTIQUES DE QUARTIER

- Utilisation mixte des terres
- Densité de population
- Rues reliées
- Destinations à proximité
- Transport en commun
- Sentiers, pistes, trottoirs
- Installations et aires récréatives
- Espaces verts
- Attractivité

FACTEURS MÉDIATEURS

- Exemples :
- Taux de pollution
 - Temps et climat
 - Criminalité
 - Sécurité routière
 - Dangers

RÉPONSE DE L'ÊTRE HUMAIN

- Activité physique

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

- Réduction du risque :
- De décès prématuré
 - D'obésité
 - De diabète
 - De maladies cardiovasculaires
 - De cancer
 - De mauvaise santé mentale

AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

p. ex. âge, hérédité, genre, milieu social, revenu, scolarité, culture, système de soins de santé



Le milieu bâti peut jouer un rôle important dans le transport actif. De façon générale, les régions à forte densité de population, présentant des aspects variés (mélange de zones résidentielles, commerciales, scolaires et professionnelles, rues reliées, bon accès aux destinations, bon réseau de transport en commun et éléments attractifs), ont été associées au transport actif ou à la réduction du temps passé au volant; il reste que la force de ce lien n'est pas nette¹⁷⁹⁻¹⁸⁷. Au Canada, le transport actif a été associé à l'existence d'un certain nombre d'éléments^{179,188,189-192} :

- arrêt du transport en commun à proximité;
- choix de destination à distance raisonnable;
- trottoirs bien entretenus;
- zones réservées aux cyclistes;
- installations récréatives à coût abordable;
- routes sécuritaires.

En ce qui concerne le **vélo**, une gamme d'éléments ont été associés au transport actif : pistes cyclables à proximité des habitations, pistes cyclables fournissant un accès à une variété de destinations à courte distance, bons liens entre les routes et les pistes, pistes cyclables sécuritaires, endroits sécuritaires pour ranger son vélo y compris près des gares d'autobus ou de chemin de fer, disponibilité de vélos à louer à court terme, signalisation et feux de circulation pour cyclistes, et trajets comptant peu de dénivellation et permettant une circulation peu dangereuse^{49,169,177,193-205}.

Voir le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada pour des exemples d'initiatives liées au transport actif au Canada.

D'autres facteurs doivent être pris en compte en ce qui concerne le transport actif. Par exemple, **offrir des possibilités d'emploi plus près du domicile des gens et rendre le transport en automobile moins attrayant que le transport actif**^{180,181,200}.

Entre autres stratégies qui ont permis de réduire la circulation routière : les journées ou les zones sans automobile, l'augmentation du coût de la conduite et le transport en commun gratuit ou à faible coût²⁰⁹⁻²¹⁶. Il reste que la mise en œuvre de certaines de ces stratégies peut présenter un défi particulier dans les endroits où il y a de grandes distances à parcourir et qui dépendent fortement des véhicules à moteur, comme au Canada.

FAVORISER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉCRÉATIVE

L'activité physique durant les heures de loisir n'est pas toujours associée aux mêmes caractéristiques de quartier que le transport actif^{166,191,217}. Certaines données probantes indiquent aussi que les gens qui vivent dans des quartiers où il est possible de se déplacer à pied et qui sont plus enclins à utiliser des moyens de transport actif sont peut-être moins enclins à être actifs pendant leurs heures de loisir^{185,190}.

Plus particulièrement, la **marche récréative** est associée à un certain nombre de caractéristiques de quartier, comme la destination (p. ex., lacs, voies navigables, destinations culturelles et sportives), des éléments attrayants, des rues bien éclairées, de bons trottoirs, pistes et sentiers, la présence d'installations et d'aires récréatives à proximité, et les espaces verts^{54,217-223}. Les Canadiens qui vivent dans des quartiers possédant ces atouts sont plus enclins à être actifs pendant leurs moments de loisir. La circulation et la sécurité peuvent aussi influencer sur les loisirs¹⁸⁸.

FACTEURS MÉDIATEURS QUI AGISSENT SUR LE LIEN ENTRE LE MILIEU BÂTI, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ

Le milieu bâti peut avoir une incidence sur l'activité physique et la santé des gens. Certains facteurs peuvent toutefois agir sur ce lien et devraient être pris en compte dans la conception des collectivités. Parmi ces facteurs à considérer au Canada : la sécurité routière, la pollution atmosphérique, les conditions météorologiques, le climat et la durée de la lumière du jour.

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Des données probantes semblent indiquer que les avantages de la marche ou du vélo pour la santé sont plus grands que le risque de blessures causées par la circulation²³². Les gens sont plus enclins à choisir le transport actif lorsqu'ils sentent que c'est un choix sécuritaire. Il y a de nombreuses façons de bâtir l'infrastructure pour rendre les routes plus sécuritaires pour automobilistes, piétons et cyclistes. **Au nombre de telles mesures** : réduction de la vitesse (p. ex., dos-d'âne, limites de vitesse, rétrécissement des voies), réduction des points de conflit avec piétons et cyclistes, augmentation de la visibilité des piétons (p. ex., avancées de trottoir) et éloignement des grandes voies de circulation des quartiers résidentiels^{45,56,233,234}.

LE SAVIEZ-VOUS?

En 2011⁽¹⁸⁸⁾,

- 62 % des Canadiens ont déclaré fréquenter des magasins à distance de marche de chez eux;
- 78 % avaient accès gratuitement, ou à faible coût, à des installations et à des zones récréatives près de chez eux;
- 72 % disposaient d'un arrêt du transport en commun à moins de 15 minutes de marche de chez eux;
- 70 % ont déclaré vivre dans un quartier attrayant.

Les Canadiens étaient plus enclins à être actifs s'il y avait dans leur quartier des destinations accessibles à pied (p. ex., des magasins), des zones ou des installations récréatives à accès gratuit ou à faible coût, des zones consacrées au vélo, de bons trottoirs, des caractéristiques intéressantes et un haut degré de sécurité¹⁸⁸.

DENSITÉ DE LA POPULATION

D'après des estimations provenant des États-Unis, les quartiers avec une densité de la population d'environ 360 à 1 540 personnes par km² sont associés à une augmentation de la marche. Une diminution de la conduite au volant est associée aux quartiers ayant une densité de la population de 1 160 habitants par km² ou plus²²⁹. En 2016, il y avait 32 régions urbaines au Canada dont la densité était d'au moins 360 habitants par km², et une dont la densité était d'au moins 1 160 personnes. Quelque 43 % de la population canadienne y vivait²³⁰. Dans les régions urbaines du Canada, la densité de la population varie selon les quartiers, ceux qui sont plus près du centre-ville étant souvent les plus densément peuplés (p. ex., Toronto²³¹).

UN RÔLE POUR LA SENSIBILISATION

Croire qu'un quartier a un potentiel piétonnier, que ce soit le cas ou non, est associé à une augmentation de la marche et à une meilleure santé²⁰⁶⁻²⁰⁸. Ce qui semble indiquer que mieux faire connaître le potentiel piétonnier d'un quartier pourrait être important pour accroître l'activité physique.

La **sécurité des piétons** peut aussi être augmentée de multiples façons : signalisation pour piétons, feux de circulation, panneaux indiquant aux piétons de faire attention à la présence de véhicules, refuges piétonniers, viaducs, passages inférieurs, obstacles, clôtures, trottoirs et rues bien éclairées^{236,237}. Quant aux collisions entre piétons et véhicules, elles risquent davantage de se produire près des écoles et dans les zones commerciales; elles sont d'ailleurs associées à une plus forte densité de la population, au débit routier, au nombre de piétons, à la densité routière et au nombre d'intersections²³⁷. Des recherches canadiennes ont montré que les gens optent plutôt pour la marche ou le vélo s'ils estiment leur trajet sécuritaire et attrayant. Aussi, certaines données probantes semblent indiquer que les cyclistes préféreront un trajet sécuritaire et attrayant plutôt qu'un trajet plus court et direct^{232,238-242}.

La **sécurité en vélo** joue pour beaucoup dans le choix de ce moyen de déplacement. Les gens font davantage de vélo lorsqu'ils se sentent en sécurité et qu'ils disposent d'une infrastructure réservée. Cela peut être particulièrement important pour ceux qui se sentent peu en confiance sur un vélo^{55,243}. On recense un certain nombre de mesures associées à l'augmentation de la pratique du vélo : avoir des routes, des voies et des pistes réservées aux cyclistes, réduire les limites de vitesse des véhicules à moteur, avoir des destinations où se rendre à vélo, avoir accès au transport en commun et de bons liens entre les pistes et les rues. En contraste, plus de circulation, de voies rapides et de congestion sont associées à moins de transport actif, incluant le vélo. Certaines façons de réduire le nombre de véhicules à moteur sur les routes pourraient aussi contribuer à accroître la marche et le cyclisme, comme accroître les coûts de possession

d'un véhicule, limiter le nombre de places de stationnement et établir des zones d'exclusion des automobiles²⁴³.

POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Être actif (courir, faire du vélo) dans des zones à forte circulation peut accroître le risque d'exposition à la pollution atmosphérique²⁴⁴. L'exercice pourrait accroître la quantité de pollution qui pénètre dans les poumons. Les polluants atmosphériques peuvent irriter les poumons, modifiant la respiration et le rythme cardiaque pendant l'exercice²⁴⁷. La présence de particules peut faire augmenter la pression sanguine et le rythme cardiaque et activer le système immunitaire²⁴⁸. Au Canada, ce problème est moins aigu que dans d'autres pays parce que, en général, la qualité de l'air y est relativement bonne^{245,246}.

Quels sont les risques^{168,249-254}?

- L'exercice physique comporte plus d'avantages pour la santé que l'exposition n'a de répercussions sur la santé, sauf dans les régions à forte pollution atmosphérique.
- Il y a beaucoup de polluants nocifs à l'intérieur des véhicules à moteur, parfois plus qu'à l'extérieur.

Tout en étant actifs à l'extérieur, les gens peuvent réduire leur exposition par différents moyens : en utilisant des routes moins passantes ou des parcours sans circulation de véhicules à moteur; ou encore en évitant l'exercice, ou en faisant de l'exercice moins intense, les jours où la qualité de l'air est mauvaise^{271,272}.

Voir le site Web de la [Cote air santé](#) pour la qualité quotidienne de l'air au Canada.

CYCLISME — COMPARAISONS MONDIALES

Dans plusieurs **pays européens**, en particulier les Pays-Bas, le Danemark, l'Allemagne, la Finlande, la Suède et la Belgique, les gens font régulièrement du vélo. Ce moyen de transport y est aussi plus sécuritaire²²⁴. Il est soutenu grâce à une gamme de moyens : infrastructure réservée largement répandue, mesures de ralentissement de la circulation dans les quartiers résidentiels, stationnements pour vélos, intégration au transport en commun, des mesures éducatives pour conducteurs et cyclistes et activités visant à promouvoir le cyclisme et à accroître le soutien du public. Dans les villes, l'utilisation mixte des terrains et la forte densité de la population font que de nombreux endroits sont accessibles en vélo. De plus, posséder une auto coûte cher et il est difficile de se rendre à certains endroits de cette façon, bien que, dans certains pays comme les Pays-Bas et l'Allemagne, le nombre de propriétaires de voitures et de vélos soit élevé^{220,225}.

Se déplacer régulièrement à vélo est loin d'être aussi apprécié en **Amérique du Nord**. Au Canada, en 2013-2014, environ 12 millions d'habitants, soit 41 % de la population, ont déclaré avoir fait du vélo au moins une fois au cours de l'année précédente, les jeunes y étant plus enclins que les plus âgés. Les hommes étaient plus susceptibles d'utiliser leur vélo que les femmes. Les hommes vivant en milieu urbain étaient plus enclins à faire du vélo que les hommes des régions rurales, mais c'est l'inverse qui a été observé pour les femmes. Les Canadiens sont moins enclins à se servir de leur vélo que par le passé, une tendance qui n'est probablement pas due au vieillissement de la population, mais qui pourrait être causée en partie par l'augmentation de la pratique d'autres activités, comme la course²²⁶.

Les Canadiens sont plus enclins à faire du vélo que les Américains. Cette différence vient peut-être du fait que le milieu bâti est plus favorable au cyclisme au Canada (p. ex., utilisation mixte des terres, courtes distances à parcourir pour arriver à destination, coûts plus élevés de la conduite au volant, cyclisme plus sécuritaire, plus d'infrastructures réservées au cyclisme et plus de formation associée à cette activité)^{227,228}.



L'EXPOSITION À LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

est liée à un risque accru²⁵⁴⁻²⁷⁰ :

- de décès prématuré par suite de maladies et d'affections comme les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires, le cancer du poumon, le diabète et les infections des voies respiratoires chez les enfants;
- de mauvaise santé respiratoire et cardiovasculaire, en particulier chez les personnes à risque (p. ex., celles qui ont de l'asthme ou d'autres affections pulmonaires, les enfants et les aînés), même à de faibles niveaux d'exposition;
- de maladies respiratoires, d'asthme, de pneumonie et d'otite moyenne chez les enfants, de syndrome de mort subite du nourrisson, d'issues défavorables de la grossesse (en particulier chez les mères qui présentent un problème médical préexistant), d'athérosclérose, d'hypertension, de diabète et d'affections neurologiques, comme la démence.

LE SAVIEZ-VOUS?

En 2014, 90 % des gens dans le monde vivaient dans des endroits où la qualité de l'air ne respectait pas les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (en ce qui concerne les particules fines)²⁶³. Dans l'ensemble, la qualité de l'air au Canada répond à ces normes, bien qu'elle varie selon les endroits^{263,264}.

CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES, CLIMAT ET DURÉE DE LA LUMIÈRE DU JOUR

Il n'est pas surprenant que le mauvais temps, les dangers causés par le temps, les températures extrêmes et le manque de lumière du jour réduisent la probabilité que les gens pratiquent une activité physique à l'extérieur²⁷³⁻²⁹². Même dans les pays nordiques, comme la Finlande, où de nombreuses personnes utilisent le transport actif, cette pratique est plus faible en hiver que pendant les mois chauds²⁹³.

Ce sont là des éléments importants au Canada, compte tenu de notre climat diversifié. Toutefois, ce type de climat offre aussi l'occasion d'innover dans le milieu bâti pour favoriser l'activité physique en toutes saisons et en tout temps. Par exemple, voici des suggestions pour augmenter l'activité physique pendant les mois d'hiver : un meilleur accès à des installations récréatives intérieures de bonne qualité (p. ex., piscines, gymnases) et la promotion d'installations pour les activités hivernales extérieures (p. ex., patin, raquette, ski)²⁸¹. Des quartiers bien éclairés et l'accès à des installations récréatives intérieures pourraient aussi encourager la pratique d'activités physiques pendant les périodes où la durée de la lumière du jour est réduite²⁹¹⁻²⁹⁵.

3B L'ACCÈS À DES ALIMENTS SAINS

La présente section porte sur la recherche qui explore les façons de concevoir des collectivités favorables à une saine alimentation.

Une saine alimentation est une composante importante d'un bon état de santé, ce qui signifie à la fois manger des aliments sains et éviter les aliments malsains. **De nombreux facteurs influent sur ce que nous choisissons de manger, dont l'accessibilité des aliments et l'offre d'aliments dans notre collectivité et à l'extérieur.** La Figure 4 illustre comment la complexité des caractéristiques d'un quartier est probablement associée à une meilleure santé découlant d'une saine alimentation.

ALIMENTATION ET SANTÉ

Une saine alimentation, sans nul doute, est associée à un meilleur état de santé. En règle générale, certains aliments sont considérés comme sains et, ensemble, forment **une alimentation saine et équilibrée**. Il s'agit entre autres des légumes, des fruits, des produits céréaliers, du lait faible en gras, du poisson et de la viande maigre, ainsi que des aliments prélevés dans la nature ou selon la tradition des populations autochtones. Avoir une alimentation saine et équilibrée, c'est aussi manger à des intervalles réguliers, consommer des portions appropriées et réduire la quantité d'aliments à teneur élevée en graisses saturées, en sel et en sucre³⁰⁰.

LE SAVIEZ-VOUS?

L'alimentation de nombreux Canadiens n'est pas saine²⁹⁶. L'alimentation au Canada a subi des changements : le pourcentage des apports énergétiques quotidiens provenant des glucides a diminué pour les Canadiens adultes de 2004 à 2015, alors que les apports en graisses et en protéines ont augmenté²⁹⁷. Les sucres représentent juste un peu plus de 20 % du régime alimentaire^{298,299}. De nombreux Canadiens n'atteignent pas les doses recommandées de vitamines et de minéraux²⁹⁷.

FIGURE 4 :

Aperçu de l'influence du milieu bâti sur l'alimentation et, par ricochet, sur la santé (adapté de la référence⁷²)

CARACTÉRISTIQUES DE QUARTIER

- Vivre à proximité de sources d'aliments sains — p. ex. les supermarchés
- Vivre loin des sources d'aliments malsains — p. ex. les dépanneurs, les restaurants-minute
- Marchés de producteurs
- Jardins communautaires

FACTEURS MÉDIATEURS

- Exemples :
- Prix faibles
 - Heures d'ouverture des magasins pratiques
 - Longue saison de récolte
 - Sécurité alimentaire

RÉPONSE DE L'ÊTRE HUMAIN

- Saine alimentation

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

- Réduction du risque :
- De décès prématuré
 - D'obésité
 - De diabète
 - De mauvaise santé mentale

AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

p. ex. âge, hérédité, genre, milieu social, revenu, scolarité, culture, système de soins de santé

L'ACCÈS À DES ALIMENTS SAINS AU TRAVAIL

Bon nombre de Canadiens passent la plus grande partie de leurs heures de veille au travail. Certaines recherches indiquent que manger des aliments apportés de la maison est associé à une alimentation plus saine que manger des aliments achetés au travail ou à proximité³⁰¹. L'accès à des choix alimentaires sains sur les lieux de travail ou dans les environs est également associé à une alimentation plus saine, mais pas nécessairement à une perte de poids³⁰²⁻³⁰⁴. Par ailleurs, les travailleurs des régions rurales pourraient faire face à des choix alimentaires limités³⁰⁵.

De nombreux facteurs influent sur ce que les gens choisissent de manger. À l'heure actuelle, de nombreux commerces offrent un large éventail de choix comprenant des aliments riches en calories, en graisses, en sel et en sucre. Devant une telle offre, est-il vraiment facile de manger sainement? **L'information alimentaire et nutritionnelle évolue constamment et présente souvent des messages contradictoires sur les aliments à manger et à éviter**³⁰⁶. Par ailleurs, au niveau individuel, les aliments qui constituent une saine alimentation et déterminent comment celle-ci contribue à une meilleure santé peuvent varier. La digestion et la métabolisation des aliments varient d'une personne à l'autre, ce qui signifie que tout le monde ne réagit pas aux aliments de la même manière^{307,308}. Les régimes personnalisés sont un nouveau domaine de recherche qui pourrait mener à des conseils nutritionnels basés sur les différences individuelles^{309,310}.

BÂTIR DES QUARTIERS QUI FAVORISENT UNE SAINÉ ALIMENTATION

Nous choisissons les aliments à consommer en fonction de nombreux facteurs interreliés, dont l'accès à des aliments sains dans notre quartier. Le milieu bâti peut y jouer un rôle, bien que les résultats de la recherche soient variés et parfois contradictoires³¹¹⁻³¹³. Pour leur part, les spécialistes croient que l'environnement alimentaire actuel est tel qu'il est facile de choisir des aliments malsains³¹⁴.

Les milieux nutritionnels ou alimentaires comprennent un large éventail de facteurs qui influent sur l'alimentation.

Voici, au nombre de ces facteurs : les politiques des gouvernements et de l'industrie, le milieu communautaire (p. ex., l'accessibilité à des magasins d'alimentation et à des restaurants, ainsi que leur type et emplacement), le milieu organisationnel (p. ex., la maison, l'école, le travail), le milieu de la consommation (p. ex., les choix d'aliments, les prix, les promotions, l'emplacement, l'information nutritionnelle), les médias, la publicité et les caractéristiques individuelles (p. ex., les caractéristiques sociodémographiques, les facteurs psychosociaux, la perception du milieu nutritionnel)³²⁴. Le milieu bâti fait partie de ce tableau d'ensemble, centré sur l'accès à des aliments sains et malsains. En ce qui concerne le rôle du milieu bâti dans une saine alimentation au Canada, nos **connaissances sont lacunaires**, en particulier pour les collectivités rurales et éloignées³²⁵.

ACCÈS À DES ALIMENTS SAINS ET MALSAINS

Les quartiers qui encouragent une saine alimentation auraient intérêt à accroître **l'offre d'aliments sains et l'accessibilité de ces aliments** pour tous les habitants. Un prix abordable et la qualité des aliments sont aussi des facteurs importants³²⁵. On ne sait pas clairement si le fait de vivre ou non près de commerces qui offrent des aliments sains et malsains a une incidence sur la santé. Mais certaines données probantes semblent indiquer que, **lorsque les gens ont accès plus facilement à des aliments sains qu'à des aliments malsains, ils sont plus enclins à avoir une alimentation saine, ils risquent moins d'être obèses, et leur risque de décès précoce est réduit**. Ce ne sont pas toutes les études, toutefois, qui ont montré l'existence d'un lien entre l'accès et la santé^{58,316,326-338}.

FACTEURS MÉDIATEURS QUI INFLUENT SUR LES CHOIX ALIMENTAIRES

58,102,148,306,315-323

- Le prix des aliments peut agir davantage sur l'alimentation et la santé que la distance à parcourir pour arriver à une source d'aliments, en particulier pour les familles à faible revenu.
- De nombreuses personnes ne se procurent pas toujours leurs aliments dans leur propre quartier et elles ont accès à un moyen de transport, donc peuvent les acheter ailleurs.
- Les gens prennent généralement l'habitude de faire leurs achats la plupart du temps dans les mêmes commerces.
- De nombreux commerces vendent à la fois des aliments sains et des aliments malsains. Leurs heures d'ouverture peuvent peser sur l'accès aux aliments sains.
- L'accès à des aliments sains varie selon les pays et les municipalités. Il varie aussi selon qu'il s'agisse d'une région urbaine, suburbaine ou rurale.

ACCÈS À L'ALCOOL

Avoir facilement accès à de l'alcool est un facteur associé à l'augmentation de sa consommation et à ses effets négatifs sur la santé. Par exemple, les actes criminels violents, y compris la violence familiale et les accidents d'automobile, sont plus susceptibles de survenir dans les quartiers à forte densité de points de vente^{91,340-345}. Une telle concentration est aussi associée au faible prix de l'alcool, aux problèmes de consommation et à de plus grandes incidences sur la santé (p. ex., hospitalisation liée à la consommation d'alcool et problèmes de santé mentale)³⁴⁶⁻³⁵¹.

L'accès est aussi un facteur important à prendre en compte pour d'autres drogues, dont les incidences sur la santé publique de la légalisation du cannabis.

DÉSERTS ALIMENTAIRES ET MARAIS ALIMENTAIRES

Les **déserts alimentaires** sont les zones où l'accès à des aliments sains et nutritifs à prix abordable est limité. Selon des recherches, il existe un lien entre les déserts alimentaires et la mauvaise santé, même si cet effet n'a pas été constaté partout^{148,315,327,338,339}. Les **marais alimentaires** sont les zones qui offrent de nombreuses options alimentaires malsaines. D'après les recherches, il existe un lien entre les marais alimentaires et la mauvaise santé (p. ex., alimentation malsaine, IMC élevé, obésité, diabète)^{323,339,352-361}.

L'une et l'autre zone peuvent coexister au sein d'une même collectivité. Toutefois, les recherches semblent indiquer qu'au Canada, et particulièrement en milieu urbain, les **marais alimentaires sont plus fréquents que les déserts alimentaires**³⁶²⁻³⁶⁴. Les commerces qui vendent des aliments dans les régions rurales peuvent différer de ceux des régions urbaines. Il semble que **les déserts alimentaires soient plus fréquents dans les régions rurales**³²⁰. Ils sont également fréquents dans les **collectivités éloignées**, en particulier celles dépourvues d'épicerie³²⁵.

Une stratégie qui a été envisagée pour lutter contre les régimes malsains et l'obésité consiste à élaborer des politiques et des lois qui **limitent l'accès au prêt-à-manger** en circonscrivant les zones de restaurants-minute et en limitant les sources d'aliments malsains (p. ex., les dépanneurs) près des écoles³⁶³⁻³⁶⁵. Également, le recours au zonage pourrait **favoriser une saine alimentation** (p. ex., le zonage favorisant l'accès aux commerces de fruits et légumes dans les collectivités rurales)^{363,366}.

FACTEURS MÉDIATEURS AYANT UNE INCIDENCE SUR LE LIEN ENTRE LE MILIEU BÂTI ET L'ALIMENTATION

Les effets des caractéristiques d'un quartier donné sur l'alimentation sont souvent associés à l'accès à des aliments sains ou malsains. De nombreux facteurs peuvent influencer sur l'accès à des aliments, ou être liés à cet accès, dont les saisons et l'insécurité alimentaire.

SAISONS

Au Canada, les saisons sont distinctes et la durée de la saison de végétation varie, ce qui a une incidence sur la croissance et la production des aliments ainsi que sur la disponibilité d'aliments traditionnels ou prélevés dans la nature. Bien qu'un vaste éventail d'aliments soit offert toute l'année en de nombreux endroits au pays grâce à l'importation, l'offre et le prix des fruits et légumes dans les commerces fluctuent selon les saisons³⁹⁰. Les marchés agricoles et les jardins communautaires sont également saisonniers et fournissent des produits frais en fonction de la durée de la saison de végétation. Malgré la brève saison de végétation, le Canada produit une bonne quantité de fruits et légumes, et la production a généralement augmenté^{391,392}.

INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Il peut être difficile pour les familles qui vivent dans l'insécurité alimentaire d'avoir accès à des aliments qui leur permettraient d'avoir une alimentation saine³⁹³. En 2014, environ 12 % des ménages canadiens ont connu une période d'insécurité alimentaire à un moment quelconque au cours de l'année précédente. Ce ne sont pas toutes les provinces et tous les territoires qui recueillent des renseignements sur l'insécurité alimentaire, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une estimation exhaustive du problème³⁹⁴.

La sécurité alimentaire ne semble pas être fortement corrélée à la proximité de commerces d'aliments ou à des programmes communautaires d'aide alimentaire^{396,397}. Certaines recherches indiquent que l'insécurité alimentaire est plus faible dans les régions rurales, en particulier là où il y a de nombreuses exploitations agricoles^{394,396}.

L'insécurité alimentaire et le prix des aliments sont beaucoup plus élevés dans les territoires nordiques. En 2014, au Nunavut, c'est près de 47 % des ménages qui ont connu une période d'insécurité alimentaire au cours de l'année précédente; et aux Territoires du Nord-Ouest, c'est juste un peu plus de 24 %³⁹⁴. Au Nunavut, l'insécurité alimentaire était plus élevée dans les petites collectivités que dans la capitale, Iqaluit³⁹⁸. Parmi les stratégies qui pourraient réduire l'insécurité alimentaire dans le Nord, il y a les réseaux de partage d'aliments, un meilleur accès aux aliments prélevés dans la nature et les serres communautaires^{399,400}.

QU'EST-CE QUE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE?

La sécurité alimentaire, c'est lorsque les gens **ont accès** à suffisamment d'aliments sains et nutritifs pour que leur alimentation et leur vie soient saines, et qu'ils **ont les moyens** de les acheter. L'absence de sécurité alimentaire (l'insécurité alimentaire) est associée à une mauvaise santé physique et mentale et à l'absence de bien-être^{394,395}.

MARCHÉS AGRICOLES ET JARDINS COMMUNAUTAIRES

Les villes et les collectivités utilisent diverses façons d'offrir des options d'aliments sains à leurs habitants. Les marchés agricoles et les jardins communautaires en sont deux exemples. À l'heure actuelle, on connaît peu leur efficacité.

Marchés agricoles : Pour améliorer l'accès de leurs résidents à des aliments sains, certaines municipalités soutiennent des marchés agricoles, ou y songent. L'influence de ces marchés semble être localisée, ce qui favorise l'accès à des options santé et, dans certains cas, améliore l'alimentation de ceux qui vivent à proximité³⁶⁷⁻³⁷⁸. Or la variété des aliments n'est pas toujours plus grande dans les marchés agricoles que dans les supermarchés, et certains aliments peuvent coûter plus cher³⁷⁹.

Jardins communautaires : Comme les marchés agricoles, les jardins communautaires sont une autre approche soutenue ou envisagée. Selon certaines études, les jardins communautaires sont associés à une meilleure alimentation, à une bonne santé mentale, au bien-être mental, ainsi qu'à un IMC faible³⁸⁰⁻³⁸⁷. Comme les jardins communautaires sont situés, en général, dans des zones de supermarchés, les gens y ont déjà des choix d'aliments sains³⁷¹; il peut donc être difficile d'évaluer les effets des jardins communautaires séparément de ceux des supermarchés. Les jardins communautaires sont également associés à l'appartenance à la communauté et, dans certains cas, au soutien social^{388,389}.



30 DES MILIEUX POSITIFS

La présente section examine la recherche portant sur les caractéristiques favorisant le mieux-être mental lorsque nous bâtissons des collectivités.

Le mieux-être mental est une composante importante du bien-être quotidien et d'une vie saine. De nombreux facteurs ont une incidence sur le risque d'une mauvaise santé mentale, tel que l'endroit où nous vivons, travaillons, étudions et nous divertissons. La Figure 5 illustre les liens complexes entre les caractéristiques des quartiers qui sont probablement liées à une meilleure santé grâce au soutien social, à la réduction du stress et au sentiment d'appartenance à la communauté.

SOUTIEN SOCIAL, STRESS ET SANTÉ

Le soutien social et un faible niveau de stress ont fortement été associés à une bonne santé.

SOUTIEN SOCIAL

Le soutien social peut **diminuer le risque de décès prématuré et de mauvais état de santé** prenant diverses formes : maladies cardiovasculaires, stress, troubles de santé mentale et d'autres

problèmes de santé, comme le cancer et les maladies infectieuses, sans doute liés à des facteurs tels qu'une fonction immunitaire détériorée ou un accès différé à des soins de santé⁴⁰¹⁻⁴⁰³. Les Canadiens de tous âges ayant un plus grand nombre d'amis et de parents étaient plus enclins que les autres à se déclarer en très bonne ou en excellente santé⁴⁰⁴. On pense que le soutien social est associé à une meilleure santé parce qu'il favorise les comportements sains et qu'il aide les gens à surmonter les situations difficiles⁴⁰³.

FIGURE 5 :

Aperçu de l'influence du milieu bâti sur le soutien social, le stress et le sentiment d'appartenance à la communauté et, par ricochet, sur la santé (adapté de la référence⁷²)

CARACTÉRISTIQUES DE QUARTIER

- Forte densité de population
- Maisons proches de la rue
- Paliers avant, jardins ou cours à l'avant
- Espaces verts
- Transport en commun
- Lieux de rassemblement
- Installations et services communautaires
- Sentiers, pistes, trottoirs
- Art public
- Attractivité

FACTEURS MÉDIATEURS

- Exemples :
- Faible taux de criminalité
 - Sécurité routière
 - Peu de dangers
 - Peu de bruit
 - Logement abordable
 - Peu de déchets, d'ordures, de graffitis, de vandalisme ou de bâtiments abandonnés

RÉPONSE DE L'ÊTRE HUMAIN

- Soutien social
- Réduction du stress
- Sentiment d'appartenance à la collectivité

RÉSULTATS POUR LA SANTÉ

- Réduction du risque:
- De décès prématuré
 - De mauvaise santé mentale
 - De faible fonction immunitaire
 - De nombreuses autres maladies et affections chroniques

AUTRES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

p. ex. âge, hérédité, genre, milieu social, revenu, scolarité, culture, système de soins de santé



ISOLEMENT SOCIAL ET SOLITUDE

Se sentir seul ou isolé socialement peut **accroître le risque de décès prématuré et de mauvais état de santé** prenant la forme de risque accru de dépression, de sommeil de mauvaise qualité, de problèmes d'attention, de détérioration de fonctions multiples (prise de décisions, résolution de problèmes et mémoire), de déclin cognitif, de mauvaise santé cardiovasculaire, de faiblesse de la fonction immunitaire et de stress⁴⁰⁶⁻⁴⁰⁹.

SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA COMMUNAUTÉ

Au Canada, les gens qui ont un fort **sentiment d'appartenance à la communauté** sont plus enclins que les autres à se déclarer en excellente ou en très bonne santé physique et mentale^{410,411}. En 2014, près de 19,4 millions de Canadiens âgés de 12 ans et plus, soit 66 % de la population, avaient un sentiment d'appartenance à la communauté très fort ou plutôt fort⁴¹².

STRESS

Le stress chronique a un grand éventail d'effets sur la santé, augmentant le risque de décès prématuré et de mauvaise santé physique et mentale ^{p. ex., 413-416}. En 2014, près de 6,7 millions de Canadiens de plus de 15 ans, soit 23 % de la population, ont déclaré avoir eu une vie assez stressante durant l'année précédente⁴¹².

BÂTIR DES QUARTIERS QUI FAVORISENT LE MIEUX-ÊTRE MENTAL

Il est possible de construire des quartiers de manière à accroître les interactions sociales et à réduire le stress.

INTERACTIONS SOCIALES

Les quartiers peuvent avoir une incidence sur les interactions sociales en **augmentant la probabilité que les gens se rencontrent et en fournissant des lieux de rassemblement**^{418,419}. Les quartiers qui sont associés à des niveaux élevés de convivialité entre voisins, de capital social (c'est-à-dire d'interactions et de réseaux sociaux qui augmentent la confiance et le soutien entre voisins) ou de sentiment d'appartenance à la communauté⁴¹⁹⁻⁴³³ :

- Ont des maisons qui sont proches de la rue et qui ont une galerie, un jardin ou une cour à l'avant;
- Ont des espaces verts;
- Sont conçus pour les piétons;
- Ont des destinations à distance de marche et facilitent le transport en commun;
- Sont propres;
- Ont peu de circulation et d'aires de stationnement;
- Ont des lieux de rassemblement (p. ex., lieux de culte, tavernes locales, cafés-restaurants, restaurants, parcs, aires et installations récréatives, centres communautaires, bibliothèques)
- Sont des endroits où les gens marchent pour le plaisir et se voient les uns les autres s'adonner à leurs activités;
- Créent un sentiment de sécurité.

POURQUOI NOUS SENTONS-NOUS SEULS?

La solitude est souvent temporaire et on croit qu'elle motive les gens à chercher du soutien social⁴⁰⁷. Lorsque la solitude devient une situation à long terme, il y a un risque pour la santé^{407,417}. La solitude peut survenir à tout âge, mais les facteurs qui la déclenchent varient au fil de la vie⁴¹⁷. La solitude semble être maximale à l'adolescence, lorsque les jeunes cherchent à établir leur propre identité, et au troisième âge, lorsque les gens commencent à perdre des personnes chères et que leur santé se détériore⁴¹⁷.

LE SAVIEZ-VOUS?

En 2013, en ce qui concerne^{404,405}

les amis et les voisins :

- 6 % des Canadiens ont déclaré ne pas avoir **d'amis proches**. Ce pourcentage est plus élevé chez les Canadiens de 75 ans et plus (15 %);
- 75 % des Canadiens ont déclaré avoir **au moins trois amis proches**, ce qui représente une augmentation par rapport aux 70 % de 2003. Ce pourcentage est plus élevé pour les Canadiens ayant de 15 à 24 ans (88 %);
- Environ 40 % des Canadiens ont déclaré **connaître bon nombre ou la plupart de leurs voisins**;
- 44 % des Canadiens **voient leurs amis** au moins quelques fois par semaine; il s'agit d'une proportion inférieure à celle de 2003 (56 %);

la famille :

- 55 % des Canadiens ont déclaré **se sentir près** d'au moins cinq membres de leur famille;
- 26 % des Canadiens **voient les membres de leur famille** au moins à quelques reprises chaque semaine; cette proportion est inférieure à celle de 2003 (38 %);
- 86 % des Canadiens ayant des liens étroits avec au moins cinq membres de leur famille étaient **satisfaits de leur vie**, comparativement à 75 % de ceux qui avaient un ou deux parents proches et à 69 % de ceux qui n'avaient pas de parent proche.

Les zones qui possèdent ces caractéristiques peuvent connaître des inconvénients à prendre en compte lorsqu'on bâtit des collectivités visant à favoriser le mieux-être mental des habitants. Par exemple, les quartiers qui sont liés à des niveaux élevés de sentiment d'appartenance à la communauté et de capital social pourraient ne pas être abordables pour tout le monde, ne sont pas nécessairement diversifiés et pourraient ne pas représenter ce que certaines personnes préfèrent⁴³⁵⁻⁴⁴⁰. Les zones où il y a beaucoup de commerces et de restaurants pourraient attirer des gens d'autres quartiers, d'où l'affaiblissement du sentiment d'appartenance à la communauté de leurs habitants⁴¹⁹.

STRESS ET MAUVAISE SANTÉ MENTALE

Les caractéristiques de quartier qui sont associées à un **risque accru de stress et de mauvaise santé mentale** sont les suivantes⁴⁴¹⁻⁴⁵⁰ :

- Les dangers (p. ex., trottoirs inégaux, nids-de-poule dans les rues, débris)
- Le bruit
- Les déchets
- Les habitations de mauvaise qualité
- L'absence de lieux de rassemblement
- L'absence de services
- Le faible potentiel piétonnier
- Le peu d'éléments attrayants
- L'absence d'accès à des espaces verts et à des installations communautaires
- Des caractéristiques négatives comme des bâtiments abandonnés
- Des quartiers non sécuritaires

Pour de nombreux Canadiens, se rendre au travail ou à l'école est un geste quotidien. Au Canada, la majorité des gens travaillent dans la municipalité dans laquelle ils habitent. Par exemple, 55 % des travailleurs qui vivent à Mississauga y travaillent et 81 % de ceux qui vivent à Toronto y travaillent. On observe le même phénomène à Montréal et à Vancouver, et près de ces villes⁴⁵¹.

Les longues périodes de déplacement peuvent être une source de stress, surtout lorsque les travailleurs ont le sentiment qu'ils n'ont pas la maîtrise des conditions, de la circulation et du temps⁴⁵²⁻⁴⁶¹. Cela peut être vrai également des déplacements par transport en commun. Des améliorations de l'infrastructure (p. ex., moins d'arrêts pour arriver à destination) peuvent parfois réduire le stress^{454,462-465}. Certains conducteurs aiment faire la navette et considèrent que c'est un moment tampon entre le travail et la maison^{466,467}. À long terme, un trajet stressant ou long a été associé à une mauvaise santé dans certaines situations, mais non dans d'autres^{485,500-502}.

LE SAVIEZ-VOUS?

Les déplacements pour le travail varient beaucoup au Canada⁴⁵¹, vraisemblablement en raison de facteurs tels que les différences dans les infrastructures permettant les navettes, la distance à parcourir et le climat.

En 2011, plus de 15 millions de Canadiens se rendaient au travail. Quelque 80 % d'entre eux utilisaient un véhicule privé, alors que 12 % utilisaient un transport en commun et que 7 % y allaient à pied ou à vélo⁴⁵¹. En 2011, environ 27 % des Canadiens ont déclaré avoir utilisé un moyen de transport actif au cours des trois mois précédents¹⁸⁸.

En 2011, il fallait à peu près 25 minutes aux Canadiens qui avaient à se déplacer pour se rendre au travail. Environ 17 % des Canadiens passaient au moins 45 minutes à faire la navette⁴⁵¹.

Pour aller au travail, il fallait plus de temps en moyenne par transport public qu'en auto : 24 minutes environ en auto, 40 minutes en autobus, 45 minutes en métro et près de 53 minutes en train léger, tramway ou train de banlieue. Pour le transport en commun, ces chiffres incluent le temps nécessaire pour marcher jusqu'à l'arrêt et le temps d'attente⁴⁵¹.

Les Canadiens qui font le trajet à pied ou à vélo y consacraient moins de temps : 13 minutes environ pour les premiers et à peu près 20 minutes pour les seconds⁴⁵¹. Cela peut s'expliquer du fait que les gens qui optent pour le transport actif demeurent plus près de leur travail.

FACTEURS MÉDIATEURS AYANT UN EFFET SUR LE LIEN ENTRE LE MILIEU BÂTI ET LE MIEUX-ÊTRE MENTAL

À l'heure actuelle, les experts ne s'entendent pas sur la façon de construire des collectivités à criminalité faible ou nulle, mais la sécurité est considérée comme un élément important des collectivités en santé⁵⁰⁰.

CRIMINALITÉ

Être victime d'un acte criminel ou craindre le crime peut avoir des effets durables sur la santé et le bien-être mentaux⁵⁰¹⁻⁵⁰⁵.

Cette crainte peut amener les gens à changer leur comportement. Des résultats malsains, comme l'inactivité physique et la méfiance, peuvent s'ensuivre^{502,506,507}.

AMÉLIORATION DU MIEUX-ÊTRE MENTAL

La recherche sur les façons de tirer parti du milieu bâti pour améliorer le mieux-être mental est limitée et peu concluante, mais elle avance. Voici des exemples de mesures qui pourraient être ciblées :

- **Augmentation du nombre d'espaces verts** – L'examen de l'influence des espaces verts sur la santé est un domaine de recherche relativement nouveau. **Les espaces verts ont été associés à une meilleure santé physique et mentale**^{44,51,52,468-481}. On croit qu'ils pourraient entraîner une amélioration de la santé parce qu'ils augmentent la pratique de l'activité physique, réduisent l'exposition à la pollution atmosphérique, permettent un plus grand nombre d'interactions sociales et diminuent le stress^{471,482,483}. Le lien entre les espaces verts et le mieux-être mental peut changer au cours de la vie et varier selon le genre^{470,484}.

LE SAVIEZ-VOUS?

En 2014, 20 % des Canadiens de plus de 15 ans ont déclaré avoir été victimes d'au moins un acte criminel (p. ex., voies de fait, vol qualifié, introduction par effraction, vol de biens personnels, vandalisme) au cours de l'année précédente⁵⁰⁹.

Pour réduire le crime, il semble important de comprendre les habitudes des criminels locaux et les caractéristiques de quartier qui favoriseraient la criminalité⁵⁰⁸. Voici deux exemples de stratégies prometteuses pour que **le milieu bâti prévienne la criminalité** :

- La **prévention du crime par l'aménagement du milieu** (PCAM) : Appuyée par les Nations Unies et des pays partout dans le monde, la PCAM vise à réduire la criminalité en réduisant les occasions. Elle soutient l'identification claire des zones publiques et privées (p. ex., par des affiches et des clôtures), l'enlèvement des déchets et des graffitis, la réduction des espaces inutilisés ou sous-utilisés, l'amélioration de la surveillance (p. ex., amélioration de la visibilité, emplacement stratégique des fenêtres, bon éclairage des rues) et le contrôle de l'accès⁵¹⁰.
- La **prévention situationnelle de la criminalité** (PSC) : Cette approche vise à comprendre où, pourquoi et quand les actes criminels se produisent dans un quartier et à en réduire les occasions en augmentant les risques qui lui sont associés et en diminuant les profits qui peuvent en découler. Il faut pour cela des solutions adaptées, entre autres modifier les caractéristiques de quartier de manière à réduire la criminalité^{508,512}.

- **Réduction du bruit** – Le bruit dans les quartiers peut provenir de diverses sources, comme des véhicules à moteur, des avions, des trains, des zones industrielles, de la construction et des voisins bruyants. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'en Europe, **parmi les facteurs environnementaux qui influent sur la santé, la pollution par le bruit arrive en deuxième lieu, derrière la pollution atmosphérique**⁴⁸⁵. La vie dans un quartier bruyant est associée à un risque accru de problèmes de santé tels que⁴⁸⁶⁻⁴⁹¹ :

- La perte d'audition;
- Le stress, ainsi qu'une mauvaise qualité de vie, une mauvaise santé mentale et un sommeil de mauvaise qualité;
- L'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires;
- Une mauvaise mémoire et de mauvaises compétences en lecture chez les enfants.

- **Création d'art public** – **L'attrait d'un espace peut avoir une incidence sur la façon dont les gens se sentent, pensent et se comportent.** Par exemple, il a été établi que les œuvres d'art dans les lieux publics ont un effet calmant⁴⁹²⁻⁴⁹⁴. L'art peut être le reflet de la culture et aussi une façon de tisser des liens sociaux et communautaires⁴⁹⁵. D'après certaines recherches, les projets artistiques d'une collectivité peuvent améliorer la santé et le bien-être de ses habitants ainsi que leur sentiment d'appartenance à la communauté⁴⁹⁶⁻⁴⁹⁹.

Ces solutions semblent efficaces dans certaines situations, mais elles ne s'attaquent peut-être qu'aux symptômes de la criminalité, non à ses causes et peuvent, dans certains cas, potentiellement accroître ou déplacer la criminalité^{508,510,512,518}. Certaines données probantes laissent à penser que des interventions dans les quartiers pourraient réduire la crainte du crime. Diminuer le désordre physique (p. ex., déchets, graffitis, vandalisme) et améliorer l'entretien des propriétés et des espaces publics semblent, dans une certaine mesure, augmenter le sentiment de sécurité⁵¹⁹.



LES CARACTÉRISTIQUES DE CONCEPTION DES POPULATIONS PARTICULIÈRES

La présente section examine les incidences des caractéristiques de conception du milieu bâti sur les modes de vie sains des enfants, des jeunes et des aînés, ainsi que le rôle qu'elles jouent dans les iniquités en santé.

La plupart des recherches concernant l'incidence du milieu bâti sur un mode de vie sain et la santé en général ont porté sur les adultes. Les recherches sur les enfants, les jeunes, les aînés et les groupes marginaux sont limitées, en dépit des iniquités et des risques pour la santé flagrants que subissent ces populations. Également, on possède peu de données probantes concernant **la façon dont le milieu bâti peut se répercuter différemment sur les genres.** Certaines recherches donnent à penser que des écarts pourraient survenir en ce qui a trait aux genres, mais les conclusions sont mitigées et dans l'ensemble, demeurent incertaines⁵²⁰.

ENFANTS ET JEUNES

ACTIVITÉ PHYSIQUE

En 2014, les données canadiennes ont montré que 31 % des garçons et 22 % des filles en 6^e année étaient actifs physiquement chaque jour pendant au moins 60 minutes. En 10^e année, cette proportion chute à 22 % des garçons et à 10 % des filles. Les élèves de la 6^e à la 10^e année sont plus enclins à participer à des sports d'équipe qu'à des sports individuels⁵²¹. Il semble qu'une plus grande proportion des élèves canadiens de la 6^e à la 10^e année passent une plus grande partie de leur temps de loisirs à jouer à des jeux vidéo et à naviguer sur l'ordinateur que par le passé^{521,522}.

La présence de **parcs et d'espaces verts** pourrait jouer un rôle important dans l'augmentation de l'activité physique chez les enfants vivant en milieu urbain; par contre, selon certaines données probantes, les **quartiers dotés notamment d'installations récréatives, de parcs, de terrains de jeu et d'aménagements liés à la marche** sont associés à des niveaux inférieurs d'activité physique chez les enfants^{523,524}. Un facteur de premier ordre pour promouvoir l'activité physique chez les enfants serait peut-être la mise à disposition de zones non aménagées permettant des jeux non structurés⁵²⁵.

La vie en banlieue ou dans de petites villes a été associée aux niveaux les plus élevés d'activité physique chez les enfants, alors que c'était l'inverse dans les zones urbaines. Les enfants vivant en milieu rural étaient plus susceptibles de passer du temps à l'extérieur et de s'adonner à des jeux non structurés que leurs vis-à-vis des zones urbaines⁵²⁸. Ce phénomène pourrait être associé à

la façon dont est perçue la sécurité dans les quartiers ruraux, tant pour ce qui est de la circulation que du crime.

Les craintes des parents au sujet de la sécurité de leurs enfants sont associées à leur consentement de les laisser jouer à l'extérieur⁵²⁹⁻⁵³⁴. Comme pour les autres groupes d'âge, les enfants qui se déplacent à pied ou à vélo risquent davantage d'être blessés que ceux qui se déplacent dans un véhicule à moteur⁵³⁵. **Les mesures visant à augmenter la sécurité, comme la modération de la circulation et la présence de zones récréatives à proximité, ont été associées à l'augmentation de l'activité physique et à la diminution des blessures chez les enfants.** Des mesures telles que la densité routière élevée, les écoles et les autres services à proximité et les passages pour piétons ont été associées à l'augmentation de la marche, mais non à l'augmentation de la sécurité⁵³⁶⁻⁵³⁹. La criminalité est également un élément important. Les enfants qui vivent dans un quartier où le crime est faible sont plus enclins que les autres à être physiquement actifs⁵⁴⁰.

LE BESOIN DE JEU STIMULANT

Le jeu stimulant est important pour le développement des enfants et leur santé physique et mentale. Il consiste à se mesurer à son environnement, à évaluer les obstacles avant de faire quelque chose. Cela aide aussi l'enfant à apprendre à jauger les risques, à être plus autonome et à améliorer sa capacité de jugement et d'apprentissage^{526,527}.

TABLE 1 :

Proportion des élèves canadiens ayant utilisé un moyen de transport actif en 2011 et en 2014^{521,522}

	6 ^e année	7 ^e année	8 ^e année	9 ^e année	10 ^e année
2014					
Garçons	31 %	25 %	27 %	28 %	26 %
Filles	29 %	25 %	26 %	24 %	19 %
2011					
Garçons	41 %	36 %	39 %	27 %	31 %
Filles	36 %	32 %	36 %	25 %	22 %

Marcher, faire du vélo ou utiliser les transports en commun pour aller à l'école, cela peut accroître le niveau d'activité physique des enfants et adolescents, mais bon nombre d'élèves au pays n'ont pas recours au transport actif⁵⁴¹⁻⁵⁴⁴.

En effet, l'utilisation du transport actif semble régresser au Canada. Chez les élèves des 6^e-10^e années, les taux décroissent selon toute apparence, notamment pour les plus jeunes (voir le Tableau 1)^{521,522}. Une enquête menée auprès des parents canadiens en 2012 a montré que si 58 % d'entre eux se rendaient à l'école à pied lorsqu'ils étaient enfants, ce n'est le cas que pour 28 % de leurs propres enfants de nos jours⁵⁴⁵.

Distance et sécurité : deux facteurs majeurs – Les élèves sont plus enclins à utiliser le transport actif si l'école est dans les environs et le parcours est sécuritaire⁵⁴⁶⁻⁵⁵⁶. Ils sont également plus portés à utiliser ce mode de transport dans les secteurs subissant l'étalement urbain⁵⁵⁷. **Les parents sont des modèles importants** pour leurs enfants en ce qui concerne l'activité physique. Par exemple, l'activité physique des enfants augmente de cinq à dix minutes par période de 20 minutes d'activité de leurs parents en soirée ou la fin de semaine⁵⁵⁸. Les enfants dont les parents utilisent le transport actif sont aussi plus enclins à l'utiliser^{559,560}.

SAINES ALIMENTATION

La recherche dans ce domaine évolue toujours, mais de façon générale, l'accès à des aliments sains ou malsains produit le même effet sur les enfants et adolescents que sur les adultes⁵⁶¹. Une différence vient du fait que les enfants et adolescents peuvent aussi être influencés par **l'accès à des aliments près des écoles et sur le parcours**. Selon des observations récentes, les enfants et adolescents qui vivent ou vont à l'école dans des quartiers qui comptent de nombreux commerces vendant des aliments malsains risquent davantage d'avoir une mauvaise alimentation et un excès de poids, d'être obèses et d'avoir une plus grande résistance à l'insuline et une faible densité osseuse⁵⁶¹⁻⁵⁶⁵.

MIEUX-ÊTRE MENTAL

Les **espaces verts** ont peut-être une influence positive sur le développement physique, comportemental et cérébral de l'enfant⁵⁶⁶⁻⁵⁷¹. Au Canada, les enfants qui passent plus de temps à l'extérieur sont plus enclins à être physiquement actifs, à avoir moins de problèmes avec leurs amis et à être plus sains sur le plan psychosocial⁵⁷¹.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, UNE SAINES ALIMENTATION ET LES FEMMES ENCEINTES/EN PÉRIODE POSTNATALE

Nous ne disposons pas de recherches concernant le rôle du milieu bâti sur la santé des femmes enceintes et en période postnatale. Cette population pourrait tout de même tirer avantage d'un quartier qui encourage l'activité physique et une saine alimentation. Les données probantes semblent indiquer qu'une saine alimentation et l'activité physique sont importantes pour assurer un poids adéquat pendant la grossesse, bien qu'elles n'aient peut-être pas d'effet sur des problèmes comme la pré-éclampsie, le diabète gestationnel et le déclenchement du travail^{572,573}. La prise de poids pendant la grossesse est aussi liée à la santé de l'enfant, y compris au risque de poids élevé à la naissance et de poids excessif pendant l'enfance⁵⁷⁴⁻⁵⁷⁶.

Les résultats de la recherche sont contrastés, mais certains semblent indiquer que l'exercice et une saine alimentation au cours de la période postnatale sont associés à une perte de poids et à l'amélioration des symptômes dépressifs après l'accouchement⁵⁷⁷⁻⁵⁸¹. De nombreuses femmes ont de la difficulté à perdre du poids en période postnatale, ce qui semble indiquer que des interventions sont nécessaires expressément pour ce groupe^{582,583}.

LES ÂÎNÉS ET LES CHUTES

Au Canada, environ 20 à 30 % des aînés font une chute chaque année. Les chutes sont aussi la principale cause d'hospitalisation des Canadiens âgés^{608,609}.

Les aînés qui avaient un sentiment d'appartenance à leur communauté et pensaient que les gens les aideraient étaient moins susceptibles de tomber. Les quartiers perçus comme plus propres et plus sécuritaires étaient associés à un moins grand nombre de chutes⁶¹⁰.

Les dangers à l'extérieur augmentent aussi le risque de chute ou la perception du risque de chute chez les aînés. Il peut s'agir de surfaces irrégulières, de la présence de bordures de trottoir, du manque d'entretien des rues, des trottoirs et des sentiers, d'un mauvais éclairage, de la présence de nids-de-poule, de zones encombrées, de circulation dangereuse, de signalisation peu claire et de passages pour piétons considérés comme non sécuritaires^{611,612}.

ÂÎNÉS

Les collectivités ne sont pas toujours construites de manière à soutenir la population vieillissante. **La plupart des aînés veulent rester chez eux et dans leur quartier en vieillissant.** À mesure qu'ils vieillissent, les aînés sont aussi plus enclins à passer plus de temps dans leur quartier et d'être plus sensibles aux changements de leur environnement⁵⁸⁴. La population du Canada vieillit¹¹, il devient donc de plus en plus important de veiller à ce que le milieu bâti l'aide à vieillir en santé.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Même les aînés qui sont déjà en mauvaise santé peuvent profiter de l'activité physique^{585,586}. De nombreuses caractéristiques de quartier (p. ex., éléments attrayants, proximité des commerces, services ou amis) associées, dans les autres groupes d'âge, à la marche utilitaire favorisent également ce type de marche chez les aînés. À ce sujet, les résultats de recherches, qui varient toutefois, sont probablement influencés par d'autres facteurs, comme la mobilité, le revenu et les attitudes⁵⁸⁷⁻⁶⁰⁷. **Certaines recherches semblent indiquer que les quartiers propices à la marche sont associés à une augmentation de cette activité même chez les aînés éprouvant des problèmes de mobilité**⁶⁰⁵.

On compte parmi les grands obstacles à l'activité chez les aînés, **l'accessibilité et la sécurité de leur quartier**. Voici quelques exemples : accès aux services, transport en commun, sécurité des trottoirs, conditions climatiques, bruit, éclairage, bordures de trottoir, éléments attrayants, passages piétonniers difficiles parce que les rues sont larges ou que les feux de circulation sont brefs, proximité des destinations^{588,611,613,614}. **Vivre en banlieue est associé**

à bon nombre de ces facteurs et peut créer une situation difficile pour les aînés, en particulier pour ceux qui ne conduisent plus. Les aînés préoccupés par la sécurité craignent les foules, la criminalité, la violence et la circulation⁶¹⁵.

Pour les aînés qui ont des problèmes de santé et de mobilité, il est important de disposer de bancs dans les quartiers. Ces bancs servent de halte routière pendant les longs trajets et permettent de mieux apprécier les espaces verts et les points d'eau⁶¹⁶.

ISOLEMENT SOCIAL

Les quartiers peuvent ne pas être conçus de manière à réduire le risque d'isolement social associé au vieillissement.

La solitude est un important problème de santé publique pour la population vieillissante au Canada. Ne pas être marié, être en mauvaise santé, avoir des revenus à la baisse et un niveau de scolarité peu élevé sont des facteurs de risque de solitude à un âge plus avancé⁶¹⁷. Il existe peu de recherches sur la façon dont le milieu bâti peut favoriser les interactions sociales et réduire l'isolement chez les aînés⁶¹⁸. Les quartiers propices à la marche et à l'activité physique sont associés à une activité et à une sociabilité accrues chez les aînés^{614,618}.

POPULATIONS ÉPROUVANT DES INÉQUITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Bâtir une collectivité en santé signifie répondre aux besoins et améliorer la santé de tous ses habitants, y compris ceux qui sont marginalisés¹. L'accès à des aliments, à de l'eau pure et à un logement sont des besoins de base. Il est évident que certaines stratégies d'amélioration du mode de vie sain, comme la construction d'un plus grand nombre d'aires récréatives ou d'une infrastructure pour le vélo, peuvent ne pas avoir d'incidences positives sur la santé d'une collectivité avant que ces besoins de base ne soient satisfaits.

ACCESSIBILITÉ POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

On ne tient pas toujours compte des besoins des personnes handicapées lorsqu'on conçoit et bâtit des collectivités⁶¹⁹⁻⁶²². En 2012, 14 % des Canadiens de 15 ans et plus, soit 3,8 millions de personnes, ont déclaré avoir un handicap qui nuisait à leurs activités quotidiennes⁶²³.

Des données probantes semblent indiquer que les quartiers faciles d'accès, dont les rues sont sécuritaires, de bonne qualité et à faible circulation, et qui disposent de grands espaces non surpeuplés, incitent les personnes handicapées à être plus mobiles et à jouir d'une vie productive et sociale^{613,621,622,624-626}. L'hiver peut réduire encore davantage l'accessibilité des personnes ayant un handicap physique, ce qui accroît le risque pour leur santé ainsi que le risque d'isolement^{620,627-630}.



Certaines caractéristiques de quartier peuvent aggraver l'iniquité en matière de santé, en particulier dans les quartiers défavorisés. En voici des exemples^{631,632} :

- L'absence de choix de transport;
- L'accès limité à des aliments sains, à du logement et à des soins de santé;
- L'absence de parcs et d'installations récréatives;
- La présence de bâtiments vides et de lots vacants;
- La mauvaise qualité de l'air ou de l'eau;
- Le manque de sécurité et un taux de criminalité élevé;
- L'isolement social accru;
- La ségrégation résidentielle.

La capacité financière est un facteur important qui détermine l'endroit où les gens décident de vivre. En ce qui concerne ceux à revenu inférieur, avoir accès à du logement à prix abordable est

associé à une meilleure santé et à plus d'argent disponible pour maintenir une bonne santé et son bien-être⁶³³⁻⁶³⁹.

Il existe peu de recherche sur le rôle du milieu bâti pour les populations autochtones, les gens vivant dans la pauvreté, les sans-abri et les personnes handicapées, et on ne dispose pas de données claires sur les personnes qui se déclarent lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, allosexuelles, en questionnement, intersexuées et bispituelles (LGBTQI2S).

EMBOURGEOISEMENT

L'embourgeoisement est la transformation de certaines zones en quartiers de la classe moyenne ou aisée. Quant à savoir si cela représente un avantage, ou nuit aux habitants de longue date, en particulier ceux dont le revenu est peu élevé, l'enjeu, peu soutenu par des données probantes, fait l'objet de débats^{640,641}.

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Environ la moitié de la population autochtone du Canada vit dans une région urbaine, une proportion qui a augmenté au fil des années. Quelque 34 % de la population autochtone urbaine vit à Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Calgary et Toronto⁶⁴². Le fait que les Autochtones vivent dans une région urbaine, rurale ou éloignée varie selon la population :

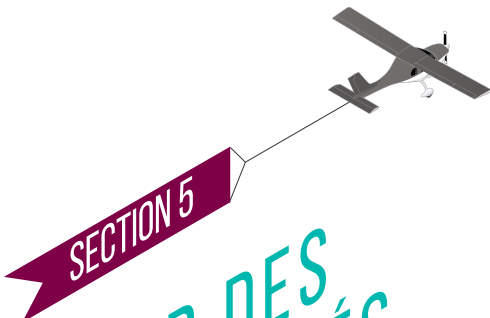
- En 2006, environ 70 % des Métis vivaient dans une région urbaine⁶⁴³.
- En 2006, environ 40 % des membres des Premières Nations vivaient dans une réserve, tandis que 60 % vivaient hors réserve. Parmi ces derniers, 47 % habitaient dans de grands centres urbains, 31 % dans de petits centres urbains et 21 % dans des régions rurales⁶⁴⁴.
- En 2011, environ 75 % des Inuits vivaient dans les quatre régions nordiques qui forment les territoires et le Labrador⁶⁴⁵.

Dans le cas des populations inuites et des Premières Nations, en particulier celles qui vivent dans des communautés éloignées et isolées, tirer parti du milieu bâti pour favoriser l'adoption d'un mode de vie sain présente des difficultés, mais également des possibilités. Au nombre des difficultés, il y a le manque d'infrastructure et les obstacles administratifs. Du point de vue du milieu bâti, certaines des préoccupations en matière de santé les plus urgentes pour les communautés autochtones vivant dans les régions éloignées concernent **l'eau potable, la disponibilité, la sécurité et la salubrité des aliments, l'accès à des soins de santé et la qualité, l'abordabilité, l'accessibilité et le surpeuplement du logement**⁶⁴⁶⁻⁶⁵³.

Comme l'ensemble du Canada, les populations autochtones font aussi face à des changements dans leur mode de vie : sédentarité, inactivité physique, alimentation malsaine et incidences sur la santé qui en découlent^{653,654}. Ces évolutions sont liées à l'abandon des milieux bâtis traditionnels. Par le passé, les communautés autochtones et leurs campements étaient conçus et situés de manière à tenir compte de leurs besoins, de leur bien-être et des réalités géographiques. Dans certains cas, les communautés établies temporairement se déplaçaient en fonction des saisons et de la disponibilité des aliments. Par suite de la colonisation et de l'assimilation, les communautés ont été déplacées et réinstallées ailleurs, souvent loin des terres ancestrales et des pratiques traditionnelles⁸³.

En ce qui concerne les modes de vie sains, les recherches sur les incidences du milieu bâti concernant les communautés autochtones sont peu nombreuses⁸³. Parmi les exemples d'obstacles à l'activité physique qui ont été relevés, il y a l'isolement, un milieu non propice à l'activité physique (p. ex., la température, les routes dangereuses, la sécurité, la présence d'animaux agressifs) et le manque de temps, d'occasions, de soutien, de programmes, d'installations et d'équipement^{83,654-657}.

Il y a aussi **des occasions d'apprendre auprès des populations autochtones**. Les liens avec la terre, l'eau, la famille, la communauté et l'identité sont des composantes importantes de la culture autochtone, qui met aussi l'accent sur l'intégrité, l'attachement et l'équilibre^{653,658}. Les communautés autochtones considèrent le lieu comme une source importante de santé qui fait partie d'une vue holistique et interreliée de la santé et du bien-être⁶⁵⁸. De nombreuses communautés autochtones ont élaboré, ou souhaitent élaborer, des programmes fondés sur les terres pour améliorer les résultats en matière de santé.



CONCEVOIR DES COLLECTIVITÉS FAVORISANT UN MODE DE VIE SAIN AU CANADA

COLLABORATION MULTISECTORIELLE

À l'heure actuelle, les responsables de la santé publique collaborent étroitement avec des urbanistes, des ingénieurs de la circulation, des architectes et des décideurs de tous les niveaux, à des degrés divers, partout au Canada. L'établissement de ces relations est considéré comme une étape particulièrement importante pour faire avancer les initiatives⁶⁵⁹.

La « santé dans toutes les politiques » est une perspective importante qui encourage les décideurs de tous les secteurs à tenir compte des répercussions des politiques publiques sur la santé⁶⁷⁻⁶⁹. Cette démarche est reconnue pour jouer un rôle clé dans la planification, le développement et l'équité^{1,2}. Pour les responsables de la santé publique, concevoir des collectivités en santé est véritablement une approche axée sur la santé de la population. Il s'agit de trouver un équilibre pour :

- améliorer la santé de tous les Canadiens et réduire les iniquités en matière de santé;
- prévenir les comportements malsains et le mauvais état de santé mentale et physique;
- tenir compte de l'influence des déterminants sociaux de la santé.

Une bonne partie de ce qui motive ce travail se produit à l'échelle locale; toutefois les lois, politiques et règlements provinciaux, territoriaux et fédéraux peuvent également avoir un effet. Mentionnons entre autres exemples les investissements dans divers secteurs comme les transports publics et l'adoption de politiques pour la planification municipale.

La présente section donne un aperçu de certaines approches utilisées pour concevoir des collectivités afin d'améliorer le mode de vie sain au Canada. Les collectivités qui soutiennent, favorisent et encouragent les modes de vie sains adoptent un effort concerté et multidisciplinaire qui mobilise une expertise non traditionnellement associée à la santé, telle que l'économie et le transport. Ces collectivités engagent également tous les paliers de gouvernement ainsi que les gens au niveau communautaire⁶⁵⁹.

S'ATTAQUER À L'ÉTALEMENT URBAIN

Certaines villes sont proactives et s'efforcent d'empêcher l'étalement urbain ou d'y remédier, mais la réponse est souvent réactive et apparaît une fois que les effets de l'étalement se sont déjà fait sentir. L'étalement urbain est souvent qualifié de vie de banlieue. Bien que les banlieues soient liées à des comportements malsains²⁷⁻³², elles offrent souvent des options attrayantes à des prix abordables. Comme bon nombre de Canadiens veulent vivre en banlieue et y sont heureux^{65, 66}, il faut des idées novatrices pour s'attaquer aux aspects malsains de ce mode de vie.

L'Ontario et l'agglomération de Vancouver (*site en anglais seulement*) sont des exemples d'approches proactives où les villes en question ont élaboré des plans de croissance qui visent à s'attaquer à l'étalement urbain. Dans le sud de l'Ontario, cela inclut l'établissement de cibles de densité pour l'établissement et la protection des espaces verts. Pour ce qui est du plan de l'agglomération de Vancouver, les objectifs sont les suivants :

- Concentrer la population dans des collectivités denses ayant accès à un éventail de choix en matière de logement, d'emplois, de commodités et de services.
- Protéger les terres agricoles et les terrains industriels.
- Protéger les aires naturelles pour avoir des aliments, de l'eau et de l'air purs ainsi que diverses activités récréatives.
- Mettre sur pied des collectivités autonomes ayant un éventail de choix de logement, une bonne répartition des emplois, un accès aux services et aux commodités et l'infrastructure nécessaire pour la marche, le vélo et l'utilisation du transport en commun afin de favoriser un mode de vie sain.
- Avoir une forme urbaine compacte axée sur les transports en commun et qui appuie un éventail de choix de moyens de transport durables.

EXEMPLES DE LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES ET D'AUTRES RESSOURCES

Il existe de nombreuses lignes directrices sur des pratiques prometteuses pour la construction de collectivités en santé. En voici des exemples :

- [Guide des pratiques relatives aux collectivités en santé de l'Institut canadien des urbanistes \(en anglais seulement\)](#)
- [Instrument d'évaluation en environnement bâti](#)
- [L'aménagement créatif, un manuel pour des collectivités en santé](#)
- [Trousse d'outils des liens entre le milieu bâti et la santé \(en anglais seulement\)](#)
- [Guide de l'utilisateur pour l'évaluation du développement sain \(en anglais seulement\)](#)
- [Lignes directrices sur la conception active \(site en anglais seulement\)](#)

PLANIFICATION LOCALE

Toutes les villes du Canada ont des plans, des politiques et des règlements qui orientent la conception et la construction de leurs collectivités. Le transport actif est maintenant la question à laquelle les urbanistes s'attaquent le plus souvent; et en second lieu : l'accès à des espaces publics, les réseaux sociaux et les lieux de rassemblement. L'absence de soutien gouvernemental ou politique est l'obstacle le plus souvent mentionné qui empêche les urbanistes d'envisager les répercussions sur la santé⁶⁶⁰.

Le milieu bâti peut être modifié concrètement. **Il est important pour comprendre, à l'échelle de la population, les obstacles physiques aux choix santé et les mesures favorisant ces choix**^{p. ex., 72}. Pour aider les gens à maximiser les avantages pour la santé qui sont issus de leur milieu bâti, les responsables de la santé publique peuvent soutenir l'évaluation d'initiatives ou d'approches visant à déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et dans quels cadres. Ils peuvent aussi maximiser l'efficacité du milieu bâti au moyen de politiques et de programmes axés sur la conception de modes de vie sains. Améliorer la santé devrait être l'un des objectifs de toute planification communautaire.

EXEMPLES DES TROIS PLUS GRANDES VILLES DU CANADA

Bon nombre des grandes villes au pays ont mis en place des initiatives visant à intégrer un mode de vie sain dans l'aménagement de la collectivité. Vancouver, Toronto et Montréal sont citées ci-après comme exemples de planification multisectorielle à grande échelle pour de grandes populations. Notons qu'il se fait de la planification communautaire multisectorielle dans de nombreuses régions, y compris dans les banlieues et les petites collectivités. Ce qui réussit bien dans les grandes villes peut ne pas s'appliquer dans les banlieues, les petites villes et petites collectivités ou dans les collectivités rurales ou éloignées.

Il a fallu du temps pour qu'on se préoccupe de l'effet du milieu bâti sur le mode de vie sain; **il n'est pas facile d'y apporter des changements à grande échelle** – cela commence souvent par de petits changements au niveau des collectivités. Les recherches sont importantes, mais **le contexte** l'est tout autant : pour être pertinentes, elles doivent correspondre aux besoins, à la situation et aux caractéristiques de la collectivité. Ce qui rend tout autant importants l'engagement de la collectivité et les connaissances locales. Il faut du temps aussi pour constater les effets du changement, en particulier sur la santé d'une population. Ensemble, ces défis montrent que tirer parti du milieu bâti pour améliorer la santé n'est pas une tâche qui va de soi⁶⁶¹.

L'HISTOIRE DE PORTLAND

Portland, en Oregon, est souvent citée comme exemple d'une ville qui a modifié son milieu bâti et amélioré la santé de ses citoyens en contenant l'étalement urbain. La ville a mis en œuvre de nombreuses mesures depuis 1979, comme :

- Limiter le développement à l'extérieur de son contour;
- Garder sa population près du centre de la ville, dans les quartiers denses et polyvalents;
- Mettre sur pied un réseau de trains légers bien reliés qui dessert de nombreux secteurs de la ville.

Les taux de mortalité annuels ont connu une baisse, passant de près de 9 000 par million d'habitants entre 1989 et 1994, à près de 8 000 par million d'habitants, entre 1995 et 2000. Ce changement a été associé à ce que fait la ville pour limiter l'étalement urbain⁷².



VANCOUVER (toutes les pages Web de la Ville sont en anglais seulement)

Population en 2016 : **2,5 millions d’habitants**

Depuis de nombreuses années, Vancouver cherche à bâtir une ville durable et à améliorer la santé et le bien-être de ses habitants au moyen de politiques, de planification et d’initiatives connexes. En 2006, l’Autorité sanitaire côtière de Vancouver a mis en œuvre une collaboration axée sur le milieu bâti. Elle a travaillé étroitement avec les collectivités au cours de l’élaboration de ses plans d’urbanisme afin que le milieu bâti soit pris en compte⁶⁶¹.

Pour d’autres renseignements sur la planification, le zonage, l’aménagement, le développement communautaire et la santé publique, voir :

- [Urbanisme, zonage durable et aménagement](#)
- [Bâtir des collectivités](#) (p. ex., planification des quartiers, amélioration des espaces publics, collectivités autochtones, accessibilité, personnes âgées, femmes, jeunes)
- [Santé publique](#)

Stratégie pour une ville en santé : La stratégie de Vancouver pour une ville en santé présente un plan intégré à long terme pour des gens en santé, des lieux en santé et une planète en santé. Des champions d’un éventail de secteurs supervisent l’adoption de la vision « Une ville en santé pour tous » de la stratégie.

Voici des exemples de thèmes de la stratégie liés au milieu bâti et aux modes de vie sains :

Thème	Objectifs et cibles	Mesures entreprises
Vie active et « jouer dehors »	Objectif : Tous les habitants sont actifs et ont un accès incomparable à la nature Cibles : • D’ici 2020, tous les habitants vivront à moins de cinq minutes de marche d’un parc • D’ici 2025, le taux d’habitants qui respectent les lignes directrices canadiennes sur l’activité physique augmentera de 25 % par rapport aux taux de 2014	Cadre stratégique de la Commission des parcs et des loisirs de Vancouver Plan d’action pour la ville la plus verte Plan de transport 2040 Parcs, jardins, plages Activités récréatives
Se déplacer	Objectif : Des moyens de se déplacer sécuritaires, actifs et accessibles Cible : • D’ici 2020, plus de 50 % des déplacements se feront à pied, à vélo ou en transports en commun	Plan de transport 2040 Plan d’action pour la ville la plus verte

Thème	Objectifs et cibles	Mesures entreprises
<u>Un milieu où il fait bon vivre</u>	Objectif : Les habitants ont droit à un milieu sain et à un accès équitable à un milieu dans lequel il fait bon vivre et s'épanouir Cibles : • Ajouter au plan d'action pour une ville verte une cible en ce qui concerne la biodiversité et une cible sur la prévention des toxines, et accroître les indices de proximité à pied des quartiers	Bâtir des collectivités Plan d'action pour la ville la plus verte Stratégie d'adaptation aux changements climatiques Urbanisme Commission économique de Vancouver VIVA Vancouver : création d'espaces vivants pour les piétons Plan de transport 2040
<u>Bien se nourrir</u>	Objectif : Un réseau alimentaire sain, juste et durable Cible : • D'ici 2020, accroître d'au moins 50 % les biens destinés à l'alimentation (p. ex., plus d'occasions de cultiver ses propres aliments, marchés alimentaires locaux à proximité, meilleur accès à des aliments à prix abordable) des quartiers et de l'ensemble de la ville	Stratégie alimentaire de Vancouver

Autres thèmes stratégiques : le [développement de l'enfant](#), le [logement abordable](#), la [pauvreté et le chômage](#), l'[accès aux services](#), la [sécurité et le sentiment d'appartenance](#), les [liens sociaux](#), l'[apprentissage permanent](#) et la [culture](#).

Autres sites Web et ressources de la Ville :

- [Parcs, loisirs et culture](#)
- [Habitation et développement](#)
- [Rues et transport](#)
- [Vancouver, ville verte](#)
- [Ville résiliente](#)

Participation citoyenne

À Vancouver, les citoyens peuvent participer à de nombreux aspects des affaires municipales et de l'administration de la Ville. La Ville encourage la participation au moyen de Talk Vancouver, un forum en ligne et de consultations publiques. Les réunions du Conseil municipal sont publiques et les gens peuvent y prendre la parole; ils peuvent faire partie de commissions et de comités, et être bénévoles. La Ville utilise également divers moyens, dont les médias sociaux, pour rejoindre les citoyens.

Pour plus de renseignements sur la façon de participer, voir la page Web de la [participation citoyenne](#).



TORONTO (toutes les pages Web de la Ville sont en anglais seulement)

Population en 2016 : **5,9 millions d'habitants**

Toronto a été l'une des premières villes à adopter le concept de [ville-santé](#) (*page en anglais seulement*). Une ville-santé est une ville en santé qui s'efforce continuellement d'améliorer ses milieux et ses collectivités pour améliorer la santé et le bien-être de ses citoyens^{662,663}. Le Bureau de santé publique de Toronto participe activement à l'élaboration de divers plans et stratégies, et collabore avec d'autres secteurs municipaux en ce qui concerne le milieu bâti⁶⁶¹.

Pour d'autres renseignements sur l'urbanisme et la santé publique à Toronto, voir :

- [Urbanisme](#)
- [Santé publique](#)

Voici des exemples d'approches novatrices, de pratiques exemplaires, d'activités et de projets visant à améliorer le mode de vie sain en mettant l'accent sur le milieu bâti qui ont lieu à Toronto :

Activités	Objectifs	Mesures entreprises
<u>Lignes directrices relatives aux rues complètes</u>	Les rues complètes ont les composantes suivantes : Des rues pour les gens • Améliorer la sécurité et l'accessibilité • Donner des choix aux gens et des réseaux reliés • Encourager la vie active et saine Des rues intégrant l'aménagement de places publiques • Respecter le contexte local • Créer des espaces publics attrayants et vivants • Améliorer la durabilité environnementale Des rues pour la prospérité • Soutenir la vitalité économique • Améliorer l'équité sociale • Être souples et économiques	Élaborer et mettre en œuvre les lignes directrices établies dans le plan d'urbanisme de Toronto dressé en consultation avec de nombreux secteurs et intervenants Exemples de rues complètes à Toronto : • rue College • chemin Royal York • rue Front • Port Union • rue John • avenue McNicol • Yorkville
<u>Stratégie alimentaire de Toronto</u>	• Soutenir les quartiers « cuisinomanes » • Faire de l'alimentation une des pièces de résistance de la nouvelle économie verte de Toronto • Éradiquer la faim à Toronto • Créer des liens entre la ville et la campagne au moyen des aliments • Communiquer de l'information aux habitants et leur partager des compétences en matière alimentaire • Faire pression sur les gouvernements fédéral et provincial pour qu'ils adoptent des politiques alimentaires axées sur la santé	Exemples de projets : • Marchés Grab Some Good • Portail en ligne FoodReach • Cartographie des marchés d'alimentation au détail • Aliments mondiaux cultivés localement

Activités	Objectifs	Mesures entreprises
<u>Parcs, foresterie et initiatives sur les loisirs</u>	Exemples : • Plan directeur des installations récréatives et des parcs • Plan des parcs • Stratégie d'orientation dans les parcs et les sentiers de Toronto • Plan de gestion stratégique des forêts • Stratégie des ravins de Toronto • Stratégie de la planche à roulettes	
<u>Initiatives de transport</u>	Exemples : • Plan de sécurité routière • Plan du réseau cyclable de Toronto • Stratégie pour la marche de Toronto • Programme d'embellissement des rues • Art de rue Toronto • Plan de gestion des graffitis • Rues accessibles	

Autres sites Web et ressources de la Ville :

- [Bureau de la santé publique de Toronto – milieu bâti](#)
- [Toronto, ville saine par l'aménagement](#)
- [Améliorer la santé par l'aménagement dans la région métropolitaine de Toronto et d'Hamilton](#)

Participation citoyenne

[Participez à l'épanouissement de Toronto](#) vise à créer, pour les habitants de Toronto, des occasions de façonner la vision de l'avenir de la Ville, de planifier les changements dans ses quartiers, d'offrir de l'information et des idées sur les questions étudiées par le Conseil municipal et de faire partie de conseils et de groupes consultatifs, ou d'être bénévoles.

Les réunions du Conseil municipal et des comités de Toronto sont ouvertes au public. La Ville procède à différentes consultations publiques et offre à ses citoyens de nombreuses occasions de participer. Dans un projet pilote récent, on a demandé aux citoyens de proposer des projets d'amélioration de leur quartier au moyen du [projet pilote de budget participatif](#), et de se prononcer sur l'adoption de ces projets.

Toronto fait également participer ses citoyens par l'entremise des médias sociaux. L'urbaniste en chef de la Ville a un [blogue](#) pour discuter avec les citoyens de divers projets et de diverses questions de planification.



MONTREAL

Population en 2016 : **4,1 millions d'habitants**

Montréal a mis sur pied beaucoup d'initiatives et de projets portant sur le milieu bâti. Depuis de nombreuses années, la Ville fait participer les quartiers et les organisations non gouvernementales pour régler les questions associées au milieu bâti⁶⁶⁴. La Direction de santé publique de Montréal a aussi participé à l'élaboration de politiques et a appuyé divers projets relatifs au milieu bâti au cours des 30 dernières années. Depuis le début des années 2000, elle s'occupe surtout des transports et de la santé⁶⁶¹.

Pour d'autres renseignements sur l'urbanisme, la santé et la sécurité publique, voir :

- [Urbanisme](#)
- [Santé et sécurité publique](#)

Plan d'urbanisme : Le plan d'urbanisme de Montréal a été adopté en 2004 et a été considérablement modifié au début de 2016.

Thème	Objectifs	Mesures à l'appui, principes et programmes
<u>Des réseaux de transport structurants, efficaces et bien intégrés au tissu urbain</u>	Objectif : Consolider et aménager le territoire en relation avec les réseaux de transport existants et projetés	Mesures • Faciliter les déplacements entre les différents secteurs de la ville en établissant de nouvelles dessertes de transport collectif • Soutenir une urbanisation favorisant l'utilisation du transport collectif • Lier stratégiquement les secteurs de la ville en terminant le réseau routier • Assurer la desserte aux secteurs d'activités et l'accès aux infrastructures de transport collectif en complétant le réseau panmontréalais de voies cyclables • Favoriser l'aménagement du territoire ainsi que l'utilisation du transport collectif et du vélo en agissant sur l'offre d'espaces de stationnement Autres Le plan de transport de la ville de Montréal L'aménagement des aires de stationnement pour vélos Le plan d'action vélo Les actions de la politique de stationnement
<u>Un patrimoine bâti, archéologique et naturel valorisé</u>	Objectif : Préserver et mettre en valeur le patrimoine bâti et archéologique	Mesures • Préserver et mettre en valeur les milieux naturels en favorisant leur intégration au développement urbain Autre La politique de protection et de mise en valeur des milieux naturels

Thème	Objectifs	Mesures à l'appui, principes et programmes
<u>Un environnement sain</u>	Objectif • Assurer une gestion optimale des ressources dans un contexte urbain • Atténuer les nuisances générées par les activités urbaines sur le milieu • Encadrer l'aménagement dans les zones de contraintes environnementales	Mesures • Assurer un aménagement urbain plus sain • Réduire les effets des polluants atmosphériques et des gaz à effet de serre • Assurer une gestion efficace des infrastructures d'eau potable et des eaux usées • Assurer la récupération et la réutilisation des matières résiduelles • Poursuivre la remise en état des sites contaminés, avec l'aide financière des gouvernements • Remettre en état, en priorité, les sites contaminés aux abords de certaines stations de métro et gares ainsi que les secteurs à transformer • Réduire l'impact des nuisances • Encadrer la construction dans les zones de contraintes environnementales Autres Le plan stratégique de développement durable La politique de gestion de l'eau Le plan municipal de gestion des matières résiduelles La mise en place de mesures d'apaisement de la circulation La politique d'atténuation du bruit

Autres thèmes stratégiques : des milieux de vie de qualité, diversifiés et autonomes, un centre prestigieux, convivial et habité, des secteurs d'emplois dynamiques, accessibles et diversifiés, un paysage urbain et une architecture de qualité.

Autres sites Web et ressources de la Ville :

- [Vie communautaire et éducation](#)
- [Transports et mobilité durable](#)
- [Environnement et développement durable](#)
- [Habitation et taxation](#)
- [Activités et loisirs](#)

Participation citoyenne

À Montréal, les citoyens peuvent participer à de nombreux aspects des affaires municipales et de l'administration de la Ville. La Ville procède à des consultations sur diverses questions et le public est admis aux réunions du Conseil. Elle utilise aussi divers moyens, dont les médias sociaux, pour rejoindre les citoyens.

Pour d'autres renseignements sur la façon de participer, visiter la page [Vie démocratique](#).

PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE ET POPULATIONS AUTOCHTONES

La planification a toujours fait partie des collectivités autochtones; elle comporte de nombreuses pratiques historiques et traditionnelles. Au fil du temps, ces pratiques ont été mises de côté, en particulier dans les centres urbains. Voici toutefois des exemples montrant que cette situation est en train de changer.

- Il y a de nos jours un nombre croissant d'exemples dans les collectivités autochtones d'activités de planification communautaire qui bénéficient d'une forte participation, de reconnaissance des besoins de la collectivité, de démarches réalisées en collaboration et de l'inclusion des connaissances traditionnelles^{83,665-667}.
- Des facteurs particuliers aux collectivités autochtones doivent être pris en compte dans la planification communautaire. Ce sont, par exemple, la culture autochtone, les connaissances traditionnelles, la colonisation, les pensionnats, l'autodétermination, la langue et la géographie⁶⁶⁸.
- En collaboration avec leurs membres, le gouvernement fédéral aide les collectivités pour ce qui est de la planification ayant lieu dans les réserves⁸³.
- Certains urbanistes et certaines municipalités et collectivités ont renforcé les relations avec les populations autochtones urbaines. Des exemples de pratiques prometteuses consistent à faire participer les conseils de bande, tribaux ou des Premières Nations à la prise de décisions et à la planification stratégique, et à tenir compte de l'histoire et du patrimoine autochtones dans les projets de planification⁶⁶⁵⁻⁶⁶⁷.
- Il existe des outils visant à aider les Premières Nations et les municipalités à planifier ensemble l'utilisation des terres dans un cadre urbain. Il est important d'établir des relations. Les traités, les traditions juridiques et les lois des Premières Nations, ainsi que la législation et les politiques à tous les paliers de gouvernement jouent un rôle dans la planification dans les réserves des Premières Nations⁶⁶⁸⁻⁶⁷⁰.

PERSPECTIVES DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES

D'après une enquête menée auprès d'urbanistes des provinces canadiennes en 2013, l'existence d'un **leadership provincial solide**, qui s'exprime par des politiques, des lois et une réglementation tenant compte du rôle du milieu bâti en santé, peut aider énormément les municipalités et les collectivités à planifier, à concevoir et à bâtir des collectivités en santé. À l'heure actuelle, les approches, les politiques, la réglementation et la législation qui tiennent compte de la santé dans la conception et la construction des collectivités **varient considérablement au Canada**⁶⁷¹.

Bien que différents secteurs travaillent ensemble à la mise sur pied de collectivités en santé, le **besoin d'une collaboration accrue**

à l'échelle municipale et provinciale a été mentionné. Les chefs de file du secteur de la santé, du milieu universitaire et des organisations non gouvernementales sont considérés comme d'importants partisans des collectivités en santé⁶⁷¹.

La Colombie-Britannique, l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick sont les provinces où il existe des réseaux solides de collectivités en santé. Les principes qui orientent ces réseaux sont la participation communautaire, l'engagement politique, la concertation multisectorielle, le développement communautaire fondé sur les actifs et les politiques publiques en matière de vie saine. Les facteurs importants pour cette approche sont la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé, la diversité, la justice sociale, l'équité, la responsabilisation et la prise en charge communautaire, la recherche et l'évaluation, la créativité et l'innovation^{672,673}. Plus de renseignements sur ces réseaux, entre autres sur leur gouvernance et leurs profils organisationnels, se trouvent [ici](#) et [ici](#) (*documents en anglais seulement*).

Dans son [cadre de durabilité et d'utilisation du territoire](#) (*en anglais seulement*), le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a fait remarquer que « **le territoire est la vie** » et reconnaît que la gestion des terres, des eaux et des ressources naturelles **doit tenir compte des facteurs spirituels, culturels, physiques, économiques et sociaux**. Ce gouvernement soutient aussi de nombreuses initiatives qui contribuent au développement de collectivités en santé, comme les [Initiatives de mieux-être communautaire](#) et le [Programme de guérison dans la nature](#).

PROGRAMMES FÉDÉRAUX

L'**Agence de la santé publique du Canada** (ASPC) soutient des travaux sur le lien entre le milieu bâti et un mode de vie sain par la surveillance, la recherche, la mobilisation des connaissances, les concertations et les interventions financées :

- Les activités de recherche et de surveillance incluent l'élaboration du cadre des [Indicateurs de l'activité physique, du comportement sédentaire et du sommeil](#).
- L'ASPC soutient aussi six [centres de collaboration nationale en santé publique](#). Les centres pour les [politiques publiques et la santé](#), la [santé environnementale](#) et la [santé autochtone](#) offrent tous des publications sur le milieu bâti.
- Dans le cadre de sa [Stratégie d'innovation](#), l'ASPC finance des initiatives qui encouragent les collectivités actives. Par exemple, mentionnons le [Réseau quartiers verts](#) et d'autres initiatives visant à soutenir les milieux scolaires et la sécurité alimentaire des collectivités.
- Dans le cadre des [Partenariats plurisectoriels pour promouvoir les modes de vie sains et prévenir les maladies chroniques](#), l'ASPC appuie des interventions qui ciblent le milieu bâti. Entre autres exemples, il y a [Créer des liens](#) (*en anglais seulement*) à St. Thomas (Ontario) et En santé par l'aménagement : des quartiers résidentiels actifs (Healthy by Design: Active Apartment Neighbourhoods), à Toronto.

Les **Instituts de recherche en santé du Canada** (IRSC) financent des recherches sur la santé et le milieu bâti; mentionnons notamment [17,7 millions de dollars pour neuf projets de recherche en prévention intersectorielle](#) qui portent sur les villes et les collectivités en meilleure santé.

CANADA EN SANTÉ PAR L'AMÉNAGEMENT

Cette initiative, lancée en 2009, a été financée par le Partenariat canadien contre le cancer et Santé Canada. Son but a été de passer de la recherche à l'action et de créer des concertations pour tirer parti du milieu bâti de façon à améliorer la santé. Font partie de cette initiative : le Réseau canadien pour la santé urbaine, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, l'Institut canadien des urbanistes, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, l'Institut canadien des ingénieurs en transport et plusieurs universités^{62,674,675}.

Quelque 163 politiques gouvernementales liées au milieu bâti et à l'accroissement de l'activité physique ont été inspirées par cette initiative, ainsi que par les projets connexes de La mobilité, la santé et le bonheur des enfants⁶⁵⁹.

INITIATIVES INTERNATIONALES

De nombreux pays se tournent vers le milieu bâti pour améliorer la santé. Donner des exemples de tout ce qui existe dépasserait le cadre du présent rapport. Deux exemples d'initiatives de l'Organisation mondiale de la Santé sont présentés ci-dessous.

VILLES-SANTÉ

L'idée de bâtir une ville en santé a une longue histoire. Le mouvement international qui lui est associé découle en partie d'un premier atelier sur la ville et la santé tenu à Toronto en 1984 et correspond à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (*page en anglais seulement*). En 1986, le Projet des villes-santé de l'Organisation mondiale de la Santé (*page en anglais seulement*) a débuté avec la participation de représentants de 21 villes et de 7 États européens^{60,61}. Ce projet met l'accent sur les milieux propres et sécuritaires, les liens communautaires, l'interaction et la participation, les écosystèmes stables et durables, les réponses apportées aux besoins de base de tous les citoyens, les économies locales novatrices, vitales et diversifiées, et la bonne santé^{60,61,662}. De nos jours, il existe une trentaine de réseaux nationaux de villes-santé dont font partie plus de 1 400 villes^{61,676}.

Au Canada, le mouvement des collectivités en santé a suivi une voie différente et a adopté une approche plus large, qui n'est pas limitée aux régions urbaines et comporte plusieurs réseaux distincts plutôt qu'un seul réseau pancanadien. Les initiatives sont en général plus locales et prennent appui sur les capacités communautaires existantes. Dans l'ensemble du Canada, cela a mené à une grande variété de stratégies qui reflètent les besoins de chacune des collectivités et qui ont donné un grand éventail de résultats⁶⁷⁷.

COLLECTIVITÉS-AMIES DES ÂÎNÉS

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (*page en anglais seulement*) a mis en branle son projet de réseau mondial de villes-amies des aînés et, en 2007, a publié un guide pour l'aménagement

de villes-amies des aînés. Depuis ce temps, son Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés s'est agrandi et compte 287 collectivités réparties dans 33 pays, le Canada étant un partenaire de premier plan. Ce projet vise à rendre les collectivités conviviales pour les aînés dans huit domaines : les espaces extérieurs et les bâtiments, les transports, le logement, la participation au tissu social, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, la communication et l'information, ainsi que le soutien communautaire et les services de santé^{678,679}.

Au Canada, dans toutes les provinces, des collectivités mettent en œuvre des initiatives de collectivité-amie des aînés. L'ASPC a récemment élaboré un ensemble d'indicateurs pour aider les collectivités à évaluer la mise en œuvre de ces initiatives, comme l'a fait l'Organisation mondiale de la Santé⁶⁷⁹⁻⁶⁸¹.

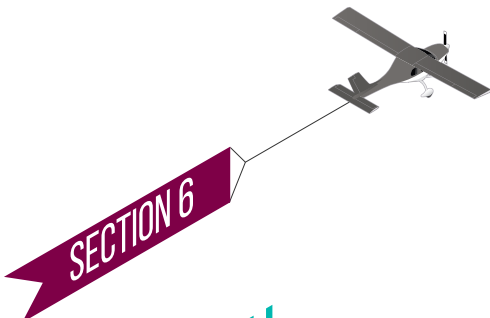
La plupart des travaux sur les collectivités-amies des aînés portent sur le vieillissement dans les régions urbaines, mais il y a lieu d'examiner ce à quoi les collectivités-amies des aînés ressemblent en milieu rural⁶⁸²⁻⁶⁸⁵. En 2007, un rapport intitulé Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide a été élaboré au Canada et parrainé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. Ce rapport visait à faire mieux connaître les besoins des aînés et à présenter un guide pratique pour les collectivités rurales et éloignées au Canada.

PASSER DE LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION À LA PLANIFICATION

Il n'est pas facile d'effectuer des recherches pour associer une caractéristique de conception à un résultat pour la santé, comme les collectivités propices à la marche et le diabète, puis de traduire cette démarche en action communautaire. Pour ce faire, il faut élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes au moyen des données probantes à jour et les plus pertinentes. Et en plus, évaluer ces politiques et programmes pour en déterminer l'efficacité.

De nombreux projets et initiatives liés au milieu bâti ont été mis en place ou sont en cours au Canada, mais un bon nombre n'ont pas fait l'objet d'une évaluation, et s'ils l'ont été, les conclusions peuvent ne pas être accessibles. Qui plus est, les villes et les collectivités recueillent déjà des données sur différentes initiatives liées au milieu bâti, mais ces données ne sont pas standardisées, ce qui en limite l'utilisation par les chercheurs et planificateurs d'autres collectivités. On comprendra dès lors qu'il est crucial d'effectuer de façon systématique le partage des données, des connaissances et des leçons apprises sur l'efficacité des initiatives en question, de façon à améliorer la santé des Canadiens dans toutes les collectivités.

Effectuer des recherches à la fois pertinentes pour l'élaboration de politiques et de programmes et qui accrochent les intervenants, voilà un pas décisif pour s'assurer que la planification des collectivités et des quartiers repose sur des données probantes⁶⁸⁶⁻⁶⁸⁸. C'est ce type de recherche qui contribuera à susciter la force de traction nécessaire auprès des décideurs, ainsi qu'à générer une prise de conscience du public et le soutien communautaire⁶⁸⁹.



SECTION 6

UN APPEL À L'ACTION

Nous pouvons en faire plus pour aider la population canadienne à prendre en charge sa propre santé. Nous avons une formidable occasion de concevoir **consciemment** nos collectivités de façon à favoriser un mode de vie sain et d'aider les Canadiens à améliorer **inconsciemment** leur propre santé et celle des générations à venir.

Le changement des comportements est une tâche ardue.

Les habitudes des gens reposent sur une grande diversité de facteurs interreliés. Ces facteurs incluent l'âge, la santé physique et mentale, la situation socioéconomique, la culture et la génétique, de même que leur façon de réagir à leur milieu physique et social. Le milieu bâti ne représente qu'une pièce de ce casse-tête beaucoup plus vaste.

Concevoir le milieu bâti de façon à favoriser un mode de vie sain, cela consiste à **faciliter les contacts sociaux** et à **donner accès**, de façon harmonieuse, à des caractéristiques favorisant l'activité physique, une saine alimentation et une bonne santé mentale. Cela peut notamment se faire par des moyens assez simples : des rues interreliées, l'accès à des aliments sains et des lieux où familles et amis peuvent se réunir.

Nous savons que les collectivités ne sont pas toutes conçues de la même façon et qu'elles évoluent au fil du temps. De plus, la plupart des gens habitent successivement dans bon nombre de quartiers différents au cours de leur vie. Pour cette raison, il devient difficile de quantifier véritablement les effets du milieu bâti sur la santé.

Cependant, nous savons que notre milieu de vie peut avoir des retombées positives. Par exemple :

- Pour une personne atteinte d'une maladie chronique mettant sa vie en danger, le fait d'habiter plus près des services de soins d'urgence et de soins spécialisés peut constituer une préoccupation majeure en matière de qualité de la santé.
- Pour les jeunes familles, un quartier offrant des infrastructures de jeux stimulants, de transport actif et la possibilité, pour les parents, de devenir des modèles en matière de saines habitudes de vie peut servir de base à l'adoption d'un mode de vie sain par tous les membres de la famille.
- La vie dans une petite collectivité peut favoriser un fort sentiment d'appartenance à la communauté.

De nombreuses villes canadiennes tiennent déjà compte de la santé dans leur planification communautaire – il reste toutefois de nombreuses avenues à explorer. Les recherches dans ce domaine sont encore assez nouvelles et la transposition des conclusions en mesures concrètes demeure un défi. Cela signifie que nous pouvons prendre les devants et qu'**il est maintenant temps que la santé publique travaille en étroite collaboration avec d'autres secteurs pour tirer parti de ce domaine en pleine expansion.**

La santé publique peut influencer la suite des choses et veiller à ce que la planification communautaire et les initiatives d'infrastructure, de même que le développement durable, économique et technologique, reposent sur des preuves fondées et intègrent parmi leurs principaux objectifs la qualité de la santé. Afin de démêler



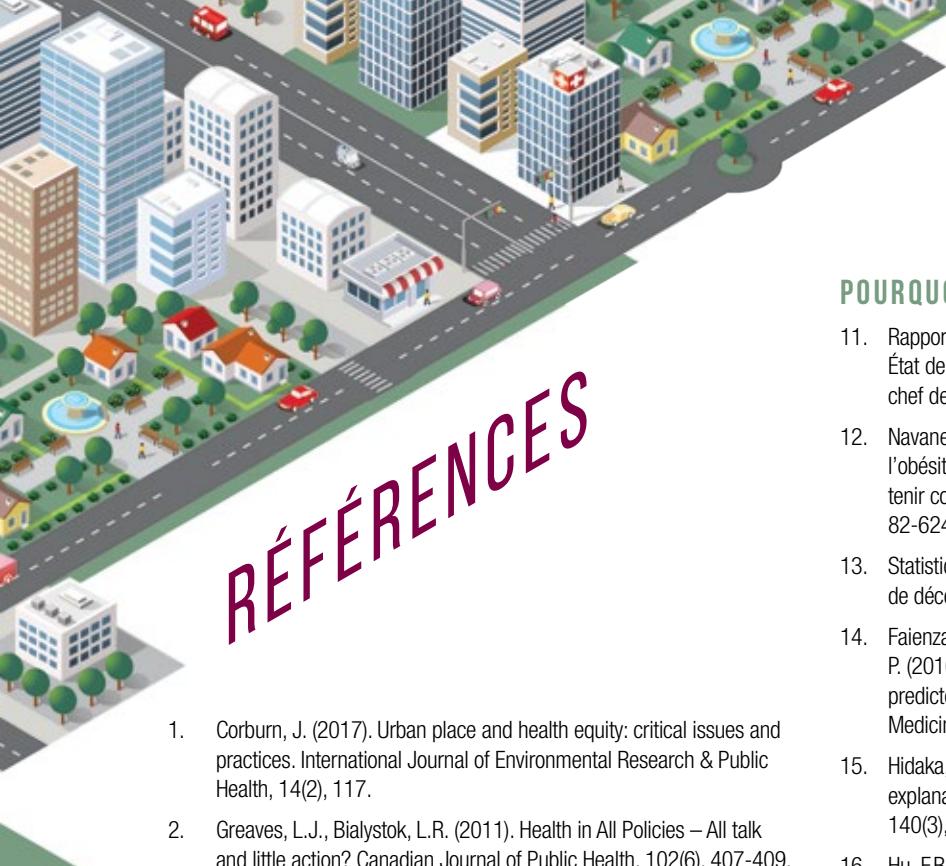
la complexité des effets du milieu bâti sur la santé de la population, il faut faire appel à une **santé publique de précision**, qui, à partir de données, oriente judicieusement les interventions pour mieux promouvoir le bien-être de la population.

SIX MESURES

J'invite dès maintenant nos partenaires au pays et à l'étranger, de même que tous les pouvoirs publics, y compris les dirigeants municipaux, provinciaux et fédéraux, les décideurs politiques, les planificateurs communautaires et les entrepreneurs à **adopter les six mesures suivantes** :

1. **Tenir compte de la santé des populations** dans le cadre de l'aménagement et du réaménagement des collectivités, ainsi que de la conception et de la mise en œuvre de grands projets d'infrastructure, principalement dans les villes, puisque la plupart des gens vivent en région urbaine ou en banlieue. Dans la mesure du possible, examiner de façon proactive les projets sous l'angle du potentiel qu'ils recèlent à l'égard de la promotion de la santé.
2. **Éviter d'accentuer les iniquités en matière de santé** dans le cadre de l'aménagement et du réaménagement des collectivités en tenant compte des besoins et de la situation des populations aux prises avec ces iniquités.
3. **Évaluer les effets sur la santé** des caractéristiques se rapportant à l'aménagement des collectivités en faisant appel à des experts en santé publique. Rendre publiquement accessibles les constatations de ces évaluations.
4. **Renforcer les approches existantes, partager les leçons apprises et les pratiques exemplaires.** Toutes les collectivités sont invitées à apprendre les unes des autres, tant à l'égard des réussites que des approches moins efficaces. Miser sur les réseaux canadiens existants pour favoriser un dialogue à l'échelle du pays.
5. **Collaborer en vue de la collecte de données normalisées et de la mobilisation des citoyens.** Favoriser une meilleure compréhension des besoins des collectivités et des effets que peut avoir l'aménagement des collectivités sur la santé des populations.
6. **Innover pour faire en sorte que les choix santé deviennent les choix les plus faciles.** Réunir des idées et des principes à partir de l'ensemble des disciplines et des secteurs. Combiner les stratégies prônant de saines habitudes de vie avec celles qui visent l'amélioration du milieu bâti afin d'optimiser les retombées et les investissements.

Toutes ces mesures pourraient améliorer la vie de millions de Canadiens. En tant qu'administratrice en chef de la santé publique du Canada, j'appuie sans réserve un tel objectif.



RÉFÉRENCES

1. Corburn, J. (2017). Urban place and health equity: critical issues and practices. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 14(2), 117.
2. Greaves, L.J., Bialystok, L.R. (2011). Health in All Policies – All talk and little action? *Canadian Journal of Public Health*, 102(6), 407-409.
3. Chaix, B., Billaudeau, N., Thomas, F., Havard, S., Evans, D., Kestens, Y., Bean, K. (2011). Neighborhood effects on health: correcting bias from neighborhood effects on participation. *Epidemiology*, 22(1), 18-26.
4. Clarke, P., Neuwenhuisen, E.R. (2009). Environment for healthy ageing: a critical review. *Maturitas*, 64(1), 14-19.
5. Diez Roux, A.V., Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125-145.
6. Frohlich, K.L., Dunn, J.R., McLaren, L., Shiell, A., Potvin, L., Hawe, P., Dassa, C., Thurston, W.E. (2007). Understanding place and health: a heuristic for using administrative data. *Health and Place*, 13(2), 299-309.
7. Geneletti, S., Mason, A., Best, N. (2011). Adjusting for selection effects in epidemiologic studies: why sensitivity analysis is the only “solution”. *Epidemiology*, 22(1), 36-39.
8. Healy, M.A., Gilliland, J.A. (2012). Quantifying the magnitude of environmental exposure misclassification when using imprecise address proxies in public health research. *Spatial Spatiotemporal Epidemiology*, 3(1), 55-67.
9. Riggs, W. (2014). Steps toward validity in active living research: research design that limits accusations of physical determinism. *Health and Place*, 26, 7-13.
10. Terashim, M., Kephart, G. (2016). Misclassification errors from postal code-based geocoding to assign census geography in Nova Scotia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 107(-4-5), 424-430.
11. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique (2016). *État de santé des Canadiens 2016: Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique*.
12. Navaneelan, T., Janz, T. (2014). Ajuster l'aiguille de la balance : l'obésité dans la population canadienne après correction pour tenir compte du biais des répondants. *Coup d'œil sur la santé*, 82-624-X. Statistique Canada.
13. Statistique Canada (2013). Tableau 102-0561 : Principales causes de décès, selon le sexe, Canada. Statistique Canada.
14. Faienza, M.F., Wang, D.Q., Fuhbeck, G., Garruti, G., Portincasa, P. (2016). The dangerous link between childhood and adulthood predictors of obesity and metabolic syndrome. *Internal & Emergency Medicine*, 11(2), 175-182.
15. Hidaka, B.H. (2012). Depression as a disease of modernity : explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205-214.
16. Hu, F.B. (2003). Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes. *Lipids*, 39(2), 103-108.
17. Chaput, J.P., Carson, V., Gray, C.E., Tremblay, M.S. (2014). Importance of all movement behaviors in a 24 hour period for overall health. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 11(12), 12575-12581.
18. Whisman, M.A. (2010). Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychology*, 29(5), 550-554.
19. Tomasetti, C., Li, L., Vogelstein, B. (2017). Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. *Science*, 355(6331), 1330-1334.
20. Agence de la santé publique du Canada (2014). *Environnements favorables à l'activité physique : L'environnement bâti a un effet sur notre santé*. Agence de la santé publique du Canada.
21. Washburn, R. A., Szabo, A. N., Lambourne, K., Willis, E. A., Ptomey, L. T., Honas, J. J., Herrmann, S.D., Donnelly, J. E. (2014). Does the method of weight loss effect long-term changes in weight, body composition or chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. *PLoS One*, 9(10).
22. Statistique Canada (2015). *La population rurale du Canada depuis 1851. Recensement en bref*. Statistique Canada.
23. Statistique Canada (2017). *Taille et croissance de la population canadienne : faits saillants du Recensement de 2016*. Statistique Canada.
24. Statistique Canada (2017). *Chiffres de population et des logements – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016*. Statistique Canada.
25. Statistique Canada (2017). *Les municipalités les plus peuplées au Canada et présentant les croissances démographiques les plus élevées entre 2011 et 2016*. Statistique Canada.
26. Statistique Canada (2017). *Les municipalités au Canada ayant connu une décroissance de la population entre 2011 et 2016*. Statistique Canada.

POURQUOI CE RAPPORT

27. Frumkin, H. (2002). Urban sprawl and public health. *Public Health Reports*, 117, 201-217.
28. Pohanka, M., Fitzgerald, S. (2004). Urban sprawl and you: how sprawl adversely affects worker health. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 52(6), 242-246.
29. Thompson, S. (2014). Healthy built environments supporting everyday occupations: current thinking in urban planning. *Journal of Occupational Science*, 21(1), 25-41.
30. Turcotte, M. (2008). Dépendance à l'automobile dans les quartiers urbains. *Tendances sociales canadiennes*, 11-008-XWF. Statistique Canada.
31. Vlahov, D., Galea, S. (2002). Urbanization, urbanicity and health. *Journal of Urban Health*, 79(Suppl 1), S1-S12.
32. Mackenbach, J.D., Rutter, H., Compernelle, S., Glonti, K., Oppert, J.M., Charreire, H., De Bourdeaudhuij, I., Brug, J., Nijpels, G., Lakerveld, J. (2014). Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. *BMC Public Health*, 14, 233.
33. Owen, N., Sparling, P.B., Healy, G.N., Dunstan, D.W., Matthews, C.E. (2010). Sedentary behavior: emerging evidence for a new health risk. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(12), 1138-1141.
34. Bento, A.M., Cropper, M.L., Mobarak, A.M., Vinha, K. (2005). The effects of urban spatial structure on travel demand in the United States. *Review of Economics and Statistics*, 87(3), 466-478.
35. Ewing, R., Cervero, R. (2010). Travel and the built environment: a meta-analysis. *Journal of American Planning Association*, 3, 265-294.
36. Trowbridge, M.J., McDonald, N.C. (2008). Urban sprawl and miles driven daily by teenagers in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 202-206.
37. Statistique Canada. Tableau 405-0004 : Immatriculations de véhicules (annuel (nombre)). Statistique Canada.
38. Statistique Canada. Tableau 051-0001 : Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires. (annuel (personnes sauf indication contraire)). Statistique Canada.
39. Statistique Canada. (2008). L'opposition ville/banlieue : comment la mesurer? Statistique Canada.
40. Laine, J., Kuvaja-Kollner, V., Pietila, E., Koivuneva, M., Valtonen, H., Kankaanpää, E. (2014). Cost-effectiveness of population-level physical activity interventions: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 29(2), 71-80.
41. McKinnon, R.A., Siddiqi, S.M., Chaloupka, F.J., Mancino, L., Prasad, K. (2016). Obesity-related policy/environmental interventions: a systematic review of economic analyses. *American Journal of Preventative Medicine*, 50(4), 543-549.
42. Adams, E.J., Goodman, A., Sahlqvist, S., Bull, F.C., Ogilvie, D., iConnect consortium. (2013). Correlates of walking and cycling for transport and recreation : factor structure, reliability and behavioural associations of the perceptions of the environment in the neighbourhood scale (PENS). *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 10, 87.
43. Bancroft, C., Joshi, S., Rundle, A., Hutson, M., Chong, C., Weiss, C.C., Genkinger, J., Neckerman, K., Lovasi, G. (2015). Association of proximity and density of parks and objectively measured physical activity in the United States: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 138, 22-30.
44. Bowler, D.E., Buyung-Ali, L.M., Knight, T.M., Pullin, A.S. (2010). A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments. *BMC Public Health*, 10, 456.
45. Bunn, F., Collier, T., Frost, C., Ker, K., Steinbach, R., Roberts, I., Wentz, R. (2003). Area-wide traffic calming for preventing traffic related injuries (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
46. Cerin, E., Leslie, E., du Toit, L., Owen, N., Frank, L.D. (2007). Destinations that matter : Associations with walking for transport. *Health and Place*, 13(3), 713-724.
47. Child, S.T., Schollfman, D.E., Kaczynski, A. T., Forthofer, M., Wilcox, S., Baruth, M. (2016). Neighbourhood attributes associated with the social environment. *American Journal of Health Promotion*, 30(8), 634-637.
48. Eriksson, U., Arvidsson, D., Gebel, K., Ohlsson, H., Sundquist, K. (2012). Walkability parameters, active transportation and objective physical activity: moderating and mediating effects of motor vehicle ownership in a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 123.
49. Fraser, S.D., Locke, K. (2011). Cycling for transport and public health: a systematic review of the effect of the environment on cycling. *European Journal of Public Health*, 21(6), 738-743.
50. Hassen, N., Kaufman, P. (2016). Examining the role of urban street design in enhancing community engagement: a literature review. *Health and Place*, 41, 119-132.
51. Lachowycz, K., Jones, A.P. (2011). Greenspace and obesity: a systematic review of the evidence. *Obesity Reviews*, 12(5), 183-189.
52. Lee, A.C., Maheswaran, R. (2011). The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health (Oxf)*, 33(2), 212-222.
53. Matson-Koffman, D.M., Brownstein, J.N., Neiner, J.A., Greaney, M.L. (2005). A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 19(3), 167-193.
54. McCormack, G.R., Shiell, A. (2011). In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 8, 125.

55. Mulvaney, C.A., Smith, S., Watson, M.C., Parkin, J., Coupland, C., Miller, P., Kendrick, D., McClintock, H. (2015). Cycling infrastructure for reducing cycling injuries in cyclists. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
56. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (2012). Urban traffic calming and health. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy.
57. Owen, N., Cerin, E., Leslie, E., duToit, L., Coffee, N., Frank, L.D., Baumann, A.E., Hugo, G. (2007). Neighborhood walkability and the walking behavior of Australian adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 387-395.
58. Rahmanian, E., Gasevic, D., Vukmirovich, I., Lear, S.A. (2014). The association between the built environment and dietary intake: a systematic review. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 23(2), 183-196.
59. Winters, M., Brauer, M., Setton, E.M., Teschke, K. (2010). Built environment influences on healthy transportation choices: bicycling versus driving. *Journal of Urban Health*, 87(6), 969-993.
60. Ashton, J. (1991). The Healthy Cities project: a challenge for health education. *Health Education Quarterly*, 18(1) 39-48.
61. Hancock, T. (1997). Healthy cities and communities: past, present, and future. *National Civic Review*, 86(1), 11-21.
62. Mowat, D. (2014). Healthy Canada by Design: translating science in action and prevention. *Canadian Journal of Public Health*, 106(1 Suppl 1), S3-4.
63. Harris, R. (2004). *Creeping conformity: how Canada became suburban, 1900-1960*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
64. Institut canadiens des urbanistes (2011). Guide pratique pour des collectivités saines. Institut canadiens des urbanistes.
65. Harris, R. (2004). *Creeping conformity: how Canada became suburban, 1900-1960*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
66. Harris, R., Larkham, P. (2004). *Changing suburbs: foundation, form and function*. New York: Taylor and Francis.
67. Organisation mondiale de la Santé (2013). *Health in All Policies: Framework for Country Action*. Organisation mondiale de la Santé.
68. St-Pierre, L., Gauvin, F.P. (2010). Le gouvernance intersectorielle dans le cadre de la « santé dans toutes les politiques » : un cadre conceptuel intégrateur. *Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé*.
69. Frelier, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C.L., Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(12), 1068-1072.
70. Frank, L.D., Kavage, S. (2008). Urban planning and public health: a story of separation and reconnection. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(3), 214-220.
71. Sarkar, C., Webster, C. (2017). Health cities of tomorrow: the case for large scale built environment-health studies. *Journal of Urban Health*, 94(1), 4-19.
72. Fan, Y., Song, Y. (2009). Is sprawl associated with a widening urban-suburban mortality gap? *Journal of Urban Health*, 86(5), 708-728.

LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

73. Statistique Canada. Tableau 105-2023 : Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les adultes (classification selon l'Organisation mondiale de la santé), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – nutrition (occasionnel). Statistique Canada.
74. Statistique Canada. Tableau 105-2024 : Indice de masse corporelle (IMC) mesuré chez les enfants et les jeunes (classification selon l'Organisation mondiale de la santé), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – nutrition (occasionnel). Statistique Canada.
75. Statistique Canada (2017). Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : faits saillants du Recensement de 2016. Statistique Canada.
76. Statistique Canada (2017). Un portrait de la population âgée de 85 ans et plus en 2016 au Canada. Recensement en bref. Statistique Canada.
77. La Banque Mondiale (2015). Densité de la population. La Banque Mondiale.
78. Statistique Canada (2017). Effectifs de population et taux de croissance démographique, Canada, provinces et territoires, 2006 à 2011 et 2011 à 2016. Statistique Canada.
79. Statistique Canada (2017). Les logements au Canada. Recensement en bref. Statistique Canada.
80. Alberta Health Services (2011). *Towards an understanding of healthy equity: glossary*. Alberta Health Services.
81. Agence de la santé publique du Canada (2005). *Le groupe de réflexion rural 2005 – comprendre les problèmes qui se posent aux familles des communautés rurales et éloignées*. Agence de la santé publique du Canada.
82. Statistique Canada (2015). Région rurale (RR). Statistique Canada.
83. Stout, R. (in press). The built environment: understanding how physical environments influence the health and well-being of First Nations peoples living on-reserve. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
84. Frost, S.S., Goins, R.T., Hunter, R.H., Hooker, S.P., Bryant, L.L., Kruger, J., Pluto, D. (2010). Effects of the built environment on physical activity of adults living in rural settings. *American Journal of Health Promotion*, 24(4), 267-283.
85. Hansen, A.Y., Umstattd Meyer, M.R., Lenardson, J.D., Hartley, D. (2015). Built environments and active living in rural and remote areas: a review of the literature. *Current Obesity Reports*, 4(4), 484-493.
86. Institut canadien d'information sur la santé (2006). *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Institut canadien d'information sur la santé.
87. Lavergne, M.R., Kephart, G. (2012). Examining variations in health within rural Canada. *Rural Remote Health*, 12, 1848.
88. Sibley, L.M., Weiner, J.P. (2011). An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research*, 11, 20.

89. Singh, G.K., Siahpush, M. (2013). Widening rural-urban disparities in all-cause mortality and mortality from major causes of death in the USA, 1969-2009. *Journal of Urban Health*, 91(2), 272-292.
90. Song, X., MacKnight, C., Latta, R., Mithitksi, A.B., Rockwood, K. (2007). Frailty and survival of rural and urban seniors: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(2), 145-153.
91. Morrison, C., Ponicki, W. R., Gruenewald, P. J., Wiebe, D. J., Smith, K. (2016). Spatial relationships between alcohol-related road crashes and retail alcohol availability. *Drug & Alcohol Dependence*, 162, 241-244.
92. Vafaei, A., Rosenberg, M.W., Pickett, W. (2010). Relationships between income inequality and health: a study on rural and urban regions of Canada. *Rural Remote Health*, 10(2), 1430.
93. Alirol, E., Getaz, L., Stoll, B., Chappuis, F., Loutan, L. (2011). Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *The Lancet infectious diseases*, 11(2), 131-141.
94. Berry, H.L. (2007). 'Crowded suburbs' and 'killer cities': a brief review of the relationship between urban environments and mental health. *New South Wales Public Health Bulletin*, 18(11-12), 222-227.
95. Harner, T., Shoeib, M., Diamond, M., Stern, G., Rosenberg, B. (2004). Using passive air samplers to assess urban-rural trends for persistent organic pollutants. 1. Polychlorinated biphenyls and organochlorine pesticides. *Environmental Science and Technology*, 38(17), 4474-4483.
96. Kundu, S, Stone, E.A. (2014). Composition and sources of fine particulate matter across urban and rural sites in the Midwestern United States. *Environmental Sciences: Processes & Impacts*, 16, 1360-1370.
97. Neiderud, C.J. (2015). How urbanization affects the epidemiology of emerging infectious diseases. *Infection Ecology & Epidemiology*.
98. Pickett, K.E., Wilkinson, R.G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326.
99. Wilkinson, R.G., Pickett, K.E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784.
100. Macinko, J.A., Shi, L., Starfield, B., Wulu Jr., J.T., (2003). Income inequality and health: a critical review of the literature. *Medical Care Research & Review*, 60(4), 407-452.
101. Grant, T.L., Edwards, N., Sveistrup, H., Andrew, C., Egan, M. (2010). Inequitable walking conditions among older people: examining the interrelationship of neighbourhood socio-economic status and urban form using a comparative case study. *BMC Public Health*, 10, 677.
102. Larsen, K., Gilliland, J. (2008). Mapping the evolution of 'food deserts' in a Canadian city : Supermarket accessibility in London, Ontario, 1961-2005. *International Journal of Health Geographics*, 7, 16.
103. Kheirbek, I., Haney, J., Douglas, S., Ito, K., Matte, T. (2016). The contribution of motor vehicle emissions to ambient fine particulate matter public health impacts in New York City: a health burden assessment. *Environmental Health*, 15(1), 89.
104. Sugiyama, T., Howard, N.J., Paquet, C., Coffee, N.T., Taylor, A.W., Daniel, M. (2015). Do relationships between environmental attributes and recreational walking vary according to area-level socioeconomic status? *Journal of Urban Health*, 92(2), 253-264.
105. Clark, C., Myron, R., Stansfeld, S., Candy, B. (2007). A systematic review of the evidence on the built and physical environment on mental health. *Journal of Public Mental Health*, 6(2), 14-27.
106. Haddad, L., Schafer, A., Streit, F., Lederbogen, F., Grimm, O., Wust, S., Deuschle, M., Kirsch, P., Tost, H., Meyer-Lindenberg, A. (2015). Brain structure correlates with urban upbringing, an environment risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(1), 115-122.
107. Hirsch, J.K. (2006). A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors, incidence and prevention. *Crisis*, 27(4), 189-199.
108. Krabbendam, L., van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence – conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 795-799.
109. Peen, J., Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84-93.
110. Pedersen, C.B., Mortensen, P.B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1039-1045.
111. Sundquist, K., Frank, G. (2004). Urbanization and hospital admission rates for alcohol and drug abuse: a follow-up study of 4.5 million women and men in Sweden. *Addiction*, 99(10), 1298-1305.
112. Van Son, G.E., van Hoeken, D., Bartelds, A.I., van Furth, E.F., Hoek, H.W. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 189, 562-563.
113. Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H. Schuch, P., Wust, S., Pruessner, J.C., Rietschel, M., Deuschle, M., Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474(7352), 498-501.
114. Steinheuser, V., Ackermann, K., Schofeld, P., Schwabe, L. (2014). Stress and the city: impact of urban upbringing on the (re)activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosomatic Medicine*, 76(9), 678-685.

LES COMPOSANTES DE BASE D'UN MODE DE VIE SAIN

DES QUARTIERS ACTIFS

115. Statistique Canada. Tableau 117-0019. Distribution de la population à domicile selon s'ils rencontrent/ne rencontrent pas les Directives canadiennes en matière d'activité physique, selon le sexe et le groupe d'âge (occasionnel (pourcentage)). Statistique Canada.
116. Kelly, P., Kahlmeier, S., Gotschi, T., Orsini, N., Richards, J., Roberts, N., Scarborough, P., Foster, C. (2014). Systematic review and meta-analysis of reduction in all-cause mortality from walking and cycling and shape of dose response relationship. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 11, 132.
117. Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219-229.
118. Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N., Roberts, I. (2011). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 121-138.
119. Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., Fiatarone Singh, M. A. (2016). Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote "Active Aging". *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S268-S280.
120. Bouaziz, W., Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., Geny, B., Lang, P. O. (2017). Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 110-127.
121. Costigan, S. A., Eather, N., Plotnikoff, R. C., Taaffe, D. R., Lubans, D. R. (2015). High-intensity interval training for improving health-related fitness in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 39(19), 1253-1261.
122. García-Hermoso, A., Cerrillo-Urbina, A. J., Herrera-Valenzuela, T., Cristi-Montero, C., Saavedra, J. M., Martínez-Vizcaino, V. (2016). Is high-intensity interval training more effective on improving cardiometabolic risk and aerobic capacity than other forms of exercise in overweight and obese youth? A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(6), 531-540.
123. Jelleyman, C., Yates, T., O'Donovan, G., Gray, L. J., King, J. A., Khunti, K., Davies, M. J. (2015). The effects of high-intensity interval training on glucose regulation and insulin resistance: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(11), 942-961.
124. Kruk, J., Czerniak, U. (2013). Physical activity and its relation to cancer risk: updating the evidence. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(7) 399-4003.
125. Liou, K., Ho, S., Fildes, J., Ooi, S. Y. (2016). High intensity interval versus moderate intensity continuous training in patients with coronary artery disease: a meta-analysis of physiological and clinical parameters. *Heart, Lung and Circulation*, 25(2), 166-174.
126. Loprinzi, P. D., Cardinal, B. J., Loprinzi, K. L., Lee, H. (2012). Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. *Obesity Facts*, 5(4), 597-610.
127. Melo, M. C. A., Daher, E. D. F., Albuquerque, S. G. C., de Bruin, V. M. S. (2016). Exercise in bipolar patients: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 32-38.
128. O'Donovan, G., Lee, I. M., Hamer, M., Stamatakis, E. (2017). Association of "weekend warrior" and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *JAMA Internal Medicine*, 177(3), 335-342.
129. Petriz, B. A., Gomes, C. P., Almeida, J. A., de Oliveira, G. P., Ribeiro, F. M., Pereira, R. W., Franco, O. L. (2017). The effects of acute and chronic exercise on skeletal muscle proteome. *Journal of Cellular Physiology*, 232(2), 257-269.
130. Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J. P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), S197-S239.
131. Radovic, S., Gordon, M. S., Melvin, G. A. (2017). Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(3), 214-220.
132. Ramos, J. S., Dalleck, L. C., Tjonna, A. E., Beetham, K. S., Coombes, J. S. (2015). The impact of high-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training on vascular function: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 45(5), 679.
133. Rimes, R. R., de Souza Moura, A. M., Khede Lamego, M., Souza de Sa Filho, A., Manochio, J., Paes, F., Giovanni Carta, M., Mura, G., Wegner, M., Budde, H., Barbosa Ferreira Rocha, N. (2015). Effects of exercise on physical and mental health, and cognitive and brain functions in schizophrenia: clinical and experimental evidence. *CNS and Neurological Disorders-Drug Targets*, 14(10), 1244-1254.
134. Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Stanton, R., Parker, A., Waterreus, A., Curtis, J., Ward, P. B. (2016). Implementing evidence-based physical activity interventions for people with mental illness: an Australian perspective. *Australasian Psychiatry*, 24(1), 49-54.
135. Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., Salum, G. A., Schuch, F. B. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 249, 102-108.

136. Warburton, D. E., Katzmarzyk, P. T., Rhodes, R. E., Shephard, R. J. (2007). Evidence informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Suppl 2), S16-68.
137. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2007). Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer. A global perspective. Washington DC: AICR.
138. Zhao, W., Ukawa, S., Kawamura, T., Wakai, K., Ando, M., Tsushita, K., Tamakoshi, A. (2015). Health benefits of daily walking on mortality among younger-elderly men with or without major critical diseases in the new integrated suburban seniority investigation project: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology*, 25(10), 609-616.
139. Hliffiker, R., Meichtry, A., Eicher, M., Nilsson, B. L., Knols, R. H., Verra, M. L., Taeymans, J. (2017). Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparisons meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, epub.
140. Cormie, P., Zopf, E. M., Zhang, X., Schmitz, K. H. (2017). The impact of exercise on cancer mortality, recurrence, and treatment-related adverse effects. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 71-92.
141. Zanusso, S., Sacchetti, M., Sundberg, C. J., Orlando, G., Benvenuti, P., Balducci, S. (2017). Exercise in type 2 diabetes: genetic, metabolic and neuromuscular adaptations. A review of the evidence. *British Journal of Sports Medicine*, epub.
142. Baptista, L. C., Machado-Rodrigues, A. M., Martins, R. A. (2017). Exercise but not metformin improves health-related quality of life and mood states in older adults with type 2 diabetes. *European Journal of Sport Science*, 17(6), 794-804.
143. Melling, C. W. J., Grisé, K. N., Hasilo, C. P., Fier, B., Milne, K. J., Karmazyn, M., Noble, E. G. (2013). A model of poorly controlled type 1 diabetes mellitus and its treatment with aerobic exercise training. *Diabetes and Metabolism*, 39(3), 226-235.
144. O'Gorman, D. J., Krook, A. (2011). Exercise and the treatment of diabetes and obesity. *Medical Clinics of North America*, 95(5), 953-969.
145. Sanz, C., Gautier, J. F., Hanaire, H. (2010). Physical exercise for the prevention and treatment of type 2 diabetes. *Diabetes and Metabolism*, 36(5), 346-351.
146. Berry, T. R., Spence, J. C., Blanchard, C., Cutumisu, N., Edwards, J., Nykiforuk, C. (2010). Changes in BMI over 6 years: the role of demographic and neighborhood characteristics. *International Journal of Obesity*, 34(8), 1275-1283.
147. Berry, T. R., Spence, J. C., Blanchard, C. M., Cutumisu, N., Edwards, J., Selfridge, G. (2010). A longitudinal and cross-sectional examination of the relationship between reasons for choosing a neighbourhood, physical activity and body mass index. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 57.
148. Casazza, K., Brown, A., Astrup, A., Bertz, F., Baum, C., Brown, M. B., Dawson, J., Durant, N., Dutton, G., Fields, D.A., Fontaine, K. R. (2015). Weighing the evidence of common beliefs in obesity research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 55(14), 2014-2053.
149. Ferdinand, A.O., Sen, B., Rahurkar, S., Engler, S., Menachemi, N. (2012). The relationship between built environments and physical activity: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 102(10), e7-e13.
150. Feng, J., Glass, T. A., Curriero, F. C., Stewart, W. F., Schwartz, B. S. (2010). The built environment and obesity: a systematic review of the epidemiologic evidence. *Health and Place*, 16(2), 175-190.
151. Booth, K. M., Pinkston, M. M., Poston, W. S. C. (2005). Obesity and the built environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 110-117.
152. Durand, C. P., Andalib, M., Dunton, G. F., Wolch, J., Pentz, M. A. (2011). A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obesity Reviews*, 12(5), e173-e182.
153. Ewing, R., Meakins, G., Hamidi, S., Nelson, A. C. (2014). Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity—update and refinement. *Health and Place*, 26, 118-126.
154. Hipp, J. A., Chalise, N. (2015). Spatial analysis and correlates of county-level diabetes prevalence, 2009–2010. *Preventing Chronic Disease*, 12.
155. Malambo, P., Kengne, A. P., De Villiers, A., Lambert, E. V., Puoane, T. (2016). Built Environment, Selected Risk Factors and Major Cardiovascular Disease Outcomes: A Systematic Review. *PloS One*, 11(11), e0166846.
156. Renalds, A., Smith, T. H., Hale, P. J. (2010). A systematic review of built environment and health. *Family and Community Health*, 33(1), 68-78.
157. Zick, C. D., Hanson, H., Fan, J. X., Smith, K. R., Kowaleski-Jones, L., Brown, B. B., Yamada, I. (2013). Re-visiting the relationship between neighbourhood environment and BMI: an instrumental variables approach to correcting for residential selection bias. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 27.
158. Kligerman, M., Sallis, J. F., Ryan, S., Frank, L. D., Nader, P. R. (2007). Association of neighborhood design and recreation environment variables with physical activity and body mass index in adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 274-277.
159. Saelens, B. E., Sallis, J. F., Frank, L. D., Couch, S. C., Zhou, C., Colburn, T., Cain, K.L., Chapman, J., Glanz, K. (2012). Obesogenic neighborhood environments, child and parent obesity: the Neighborhood Impact on Kids study. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), e57-e64.
160. Sugiyama, T., Koohsari, M. J., Mavoa, S., Owen, N. (2014). Activity-friendly built environment attributes and adult adiposity. *Current Obesity Reports*, 3(2), 183-198.

161. Creatore, M. I., Glazier, R. H., Moineddin, R., Fazli, G. S., Johns, A., Gozdyra, P., Matheson, F.I., Kaufman-Shrqui, V., Rosella, L.C., Manuel, D.G., Booth, G. L. (2016). Association of neighborhood walkability with change in overweight, obesity, and diabetes. *JAMA*, 315(20), 2211-2220.
162. Glazier, R. H., Creatore, M. I., Weyman, J. T., Fazli, G., Matheson, F. I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Shriqui, V.K., Booth, G. L. (2014). Density, destinations or both? A comparison of measures of walkability in relation to transportation behaviors, obesity and diabetes in Toronto, Canada. *PloS One*, 9(1), e85295.
163. Booth, G. L., Creatore, M. I., Moineddin, R., Gozdyra, P., Weyman, J. T., Matheson, F. I., Glazier, R. H. (2013). Unwalkable neighborhoods, poverty, and the risk of diabetes among recent immigrants to Canada compared with long-term residents. *Diabetes Care*, 36(2), 302-308.
164. Loo, C. J., Greiver, M., Aliarzadeh, B., Lewis, D. (2017). Association between neighbourhood walkability and metabolic risk factors influenced by physical activity: a cross-sectional study of adults in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 7(4), e013889.
165. Booth, G.L. (2016). Environnement bâti et santé. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 42, 10.
166. Kaczynski, A. (2010). Neighborhood walkability perceptions: associations with amount of neighborhood-based physical activity by intensity and purpose. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(1), 3-10.
167. Wojan, T.R., Hamrick, K.S. (2015). Can walking or biking to work really make a difference? Compact development, observed commuter choice and body mass index. *PLoS One*, 10(7).
168. Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Cole-Hunter, T., de Nazelle, A., Dons, E., Gerike, R., Goetschi, T., Panis, L.I., Kahlmeier, S., Nieuwenhuijsen, M. (2015). Health impact assessment of active transportation: a systematic review. *Preventive Medicine*, 76, 103-114.
169. Butler, G.P., Orpana, H.M., Wiens, A.J. (2007). By your own two feet: factors associated with active transportation in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 98(4), 259-264.
170. Ogilvie, D., Foster, C.E., Rothnie, H., Cavill, N., Hamilton, V., Fitzsimons, C.F., Mutrie, N., Scottish Physical Activity Research Collaboration. (2007). Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ*, 334(7605), 1204.
171. Agence de la santé publique du Canada (2014). Qu'est-ce que le transport actif? Agence de la santé publique du Canada.
172. Besser, L. M., Dannenberg, A. L. (2005). Walking to public transit: steps to help meet physical activity recommendations. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4), 273-280.
173. Lachapelle, U., Frank, L. D. (2009). Transit and health: mode of transport, employer-sponsored public transit pass programs, and physical activity. *Journal of Public Health Policy*, 30(1), S73-S94.
174. Chaix, B., Kestens, Y., Duncan, S., Merrien, C., Thierry, B., Pannier, B., Brondeel, R., Lewin, A., Karusisi, N., Perchoux, C., Thomas, F. (2014). Active transportation and public transportation use to achieve physical activity recommendations? A combined GPS, accelerometer, and mobility survey study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 124.
175. Rissel, C., Curac, N., Greenaway, M., Bauman, A. (2012). Physical activity associated with public transport use—a review and modelling of potential benefits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(7), 2454-2478.
176. Lachapelle, U., Frank, L., Saelens, B. E., Sallis, J. F., Conway, T. L. (2011). Commuting by public transit and physical activity: where you live, where you work, and how you get there. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(Suppl 1), S72-S82.
177. Yang, L., Sahlqvist, S., McMin, A., Griffin, S.J., Ogilvie, D. (2010). Interventions to promote cycling : systematic review. *BMJ*, 341, c5293.
178. New York City Department of Health and Mental Hygiene. (2011). Health benefits of active transportation in New York City. *NYC Vital Signs*, 10(3).
179. Institut canadien des urbanistes (2012). Transport actif, santé et conception communautaires: Que nous révèlent les éléments de preuve du Canada? Institut canadien des urbanistes.
180. Handy, S. L., Boarnet, M. G., Ewing, R., Killingsworth, R. E. (2002). How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2), 64-73.
181. Stevens, M. R. (2017). Does compact development make people drive less?. *Journal of the American Planning Association*, 83(1), 7-18.
182. Giles-Corti, B., Vernez-Moudon, A., Reis, R., Turrell, G., Dannenberg, A.L., Badland, H., Foster, S., Lowe, M., Sallis, J.F., Stevenson, M., Owen, N. (2016). City planning and population health : a global challenge. *The Lancet*, 388(10062), 2912-2924.
183. Sallis, J.F., Bull., F., Burdett, R., Frank, L.D., Griffiths, P., Giles-Corti, B., Stevenson, M. (2016). Use of science to guide city planning policy and practice : how to achieve healthy and sustainable future cities. *The Lancet*, 388(10062), 2936-2947.
184. Sallis, J.F., Cerin, E., Conway, T.L., Adams, M.A., Frank, L.D., Pratt, M., Salvo, D., Schipperijn, J., Smith G., Cain, K.L., Davey, R., Kerr, J., Lai, P.C., Mitas, J., Reis, R., Sarmiento, O.L., Schofield, G., Troelsen, J., Van Dyck, D., De Bourdeaudhuij, I., Owen, N. (2016). Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *The Lancet*, 387(10034), 2207-2217.
185. Hajna, S., Ross, N. A., Brazeau, A. S., Bélisle, P., Joseph, L., Dasgupta, K. (2015). Associations between neighbourhood walkability and daily steps in adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 768.
186. Kelly, C., Lian, M., Struthers, J., Kammrath, A. (2015). Walking to work: The roles of neighborhood walkability and socioeconomic deprivation. *Journal of Physical Activity and Health*, 12(Suppl 1), S70-S75.

187. Thielman, J., Manson, H., Chiu, M., Copes, R., Rosella, L. C. (2016). Residents of highly walkable neighbourhoods in Canadian urban areas do substantially more physical activity: a cross-sectional analysis. *Canadian Medical Association Journal Open*, 4(4), e720.
188. Public Health Agency of Canada (2011). Fast facts about Canada's neighbourhoods and physical activity. Public Health Agency of Canada.
189. Hajna, S., Ross, N. A., Joseph, L., Harper, S., Dasgupta, K. (2015). Neighbourhood walkability, daily steps and utilitarian walking in Canadian adults. *BMJ Open*, 5(11), e008964.
190. Jack, E., McCormack, G. R. (2014). The associations between objectively-determined and self-reported urban form characteristics and neighborhood-based walking in adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 71.
191. Thielman, J., Rosella, L., Copes, R., Lebenbaum, M., Manson, H. (2015). Neighborhood walkability: differential associations with self-reported transport walking and leisure-time physical activity in Canadian towns and cities of all sizes. *Preventive Medicine*, 77, 174-180.
192. Wasfi, R. A., Ross, N. A., El-Geneidy, A. M. (2013). Achieving recommended daily physical activity levels through commuting by public transportation: Unpacking individual and contextual influences. *Health and Place*, 23, 18-25.
193. Winters, M., Brauer, M., Setton, E. M., Teschke, K. (2010). Built environment influences on healthy transportation choices: bicycling versus driving. *Journal of Urban Health*, 87(6), 969-993.
194. Brown, B. B., Tharp, D., Tribby, C. P., Smith, K. R., Miller, H. J., Werner, C. M. (2016). Changes in bicycling over time associated with a new bike lane: relations with kilocalories energy expenditure and body mass index. *Journal of Transport and Health*, 3(3), 357-365.
195. Fuller, D., Gauvin, L., Kestens, Y., Daniel, M., Fournier, M., Morency, P., Drouin, L. (2013). Impact evaluation of a public bicycle share program on cycling: a case example of BIXI in Montreal, Quebec. *American Journal of Public Health*, 103(3), e85-e92.
196. Goodman, A., Sahlqvist, S., Ogilvie, D., iConnect Consortium. (2014). New walking and cycling routes and increased physical activity: one- and 2-year findings from the UK iConnect Study. *American Journal of Public Health*, 104(9), e38-e46.
197. Panter, J., Ogilvie, D. (2015). Theorising and testing environmental pathways to behaviour change: natural experimental study of the perception and use of new infrastructure to promote walking and cycling in local communities. *BMJ open*, 5(9), e007593.
198. Parker, K. M., Gustat, J., Rice, J. C. (2011). Installation of bicycle lanes and increased ridership in an urban, mixed-income setting in New Orleans, Louisiana. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(Suppl 1), S98-S102.
199. Parker, K. M., Rice, J., Gustat, J., Ruley, J., Spriggs, A., Johnson, C. (2013). Effect of bike lane infrastructure improvements on ridership in one New Orleans neighborhood. *Annals of Behavioral Medicine*, 45(1), 101-107.
200. Pucher, J., Buehler, R. (2008). Making cycling irresistible: lessons from the Netherlands, Denmark and Germany. *Transport Reviews*, 28(4), 495-528.
201. Pucher, J., Dill, J., Handy, S. (2010). Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: an international review. *Preventive Medicine*, 50, S106-S125.
202. Rissel, C., Greaves, S., Wen, L. M., Crane, M., Standen, C. (2015). Use of and short-term impacts of new cycling infrastructure in inner-Sydney, Australia: a quasi-experimental design. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 129.
203. Stewart, G., Anokye, N. K., Pokhrel, S. (2015). What interventions increase commuter cycling? A systematic review. *BMJ Open*, 5(8), e007945.
204. Winters, M., Teschke, K., Brauer, M., Fuller, D. (2016). Bike Score®: Associations between urban bikeability and cycling behavior in 24 cities. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 18.
205. Reynolds, C. C., Harris, M. A., Teschke, K., Crompton, P. A., Winters, M. (2009). The impact of transportation infrastructure on bicycling injuries and crashes: a review of the literature. *Environmental Health*, 8(1), 47.
206. Arvidsson, D., Kawakami, N., Ohlsson, H., Sundquist, K. (2012). Physical activity and concordance between objective and perceived walkability. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44(2), 280-287.
207. Gebel, K., Bauman, A. E., Sugiyama, T., Owen, N. (2011). Mismatch between perceived and objectively assessed neighborhood walkability attributes: prospective relationships with walking and weight gain. *Health and Place*, 17(2), 519-524.
208. Gebel, K., Bauman, A., Owen, N. (2009). Correlates of non-concordance between perceived and objective measures of walkability. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 228-238.
209. Nieuwenhuijsen, M. J., Khreis, H. (2016). Car free cities: pathway to healthy urban living. *Environment International*, 94, 251-262.
210. Manville, M., King, D. A., Smart, M. J. (2017). The Driving Downturn: A Preliminary Assessment. *Journal of the American Planning Association*, 83(1), 42-55.
211. Coronini-Cronberg, S., Millett, C., Lavery, A. A., Webb, E. (2012). The impact of a free older persons' bus pass on active travel and regular walking in England. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2141-2148.
212. Edwards, P., Steinbach, R., Green, J., Petticrew, M., Goodman, A., Jones, A., Roberts, H., Kelly, C., Nellthorpe, J., Wilkinson, P. (2013). Health impacts of free bus travel for young people: evaluation of a natural experiment in London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2012.

213. Green, J., Steinbach, R., Jones, A., Edwards, P., Kelly, C., Nellthorp, J., Goodman, A., Roberts, H., Petticrew, M., Wilkinson, P. (2014). On the buses: a mixed-method evaluation of the impact of free bus travel for young people on the public health. *Public Health Research*, 2(1).
214. Menai, M., Charreire, H., Feuillet, T., Salze, P., Weber, C., Enaud, C., Andreeva, V.A., Hercberg, S., Nazare, J.A., Perchoux, C., Simon, C. (2015). Walking and cycling for commuting, leisure and errands: relations with individual characteristics and leisure-time physical activity in a cross-sectional survey (the ACTI-Cités project). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 150.
215. Stepaniuk, J. A., Tuokko, H., McGee, P., Garrett, D. D., Benner, E. L. (2008). Impact of transit training and free bus pass on public transportation use by older drivers. *Preventive Medicine*, 47(3), 335-337.
216. Webb, E., Lavery, A., Mindell, J., Millett, C. (2016). Free bus travel and physical activity, gait speed, and adiposity in the English Longitudinal Study of Ageing. *American Journal of Public Health*, 106(1), 136-142.
217. Adams, E. J., Goodman, A., Sahlqvist, S., Bull, F. C., Ogilvie, D. (2013). Correlates of walking and cycling for transport and recreation: factor structure, reliability and behavioural associations of the perceptions of the environment in the neighbourhood scale (PENS). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 87.
218. Addy, C. L., Wilson, D. K., Kirtland, K. A., Ainsworth, B. E., Sharpe, P., Kimsey, D. (2004). Associations of perceived social and physical environmental supports with physical activity and walking behavior. *American Journal of Public Health*, 94(3), 440-443.
219. Giles-Corti, B., Bull, F., Knuiiman, M., McCormack, G., Van Niel, K., Timperio, A., Christian, H., Foster, S., Divitini, M., Middleton, N., Boruff, B. (2013). The influence of urban design on neighbourhood walking following residential relocation: longitudinal results from the RESIDE study. *Social Science and Medicine*, 77, 20-30.
220. McCormack, G. R., Friedenreich, C. M., Giles-Corti, B., Doyle-Baker, P. K., Shiell, A. (2013). Do motivation-related cognitions explain the relationship between perceptions of urban form and neighborhood walking? *Journal of Physical Activity and Health*, 10(7), 961-973.
221. Merom, D., Bauman, A., Phongsavan, P., Cerin, E., Kassis, M., Brown, W., Smith, B.J. Rissel, C. (2009). Can a motivational intervention overcome an unsupportive environment for walking—findings from the Step-by-Step Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(2), 137-146.
222. Perchoux, C., Kestens, Y., Brondeel, R., Chaix, B. (2015). Accounting for the daily locations visited in the study of the built environment correlates of recreational walking (the RECORD Cohort Study). *Preventive Medicine*, 81, 142-149.
223. Chaix, B., Simon, C., Charreire, H., Thomas, F., Kestens, Y., Karusisi, N., Vallée, J., Oppert, J.M., Weber, C. Pannier, B. (2014). The environmental correlates of overall and neighborhood based recreational walking (a cross-sectional analysis of the RECORD Study). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 20.
224. Buehler, R., Pucher, J. (2012). International Overview: Cycling Trends in Western Europe, North America, and Australia. *City Cycling*, 9-29.
225. Ebert, A. K. (2004). Cycling towards the nation: The use of the bicycle in Germany and the Netherlands, 1880–1940. *European Review of History*, 11(3), 347-364.
226. Statistique Canada (2017). La pratique de la bicyclette au Canada. Rapports sur la santé. Statistique Canada.
227. Pucher, J., Buehler, R. (2006). Why Canadians cycle more than Americans: a comparative analysis of bicycling trends and policies. *Transport Policy*, 13(3), 265-279.
228. Pucher, J., Buehler, R., Seinen, M. (2011). Bicycling renaissance in North America? An update and re-appraisal of cycling trends and policies. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 45(6), 451-475.
229. Lopez, R., Hynes, H. P. (2003). Sprawl in the 1990s: measurement, distribution, and trends. *Urban Affairs Review*, 38(3), 325-355.
230. Statistique Canada (2017). Chiffres de population et des logements – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016. Statistique Canada.
231. City of Toronto (2017). Ward Profiles.
232. Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Cole-Hunter, T., De Nazelle, A., Dons, E., Gerike, R., Gotschi, T., Int Panis, L., Kahlmeier, S., Neuiwenhuijsen, M. (2015). Health impact assessment of active transportation: a systematic review. *Preventative Medicine*, 76, 103-104.
233. Cairns, J., Warren, J., Garthwaite, K., Greig, G., Bambra, C. (2015). Go slow: an umbrella review of the effects of 20 mph zones and limits on health and health inequalities. *Journal of Public Health*, 37(3), 515-520.
234. Elvik, R. (2001). Area-wide urban traffic calming schemes: a meta-analysis of safety effects. *Accident Analysis and Prevention*, 33(3), 327-336.
235. Pulugurtha, S. S., Desai, A., Pulugurtha, N. M. (2010). Are pedestrian countdown signals effective in reducing crashes?. *Traffic Injury Prevention*, 11(6), 632-641.
236. Retting, R. A., Ferguson, S. A., McCart, A. T. (2003). A review of evidence-based traffic engineering measures designed to reduce pedestrian–motor vehicle crashes. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1456-1463.
237. Moradi, A., Soori, H., Kavousi, A., Eshghabadi, F., Jamshidi, E. (2016). Spatial factors affecting the frequency of pedestrian traffic crashes: a systematic review. *Archives of Trauma Research*, 5(4).

238. Brown, B.B., Tharp, D., Tribby, C.P., Smith, K.R., Miller, H.J., Werner, C.M. (2016). Changes in bicycling over time associated with a new bike lane: relationship with kilocalories energy expenditure and body mass index. *Journal of Transportation & Health*, 3(3), 357-365.
239. Fuller, D., Guavin, L., Kestens, Y., Daniel, M., Fournier, M., Morency, P., Drouin, L. (2013). Impact evaluation of a public bicycle share program on cycling: a case example of BIXI in Montreal, Quebec. *American Journal of Public Health*, 103(3), e85-e92.
240. Goodman, A., Sahlqvist, S., Ogilvie, D., iConnect Consortium (2014). New walking and cycling routes and increased physical activity: one- and 2-year findings from the UK iConnect Study. *Am J Public Health*, 104(9), e38-e46.
241. Winters, M., Teschke, K., Grant, M., Setton, E., Brauer, M. (2014). How far out of the way will we travel? Built environment influences on route selection for bicycle and car travel. *Transportation Research Record*, 2190.
242. Winters, M., Brauer, M., Setton, E.M., Teschke, K. (2010). Built environment influences on healthy transportation choices : bicycling versus driving. *Journal of Urban Health*, 87(6), 969-993.
243. Winters, M., Buehler, R., Gotschi, T. (2017). Policies to promote active travel: evidence from reviews of literature. *Current Environmental Health Reports*, epub.
244. Jarjour, S., Jerrett, M., Westerdahl, D., de Nazelle, A., Hanning, C., Daly, L., Lipsitt, J., Balmes, J. (2013). Cyclist route choice, traffic-related air pollution, and lung function: a scripted exposure study. *Environmental Health*, 12(1), 14.
245. Organisation mondiale de la Santé (2016). Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Organisation mondiale de la Santé.
246. Environnement et Changement climatique Canada (2016). Cote air santé – Conditions locales. Environnement et Changement climatique Canada.
247. Brook, R. D., Bard, R. L., Morishita, M., Dvonch, J. T., Wang, L., Yang, H. Y., Spino, C., Mukherjee, B., Kaplan, M.J., Yalavarthi, S., Oral, E. A. (2014). Hemodynamic, autonomic, and vascular effects of exposure to coarse particulate matter air pollution from a rural location. *Environmental Health Perspectives*, 122(6), 624.
248. Urch, B., Speck, M., Corey, P., Wasserstein, D., Manno, M., Lukic, K. Z., Brook, J.R., Liu, L., Coull, B., Schwartz, J., Gold, D. R. (2010). Concentrated ambient fine particles and not ozone induce a systemic interleukin-6 response in humans. *Inhalation Toxicology*, 22(3), 210-218.
249. Betts, K.S. (2012). Heart Disease Tradeoffs: The Built Environment, Air Pollution, and Activity. *Environmental Health Perspectives*, 120(2), a77.
250. De Nazelle, A., Rodríguez, D. A., Crawford-Brown, D. (2009). The built environment and health: impacts of pedestrian-friendly designs on air pollution exposure. *Science of the Total Environment*, 407(8), 2525-2535.
251. Hankey, S., Marshall, J. D., Brauer, M. (2012). Health impacts of the built environment: within-urban variability in physical inactivity, air pollution, and ischemic heart disease mortality. *Environmental Health Perspectives*, 120(2), 247.
252. Sattar, S. A., Wright, K. E., Zargar, B., Rubino, J. R., Ijaz, M. K. (2016). Airborne infectious agents and other pollutants in automobiles for domestic use: potential health impacts and approaches to risk mitigation. *Journal of Environmental and Public Health*.
253. Tainio, M., de Nazelle, A. J., Götschi, T., Kahlmeier, S., Rojas-Rueda, D., Nieuwenhuijsen, M. J., de Sá, T.H., Kelly, P., Woodcock, J. (2016). Can air pollution negate the health benefits of cycling and walking?. *Preventive Medicine*, 87, 233-236.
254. Giles, L. V., Koehle, M. S. (2014). The health effects of exercising in air pollution. *Sports Medicine*, 44(2), 223-249.
255. Chen, H., Kwong, J.C., Copes, R., Tu, K., Villeneuve, P.J., van Donkelaar, A., Hystad, P., Martin, R.V., Murray, B.J., Jessiman, B., Wilton, A.S., Kopp, A., Burnett, R.T. (2017). Living near major roads and the incidence of dementia, Parkinson's disease and multiple sclerosis: a population-based cohort study. *The Lancet*, 389(10070), 718-726.
256. Kelly, F.J., Fussell, J.C. (2015). Air pollution and public health : emerging hazards and improved understanding risk. *Environmental Geochemistry & Health*, 37(4), 631-649.
257. Khreis, H., Kelly, C., Tate, J., Parslow, R., Lucas, K., Nieuwenhuijsen, M. (2017). Exposure to traffic-related air pollution and risk of development of childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *Environment International*, 100, 1-31.
258. Stieb, D.M., Chen, L., Eshoul, M., Judek, S. (2012). Ambient air pollution, birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Research*, 1117, 100-111.
259. Stieb, D. M., Beveridge, R. C., Brook, J. R., Smith-Doiron, M. A. R. C., Burnett, R. T., Dales, R. E., Beaulieu, S., Judek, S., Mamedov, A. (2000). Air pollution, aeroallergens and cardiorespiratory emergency department visits in Saint John, Canada. *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*, 10(5), 461.
260. Beckerman, B. S., Jerrett, M., Finkelstein, M., Kanaroglou, P., Brook, J. R., Arain, M. A., Sears, M.R., Stieb, D., Balmes, J., Chapman, K. (2012). The association between chronic exposure to traffic-related air pollution and ischemic heart disease. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*, 75(7), 402-411.
261. Brook, R. D., Jerrett, M., Brook, J. R., Bard, R. L., Finkelstein, M. M. (2008). The relationship between diabetes mellitus and traffic-related air pollution. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(1), 32-38.

262. Brook, R. D., Cakmak, S., Turner, M. C., Brook, J. R., Crouse, D. L., Peters, P. A., Van Donkelaar, A., Villeneuve, P. J., Brion, O., Jerrett, M., Martin, R. V. (2013). Long-term fine particulate matter exposure and mortality from diabetes in Canada. *Diabetes Care*, 36(10), 3313-3320.
263. Chen, H., Burnett, R. T., Kwong, J. C., Villeneuve, P. J., Goldberg, M. S., Brook, R. D., van Donkelaar, A., Jerrett, M., Martin, R. V., Brook, J. R., Copes, R. (2013). Risk of incident diabetes in relation to long-term exposure to fine particulate matter in Ontario, Canada. *Environmental Health Perspectives*, 121(7), 804.
264. Chen, H., Burnett, R. T., Kwong, J. C., Villeneuve, P. J., Goldberg, M. S., Brook, R. D., van Donkelaar, A., Jerrett, M., Martin, R. V., Kopp, A., Brook, J. R. (2014). Spatial association between ambient fine particulate matter and incident hypertension. *Circulation*, 129 (5), 562-569.
265. Chen, H., Burnett, R. T., Copes, R., Kwong, J. C., Villeneuve, P. J., Goldberg, M. S., Brook, R. D., van Donkelaar, A., Jerrett, M., Martin, R. V., Brook, J. R. (2016). Ambient fine particulate matter and mortality among survivors of myocardial infarction: population-based cohort study. *Environmental Health Perspectives*, 124(9), 1421.
266. Crouse, D. L., Peters, P. A., van Donkelaar, A., Goldberg, M. S., Villeneuve, P. J., Brion, O., Khan, S., Atari, D. O., Jerrett, M., Pope III, C. A., Brauer, M. (2012). Risk of nonaccidental and cardiovascular mortality in relation to long-term exposure to low concentrations of fine particulate matter: a Canadian national-level cohort study. *Environmental Health Perspectives*, 120(5), 708.
267. Crouse, D. L., Peters, P. A., Hystad, P., Brook, J. R., van Donkelaar, A., Martin, R. V., Villeneuve, P. J., Jerrett, M., Goldberg, M. S., Pope III, C. A., Brauer, M. (2015). Ambient PM_{2.5}, O₃, and NO₂ exposures and associations with mortality over 16 years of follow-up in the Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). *Environmental Health Perspectives*, 123(11), 1180.
268. Crouse, D. L., Peters, P. A., Villeneuve, P. J., Proux, M. O., Shin, H. H., Goldberg, M. S., Johnson, M., Wheeler, A. J., Allen, R. W., Atari, D. O., Jerrett, M. (2015). Within-and between-city contrasts in nitrogen dioxide and mortality in 10 Canadian cities; a subset of the Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). *Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology*, 25(5), 482.
269. Dales, R., Burnett, R. T., Smith-Doiron, M., Stieb, D. M., Brook, J. R. (2004). Air pollution and sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 113(6), e628-e631.
270. Lavigne, E., Yasseen, A. S., Stieb, D. M., Hystad, P., Van Donkelaar, A., Martin, R. V., Brook, J. R., Crouse, D. L., Burnett, R. T., Chen, H., Weichenthal, S. (2016). Ambient air pollution and adverse birth outcomes: Differences by maternal comorbidities. *Environmental Research*, 148, 457-466.
271. Giles L. V., Barn P., Künzli N., Romieu I., Mittleman M. A., van Eeden S., Allen R., Carlsen C., Stieb D., Noonan C., Smargiassi A, Kaufman J. D., Hajat S., Kosatsky T., Brauer M. (2011). From good intentions to proven interventions: effectiveness of actions to reduce the health impacts of air pollution. *Environmental Health Perspectives*, 119(1), 29.
272. Laumbach, R., Meng, Q., Kipen, H. (2015). What can individuals do to reduce personal health risks from air pollution?. *Journal of Thoracic Disease*, 7(1), 96.
273. Böcker, L., Dijst, M., Prillwitz, J. (2013). Impact of everyday weather on individual daily travel behaviours in perspective: a literature review. *Transport Reviews*, 33(1), 71-91.
274. Bopp, M., Gayah, V. V., Campbell, M. E. (2015). Examining the link between public transit use and active commuting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 4256-4274.
275. Chan, C. B., Ryan, D. A. (2009). Assessing the effects of weather conditions on physical activity participation using objective measures. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(10), 2639-2654.
276. Dill, J., McNeil, N., Broach, J., Ma, L. (2014). Bicycle boulevards and changes in physical activity and active transportation: Findings from a natural experiment. *Preventive Medicine*, 69, S74-S78.
277. Fishman, E., Böcker, L., Helbich, M. (2015). Adult active transport in the Netherlands: An analysis of its contribution to physical activity requirements. *PloS One*, 10(4), e0121871.
278. Gebhart, K., Noland, R. B. (2014). The impact of weather conditions on bike share trips in Washington, DC. *Transportation*, 41(6), 1205-1225.
279. Miranda-Moreno, L. F., Lahti, A. C. (2013). Temporal trends and the effect of weather on pedestrian volumes: A case study of Montreal, Canada. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 22, 54-59.
280. Owen, N., Humpel, N., Leslie, E., Bauman, A., Sallis, J. F. (2004). Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 67-76.
281. Tucker, P., Gilliland, J. (2007). The effect of season and weather on physical activity: a systematic review. *Public Health*, 121(12), 909-922.
282. Winters, M., Friesen, M. C., Koehoorn, M., Teschke, K. (2007). Utilitarian bicycling: a multilevel analysis of climate and personal influences. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 52-58.
283. Wolff, D., Fitzhugh, E. C. (2011). The relationships between weather-related factors and daily outdoor physical activity counts on an urban greenway. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 579-589.

284. Collins, P.A., Mayer, D. (2015). Active transportation in Kingston, Ontario: an analysis of mode, destination, duration, and season among walkers and cyclists. *Journal of Physical Activity and Health*, 12(Suppl 1), S76-S83.
285. Dalton, M. A., Longacre, M. R., Drake, K. M., Gibson, L., Adachi-Mejia, A. M., Swain, K., Xie, H., Owens, P. M. (2011). Built environment predictors of active travel to school among rural adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), 312-319.
286. Katapally, T. R., Rainham, D., Muhajarine, N. (2016). A methodology to leverage cross-sectional accelerometry to capture weather's influence in active living research. *Canadian Journal of Public Health*, 107(1), 30-36.
287. Merchant, A. T., Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. (2007). Seasonal variation in leisure time physical activity among Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 203-208.
288. Winters, M., Davidson, G., Kao, D., Teschke, K. (2011). Motivators and deterrents of bicycling: comparing influences on decisions to ride. *Transportation*, 38(1), 153-168.
289. Winters, M., Friesen, M. C., Koehoorn, M., Teschke, K. (2007). Utilitarian bicycling: a multilevel analysis of climate and personal influences. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 52-58.
290. Helbich, M., Böcker, L., Dijst, M. (2014). Geographic heterogeneity in cycling under various weather conditions: Evidence from Greater Rotterdam. *Journal of Transport Geography*, 38, 38-47.
291. Witham, M. D., Donnan, P. T., Vadiveloo, T., Snihotta, F. F., Crombie, I. K., Feng, Z., McMurdo, M. E. (2014). Association of day length and weather conditions with physical activity levels in older community dwelling people. *PLoS One*, 9(1), e85331.
292. Goodman, A., Page, A. S., Cooper, A. R. (2014). Daylight saving time as a potential public health intervention: an observational study of evening daylight and objectively-measured physical activity among 23,000 children from 9 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 11(1), 84.
293. Kallio, J., Turpeinen, S., Hakonen, H., Tammelin, T. (2016). Active commuting to school in Finland, the potential for physical activity increase in different seasons. *International Journal of Circumpolar Health*, 75(1), 33319.
294. Reynolds, K.D., Wolch, J., Byrne, J., Chou, C.P., Feng, G., Weaver, S., Jerrett, M. (2007). Trail characteristics as correlates of urban trail use. *American Journal of Health Promotion*, 21(4_suppl), 335-345.
295. Wilson, L.A.M., Giles-Corti, B., Burton, N.W., Giskes, K., Haynes, M., Turrell, G. (2011). The association between objectively measured neighborhood features and walking in middle-aged adults. *American Journal of Health Promotion*, 25(4), e12-e21.

L'ACCÈS À DES ALIMENTS SAINS

296. Garriguet, D. (2009). La qualité de l'alimentation au Canada. *Rapports sur la santé*, 20(3), 41.
297. Santé Canada (2012). Les adultes Canadiens comblent-ils leur besoins en nutriments uniquement grâce à l'alimentation? Santé Canada.
298. Brisbois, T.D., Marsden, S.L., Anderson, G.H., Sievenpiper, J.L. (2014). Estimated intakes and sources of total and added sugars in the Canadian diet. *Nutrients*, 6(5), 1899-1912.
299. Langlois, K., Garriguet, D. (2011). Consommation de sucre chez les Canadiens de tous âges. *Rapports sur la santé*, 22(3), 23-27.
300. Santé Canada (2016). Les guides alimentaires du Canada. Santé Canada.
301. Strickland, J.R., Pizzorno, G., Kinghorn, A.M., Evanoff, B.A. (2015). Worksite influences on obesogenic behaviors in low-wage workers in St Louis, Missouri, 2013-2014. *Preventing Chronic Disease*, 12, epub.
302. Linde, J.A., Nygaard, K.E., MacLehose, R.F., Mitchell, N.R., Harnack, L.J., Cousins, J.M., Graham, D.J., Jeffery, R.W. (2012). HealthWorks: results of a multi-component group-randomized worksite environmental intervention trial for weight gain prevention. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 14.
303. Thornton, L.E., Lamb, K.E., Ball, K. (2013). Employment status, residential and workplace food environments: associations with women's eating behaviours. *Health and Place*, 24, 80-89.
304. Backman, D., Gonzaga, G., Sugerman, S., Francis, D., Cook, S. (2011). Effect of fresh fruit availability at worksites on fruit and vegetable consumption of low-wage employees. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 43(4 Suppl 2), S113-S121.
305. Escowery, C., Kegler, M.C., Alcantara, I., Wilson, M., Glanz, K. (2011). A qualitative examination of the role of small, rural worksites in obesity prevention. *Preventing Chronic Disease*, 8(4), A75.
306. Santé Canada (2016). Stratégie en matière de saine alimentation. Santé Canada.
307. Shoaie, S., Ghaffari, P., Kovatcheva-Datchary, P., Mardinoglu, A., Sen, P., Pujos-Guillot, E., de Wouters, T., Juste, C., Rizkalla, S., Chilloux, J., Hoyle, L. (2015). Quantifying diet-induced metabolic changes of the human gut microbiome. *Cell Metabolism*, 22(2), 320-331.
308. Zeevi, D., Korem, T., Zmora, N., Israeli, D., Rothschild, D., Weinberger, A., Ben-Yacov, O., Lador, D., Avnit-Sagi, T., Lotan-Pompan, M., Suez, J. (2015). Personalized nutrition by prediction of glycemic responses. *Cell*, 163(5), 1079-1094.
309. Celis-Morales, C., Livingstone, K. M., Marsaux, C. F., Macready, A. L., Fallaize, R., O'Donovan, C. B., Woolhead, C., Forster, H., Walsh, M.C., Navas-Carretero, S., San-Cristobal, R. (2017). Effect of personalized nutrition on health-related behaviour change: evidence from the Food4me European randomized controlled trial. *International Journal of Epidemiology*, 46(2).

310. Nielsen, D. E., El-Sohehy, A. (2014). Disclosure of genetic information and change in dietary intake: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(11), e112665.
311. Townshend, T., Lake, A. (2017). Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. *Perspectives in Public Health*, 137(1), 38-44.
312. Lipek, T., Igel, U., Gausche, R., Kiess, W., Grande, G. (2015). Obesogenic environments: environmental approaches to obesity prevention. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 28(5-6), 485-495.
313. Caspi, C. E., Sorensen, G., Subramanian, S. V., Kawachi, I. (2012). The local food environment and diet: a systematic review. *Health and Place*, 18(5), 1172-1187.
314. Roberto, C. A., Swinburn, B., Hawkes, C., Huang, T. T., Costa, S. A., Ashe, M., Zwicker, L., Cawley, J.H., Brownell, K. D. (2015). Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet*, 385(9985), 2400-2409.
315. Block, J. P., Subramanian, S. V. (2015). Moving beyond "food deserts": reorienting United States policies to reduce disparities in diet quality. *PLoS Medicine*, 12(12), e1001914.
316. Clary, C., Matthews, S. A., Kestens, Y. (2017). Between exposure, access and use: Reconsidering foodscape influences on dietary behaviours. *Health and Place*, 44, 1-7.
317. Brown, D. R., Brewster, L. G. (2015). The food environment is a complex social network. *Social Science and Medicine*, 133, 202-204.
318. Dubowitz, T., Zenk, S. N., Ghosh-Dastidar, B., Cohen, D. A., Beckman, R., Hunter, G., Steiner, E.D., Collins, R. L. (2015). Healthy food access for urban food desert residents: examination of the food environment, food purchasing practices, diet and BMI. *Public Health Nutrition*, 18(12), pp.2220-2230.
319. Ghosh-Dastidar, B., Cohen, D., Hunter, G., Zenk, S. N., Huang, C., Beckman, R., Dubowitz, T. (2014). Distance to store, food prices, and obesity in urban food deserts. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(5), 587-595.
320. Lebel, A., Noreau, D., Tremblay, L., Oberlé, C., Girard-Gadreau, M., Duquay, M., Block, J. P. (2016). Identifying rural food deserts: Methodological considerations for food environment interventions. *Canadian Journal of Public Health*, 107(1), e521.
321. Mejia, N., Lightstone, A. S., Basurto-Davila, R., Morales, D. M., Sturm, R. (2015). Neighborhood Food Environment, Diet, and Obesity Among Los Angeles County Adults, 2011. *Preventing Chronic Disease*, 12, e143.
322. Minaker, L. M., Olstad, D. L., Thompson, M. E., Raine, K. D., Fisher, P., Frank, L. D. (2016). Associations between frequency of food shopping at different store types and diet and weight outcomes: findings from the NEWPATH study. *Public Health Nutrition*, 19(12), 2268-2277.
323. Sadler, R. C., Gilliland, J. A., Arku, G. (2011). An application of the edge effect in measuring accessibility to multiple food retailer types in Southwestern Ontario, Canada. *International Journal of Health Geographics*, 10(1), 34.
324. Glanz, K., Sallis, J.F., Saelens, B.E., Frank, L.D. (2005). Healthy nutrition environments : concepts and measures. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 330-333
325. Health Canada (2013). Measuring the food environment in Canada. Health Canada.
326. Cobb, L. K., Appel, L. J., Franco, M., Jones-Smith, J. C., Nur, A., Anderson, C. (2015). The relationship of the local food environment with obesity: a systematic review of methods, study quality, and results. *Obesity*, 23(7), 1331-1344.A.
327. Zenk, S.N., Tarlov, E., Wing, C., Matthews, S.A., Jones, K., Tong, H., Powell, L.M. (2017). Geographic accessibility of food outlets not associated with body mass index change among veterans, 2009-2014. *Health Affairs*, 36(8), 1433.
328. Rahman, T., Cushing, R. A., Jackson, R. J. (2011). Contributions of built environment to childhood obesity. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(1), 49-57.
329. Thornton, L. E., Kavanagh, A. M. (2012). Association between fast food purchasing and the local food environment. *Nutrition and Diabetes*, 2(12), e53.
330. Zenk, S. N., Thatcher, E., Reina, M., Odoms-Young, A. (2015). 6 Local Food Environments and Diet-Related Health Outcomes. *Local Food Environments: Food Access in America*, 167.
331. Daniel, M., Paquet, C., Auger, N., Zang, G., Kestens, Y. (2010). Association of fast-food restaurant and fruit and vegetables store densities with cardiovascular mortality in a metropolitan population. *European Journal of Epidemiology*, 25(10), 711-719.
332. Prince, S. A., Kristjansson, E. A., Russell, K., Billette, J. M., Sawada, M. C., Ali, A., Tremblay, M.S., Prud'homme, D. (2012). Relationships between neighborhoods, physical activity, and obesity: a multilevel analysis of a large Canadian city. *Obesity*, 20(10), 2093-2100.
333. Minaker, L. M., Raine, K. D., Wild, T. C., Nykiforuk, C. I., Thompson, M. E., Frank, L. D. (2013). Objective food environments and health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(3), 289-296.
334. Prince, S. A., Kristjansson, E. A., Russell, K., Billette, J. M., Sawada, M., Ali, A., Tremblay, M.S., Prud'homme, D. (2011). A multilevel analysis of neighbourhood built and social environments and adult self-reported physical activity and body mass index in Ottawa, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 3953-3978.
335. Kruger, D. J., Greenberg, E., Murphy, J. B., DiFazio, L. A., Youra, K. R. (2014). Local concentration of fast-food outlets is associated with poor nutrition and obesity. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 340-343.
336. Fraser, L. K., Edwards, K. L., Cade, J., Clarke, G. P. (2010). The geography of fast food outlets: a review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(5), 2290-2308.

337. Dubowitz, T., Ghosh-Dastidar, M. B., Steiner, E., Escarce, J. J., Collins, R. L. (2013). Are our actions aligned with our evidence? The skinny on changing the landscape of obesity. *Obesity*, 21(3), 419-420.
338. Chen, D., Jaenicke, E. C., Volpe, R. J. (2016). Food environments and obesity: household diet expenditure versus food deserts. *American Journal of Public Health*, 106(5), 881-888.
339. Widener, M. J., Shannon, J. (2014). When are food deserts? Integrating time into research on food accessibility. *Health and Place*, 30, 1-3.
340. Fitterer, J.L., Nelson, T.A., Stockwell, T. (2015). A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Front Public Health*, 3, 253.
341. Badland, H., Mavoa, S., Linvingston, M., David, S., Giles-Corti, B. (2016). Testing spatial measures of alcohol outlet density with self-rated health in the Australian context: implications for policy and practice. *Drug & Alcohol Review*, 35(3), 298-306.
342. Fone, D., Morgan, J., Fry, R., Rodgers, S., Orford, S., Farewell, D., Dunstan, F., White, J., Sivarajasingam, V., Trefan, L., Brennan, I., Lee, S., Shiode, N., Weightman, A., Webster, C., Lyons, R. (2016). Change in alcohol outlet density and alcohol-related harm to population health (CHALICE): a comprehensive record-linked database study in Wales. *NIHB Journal Library*.
343. Morrison, C., Smith, K., Gruenewald, P.J., Ponicki, W.R., Lee, J.P., Cameron, P. (2015). Relating off-premises alcohol outlet density to intentional and unintentional injuries. *Addiction*, 111(1), 56-64.
344. Morrison, C.N., Dong, B., BRanas, C.C., Richmond, T.S., Wiebe, D.J. (2017). A momentary exposures analysis of proximity to alcohol outlets and risk for assault. *Addiction*, 112(2), 269-278.
345. Snowden, A.J. (2016). Alcohol outlet density and intimate partner violence in a nonmetropolitan college town: accounting for neighborhood characteristics and alcohol outlet types. *Violence & Victims*, 31(1), 111-123.
346. Ahem, J., Balzer, L., Galea, S. (2015). The roles of outlet density and norms in alcohol use disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, 151, 144-150.
347. Bryden, A. Roberts, B., McKee, M., Petticrew, M. (2012). A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. *Health and Place*, 18(2), 349-357.
348. Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., Ponicki, W., Tu, A., Buxton, J. (2013). Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2014-2020.
349. Pereira, G., Wood, L., Foster, S., Haggart, F. (2013). Access to alcohol outlets, alcohol consumption and mental health. *PLoS One*, 8(1), e53461.
350. Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol & Alcoholism*, 44(5), 500-516.
351. Treno, A.J., Ponicki, W.R., Stockwell, T., Macdonald, S., Gruenewald, P.J., Zhao, J., Martin, G., Greer, A. (2013). Alcohol outlet densities and alcohol price: the British Columbia experiment in the partial privatization of alcohol sales off-premise. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 37(5), 854-859.
352. Gilliland, J. A., Rangel, C. Y., Healy, M. A., Tucker, P., Loebach, J. E., Hess, P. M., He, M., Irwin, J.D., Wilk, P. (2012). Linking childhood obesity to the built environment: a multi-level analysis of home and school neighbourhood factors associated with body mass index. *Canadian Journal of Public Health*, 103(9), 15-21.
353. Hollands, S., Campbell, M. K., Gilliland, J., Sarma, S. (2013). A spatial analysis of the association between restaurant density and body mass index in Canadian adults. *Preventive Medicine*, 57(4), 258-264.
354. Hollands, S., Campbell, M. K., Gilliland, J., Sarma, S. (2014). Association between neighbourhood fast-food and full-service restaurant density and body mass index: a cross-sectional study of Canadian adults. *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), 172-178.
355. Polsky, J.Y., Moineddin R., Glazier, R. H., Dunn J.R., Booth, G. L. (2016). Relative and absolute availability of fast-food restaurants in relation to the development of diabetes: A population-based cohort study. *Canadian Journal of Public Health*, 107(1), e527.
356. Polsky, J. Y., Moineddin, R., Dunn, J. R., Glazier, R. H., Booth, G. L. (2016). Absolute and relative densities of fast-food versus other restaurants in relation to weight status: Does restaurant mix matter? *Preventive Medicine*, 82, 28-34.
357. Boone-Heinonen, J., Gordon-Larsen, P., Kiefe, C. I., Shikany, J. M., Lewis, C. E., Popkin, B. M. (2011). Fast food restaurants and food stores: longitudinal associations with diet in young to middle-aged adults: the CARDIA study. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1162-1170.
358. Hager, E. R., Cockerham, A., O'Reilly, N., Harrington, D., Harding, J., Hurley, K. M., Black, M. M. (2016). Food swamps and food deserts in Baltimore City, MD, USA: associations with dietary behaviours among urban adolescent girls. *Public Health Nutrition*, 1-10.
359. Hollands, S., Campbell, M. K., Gilliland, J., Sarma, S. (2014). Association between neighbourhood fast-food and full-service restaurant density and body mass index: a cross-sectional study of Canadian adults. *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), 172-178.
360. Mezuk, B., Li, X., Cederin, K., Rice, K., Sundquist, J., Sundquist, K. (2016). Beyond Access: Characteristics of the Food Environment and Risk of Diabetes. *American Journal of Epidemiology*, 183(12), 1129-1137.

361. Minaker, L. M., Raine, K. D., Wild, T. C., Nykiforuk, C. I., Thompson, M. E., Frank, L. D. (2013). Objective food environments and health outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(3), 289-296.
362. Luan, H., Law, J., Quick, M. (2015). Identifying food deserts and swamps based on relative healthy food access: a spatio-temporal Bayesian approach. *International Journal of Health Geographics*, 14(1), 37.
363. Centers for Disease Control and Prevention (2010). *Healthy Places: Zoning*. Centers for Disease Control and Prevention.
364. Raine, K. D., Muhajarine, N., Spence, J. C., Neary, N. E., Nykiforuk, C. I. (2012). Coming to consensus on policy to create supportive built environments and community design. *Canadian Journal of Public Health*, 103(Suppl 3), S5-S8.
365. Quebec en forme (2012). Comment modifier l'environnement bâti pour encourager une saine alimentation chez les jeunes. *Faits saillants de la recherche*, 2011-2012.
366. Mayo, M. L., Pitts, S. B. J., Chiqui, J. F. (2013). Associations between county and municipality zoning ordinances and access to fruit and vegetable outlets in rural North Carolina, 2012. *Preventing Chronic Disease*, 10, e203.
367. McCormack, L. A., Laska, M. N., Larson, N. I., Story, M. (2010). Review of the nutritional implications of farmers' markets and community gardens: a call for evaluation and research efforts. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(3), 399-408.
368. Jilcott Pitts, S. B., Wu, Q., Demarest, C. L., Dixon, C. E., Dortche, C. J., Bullock, S. L., McGuirt, J., Ward, R., Ammerman, A. S. (2015). Farmers' market shopping and dietary behaviours among Supplemental Nutrition Assistance Program participants. *Public Health Nutrition*, 18(13), 2407-2414.
369. Leone, L. A., Beth, D., Ickes, S. B., MacGuire, K., Nelson, E., Smith, R. A., Tate, D.F., Ammerman, A. S. (2012). Attitudes toward fruit and vegetable consumption and farmers' market usage among low-income North Carolinians. *Journal of Hunger and Environmental Nutrition*, 7(1), 64-76.
370. McGuirt, J. T., Pitts, S. B. J., Ward, R., Crawford, T. W., Keyserling, T. C., Ammerman, A. S. (2014). Examining the influence of price and accessibility on willingness to shop at farmers' markets among low-income eastern North Carolina women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(1), 26-33.
371. Wang, H., Qiu, F., Swallow, B. (2014). Can community gardens and farmers' markets relieve food desert problems? A study of Edmonton, Canada. *Applied Geography*, 55, 127-137.
372. Bowling, A. B., Moretti, M., Ringelheim, K., Tran, A., Davison, K. (2016). Healthy Foods, Healthy Families: combining incentives and exposure interventions at urban farmers' markets to improve nutrition among recipients of US federal food assistance. *Health Promotion Perspectives*, 6(1), 10.
373. Jilcott Pitts, S. B., Wu, Q., McGuirt, J. T., Crawford, T. W., Keyserling, T. C., Ammerman, A. S. (2013). Associations between access to farmers' markets and supermarkets, shopping patterns, fruit and vegetable consumption and health indicators among women of reproductive age in eastern North Carolina, USA. *Public Health Nutrition*, 16(11), 1944-1952.
374. Jilcott Pitts, S. B., Gustafson, A., Wu, Q., Mayo, M. L., Ward, R. K., McGuirt, J. T., Rafferty, A.P., Lancaster, M.F., Evenson, K.R., Keyserling, T.C., Ammerman, A. S. (2014). Farmers' market use is associated with fruit and vegetable consumption in diverse southern rural communities. *Nutrition Journal*, 13(1), 1.
375. Jilcott Pitts, S. B., Acheson, M. L. M., Ward, R. K., Wu, Q., McGuirt, J. T., Bullock, S. L., Lancaster, M.F., Raines, J., Ammerman, A. S. (2015). Disparities in healthy food zoning, farmers' market availability, and fruit and vegetable consumption among North Carolina residents. *Archives of Public Health*, 73(1), 35.
376. Jilcott Pitts, S. B., Hinkley, J., Wu, Q., McGuirt, J. T., Lyonnais, M. J., Rafferty, A. P., Whitt, O.R., Winterbauer, N., Phillips, L. (2017). A possible dose-response association between distance to farmers' markets and roadside produce stands, frequency of shopping, fruit and vegetable consumption, and body mass index among customers in the Southern United States. *BMC Public Health*, 17(1), 65.
377. Payne, G. H., Wethington, H., Olsho, L., Jernigan, J., Farris, R., Walker, D. K. (2013). Implementing a Farmers' Market Incentive Program: Perspectives on the New York City Health Bucks Program. *Preventing Chronic Disease*, 10, e145.
378. Robles, B., Montes, C. E., Nobari, T. Z., Wang, M. C., Kuo, T. (2017). Dietary Behaviors among Public Health Center Clients with Electronic Benefit Transfer Access at Farmers' Markets. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(1), 58-68.
379. Lucan, S. C., Maroko, A. R., Sanon, O., Frias, R., Schechter, C. B. (2015). Urban farmers' markets: Accessibility, offerings, and produce variety, quality, and price compared to nearby stores. *Appetite*, 90, 23-30.
380. Alaimo, K., Beavers, A. W., Crawford, C., Snyder, E. H., Litt, J. S. (2016). Amplifying health through community gardens: A framework for advancing multicomponent, behaviorally based neighborhood interventions. *Current Environmental Health Reports*, 3(3), 302-312.
381. Alaimo, K., Packnett, E., Miles, R.A., Kruger, D.J. (2008). Fruit and vegetable intake among urban community gardeners. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 40(2), 94-101.
382. Barnidge, E. K., Baker, E. A., Schootman, M., Motton, F., Sawicki, M., Rose, F. (2015). The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention. *Health Education Research*, 30(5), 773-785.

383. Carney, P. A., Hamada, J. L., Rdesinski, R., Sprager, L., Nichols, K. R., Liu, B. Y., Pelayo, J., Sanchez, M. A., Shannon, J. (2012). Impact of a community gardening project on vegetable intake, food security and family relationships: a community-based participatory research study. *Journal of Community Health*, 37(4), 874-881.
384. Castro, D. C., Samuels, M., Harman, A. E. (2013). Growing healthy kids: a community garden-based obesity prevention program. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(3), S193-S199.
385. Egli, V., Oliver, M., Tautolo, E. S. (2016). The development of a model of community garden benefits to wellbeing. *Preventive Medicine Reports*, 3, 348-352.
386. Litt, J. S., Soobader, M. J., Turbin, M. S., Hale, J. W., Buchenau, M., Marshall, J. A. (2011). The influence of social involvement, neighborhood aesthetics, and community garden participation on fruit and vegetable consumption. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1466-1473.
387. Soga, M., Gaston, K. J., Yamaura, Y. (2016). Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 5, 92-99.
388. Alaimo, K., Reischl, T. M., Allen, J. O. (2010). Community gardening, neighborhood meetings, and social capital. *Journal of Community Psychology*, 38(4), 497-514.
389. Teig, E., Amulya, J., Bardwell, L., Buchenau, M., Marshall, J. A., Litt, J. S. (2009). Collective efficacy in Denver, Colorado: Strengthening neighborhoods and health through community gardens. *Health and Place*, 15(4), 1155-1122.
390. Statistique Canada. Tableau 326-0012 : Prix de détail moyens pour les aliments et autres produits sélectionnés (mensuel (dollars)). Statistique Canada.
391. Statistique Canada (2014). L'évolution du secteur canadien des fruits et légumes : de 1941 à 2011. Statistique Canada.
392. Statistique Canada (2017). Production de fruits et de légumes, 2016. Statistique Canada.
393. Tarasuk, V. (2010). Policy directions to promote healthy dietary patterns in Canada. *Applied Physiology Nutrition & Metabolism*, 35, 229-233.
394. Tarasuk, V., Mitchell, A., Dachner, N. (2014). Household food insecurity in Canada, 2014. PROOF: Food insecurity policy research.
395. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2017). Statistiques de sécurité alimentaire. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
396. Carter, M. A., Dubois, L., Tremblay, M. S. (2014). Place and food insecurity: a critical review and synthesis of the literature. *Public Health Nutrition*, 17(1), 94-112.
397. Kirkpatrick, S. I., Tarasuk, V. (2010). Assessing the relevance of neighbourhood characteristics to the household food security of low-income Toronto families. *Public Health Nutrition*, 13(7), 1139-1148.
398. Guo, Y., Berrang-Ford, L., Ford, J., Lardeau, M. P., Edge, V., Patterson, K., IHACC Research Team, Harper, S. L. (2015). Seasonal prevalence and determinants of food insecurity in Iqaluit, Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1), 27284.
399. Collings, P., Marten, M. G., Pearce, T., Young, A. G. (2016). Country food sharing networks, household structure, and implications for understanding food insecurity in Arctic Canada. *Ecology of Food and Nutrition*, 55(1), 30-49.
400. Skinner, K., Hanning, R. M., Metatawabin, J., Tsuji, L. J. (2014). Implementation of a community greenhouse in a remote, sub-Arctic First Nations community in Ontario, Canada: a descriptive case study. *Rural and Remote Health*, 14(2), 2545.

DES MILIEUX POSITIFS

401. Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont)*, 4(5), 35-40.
402. Reblin, M., Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201.
403. Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
404. Sinha, M. (2015). Rapports des Canadiens avec les membres de leur famille et leurs amis. Statistique Canada.
405. Turcotte, M. (2015). Tendances du capital social au Canada. Statistique Canada.
406. Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, 66, 733-767.
407. Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Cole, S. W., Capitanio, J. P., Goossens, L., Boomsma, D. I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 202-212.
408. Hawkey, L. C., Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Series B, Biological Sciences*, 370(1669).
409. Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
410. Shields, M. (2008). Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé. Statistique Canada: 82-003-X Rapports sur la santé.
411. Statistics Canada (2002). Appartenance à la collectivité et santé. Statistique Canada.

412. Statistique Canada. Tableau 105-0501 – Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues (occasionnel). Statistique Canada.
413. Brosschot, J. F., Gerin, W., Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
414. Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251.
415. Juster, R. P., McEwen, B. S., Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16.
416. Marin, M. F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., Fiocco, A.J., Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583-595.
417. Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264.
418. Child, S. T., Schoffman, D. E., Kaczynski, A. T., Forthofer, M., Wilcox, S., Baruth, M. (2016). Neighborhood attributes associated with the social environment. *American Journal of Health Promotion*, 30(8), 634-637.
419. Wood, L., Frank, L. D., Giles-Corti, B. (2010). Sense of community and its relationship with walking and neighborhood design. *Social Science and Medicine*, 70(9), 1381-1390.
420. Brown, S.C., Mason, C.A., Lombard, J.L., Martinez, F., Plater-Zyberk, E., Spokane, A.R., Newman, F.L., Pantin, H., Szapocznik, J. (2009). The relationships of built environment to perceived social support and psychological distress in Hispanic elders: the role of "eyes on the street". *Journal of Gerontology: series B Psychological Sciences & Social Sciences*, 64B(2), 234-246.
421. Brown, B. B., Cropper, V. L. (2001). New urban and standard suburban subdivisions: Evaluating psychological and social goals. *Journal of the American Planning Association*, 67(4), 402-419.
422. Cabrera, J.F. (2013). New urbanism and selection bias in the formation of social capital. *Housing Policy Debate*, 23(2), 376-394.
423. Cabrera, J. F., Najarian, J. C. (2015). How the built environment shapes spatial bridging ties and social capital. *Environment and Behavior*, 47(3), 239-267.
424. Hassen, N., Kaufman, P. (2016). Examining the role of urban street design in enhancing community engagement: A literature review. *Health and Place*, 41, 119-132.
425. Kim, J., Kaplan, R. (2004). Physical and psychological factors in sense of community: New urbanist Kentlands and nearby Orchard Village. *Environment and Behavior*, 36(3), 313-340.
426. Mazumdar, S., Learnihan, V., Cochrane, T., Davey, R. (2017). The Built Environment and Social Capital: A Systematic Review. *Environment and Behavior*.
427. Leyden, K. M. (2003). Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1546-1551.
428. Lund, H. (2002). Pedestrian environments and sense of community. *Journal of Planning Education and Research*, 21(3), 301-312.
429. Mazumdar, S., Learnihan, V., Cochrane, T., Davey, R. (2017). The Built Environment and Social Capital: A Systematic Review. *Environment and Behavior*.
430. Podobnik 2002; Podobnik, B. 2002. New urbanism and the generation of social capital: Evidence from Orenco station. *National Civic Review*, 91(3), 245-255.
431. Rogers, G. O., Sukolratnametee, S. (2009). Neighborhood design and sense of community: Comparing suburban neighborhoods in Houston Texas. *Landscape and Urban Planning*, 92(3), 325-334.
432. Torres, A., Sarmiento, O. L., Stauber, C., Zarama, R. (2013). The Ciclovia and Cicloruta programs: promising interventions to promote physical activity and social capital in Bogotá, Colombia. *American Journal of Public Health*, 103(2), e23-e30.
433. Wilkerson, A., Carlson, N. E., Yen, I. H., Michael, Y. L. (2012). Neighborhood physical features and relationships with neighbors: does positive physical environment increase neighborliness?. *Environment and Behavior*, 44(5), 595-615.
434. Audirac, I. (1999). Stated preference for pedestrian proximity: an assessment of new urbanist sense of community. *Journal of Planning Education and Research*, 19(1), 53-66.
435. Grant, J., Perrott, K. (2009). Producing diversity in a new urbanism community: Policy and practice. *Town Planning Review*, 80(3), 267-289.
436. Talen, E. (1999). Sense of community and neighbourhood form: An assessment of the social doctrine of new urbanism. *Urban Studies*, 36(8), 1361-1379.
437. Talen, E. (2005). Land use zoning and human diversity: Exploring the connection. *Journal of Urban Planning and Development*, 131(4), 214-232.
438. Talen, E. (2010). Affordability in new urbanist development: Principle, practice, and strategy. *Journal of Urban Affairs*, 32(4), 489-510.
439. Tu, C. C., Eppli, M. J. (1999). Valuing new urbanism: The case of Kentlands. *Real Estate Economics*, 27(3), 425-451.

440. Tu, C. C., Eppli, M. J. (2001). An empirical examination of traditional neighborhood development. *Real Estate Economics*, 29(3), 485-501.
441. Dreger, S., Buck, C., Bolte, G. (2014). Material, psychosocial and sociodemographic determinants are associated with positive mental health in Europe: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(5), e005095.
442. Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536-555.
443. Francis, J., Wood, L. J., Knuiman, M., Giles-Corti, B. (2012). Quality or quantity? Exploring the relationship between Public Open Space attributes and mental health in Perth, Western Australia. *Social Science and Medicine*, 74(10), 1570-1577.
444. Guite, H. F., Clark, C., Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, 120(12), 1117-1126.
445. Mair, C. F., Roux, A. V. D., Galea, S. (2008). Are neighborhood characteristics associated with depressive symptoms? A critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(11), 940-946.
446. Roe, J. J., Thompson, C. W., Aspinall, P. A., Brewer, M. J., Duff, E. I., Miller, D., Mitchell, R. Clow, A. (2013). Green space and stress: evidence from cortisol measures in deprived urban communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 4086-4103.
447. Sugiyama, T., Leslie, E., Giles-Corti, B., Owen, N. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), e9.
448. Garipey, G., Kaufman, J. S., Blair, A., Kestens, Y., Schmitz, N. (2015). Place and health in diabetes: the neighbourhood environment and risk of depression in adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 32(7), 944-950.
449. Garipey, G., Thombs, B. D., Kestens, Y., Kaufman, J. S., Blair, A., Schmitz, N. (2015). The neighbourhood built environment and trajectories of depression symptom episodes in adults: A latent class growth analysis. *PloS One*, 10(7), e0133603.
450. Garipey, G., Blair, A., Kestens, Y., Schmitz, N. (2014). Neighbourhood characteristics and 10-year risk of depression in Canadian adults with and without a chronic illness. *Health and Place*, 30, 279-286.
451. Statistique Canada (2011). Le déplacement domicile-travail. ENM en bref. Statistique Canada.
452. Cassidy, T. (1992). Commuting-relating stress: consequences and implications. *Employee Counselling Today*, 4(2), 15-21.
453. Costa, G., Pickup, L., Di Martino, V. (1988). Commuting – a further stress factor for working people : evidence from the European community. I. A review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 60(5), 371-376.
454. Costa, G., Pickup, L., Di Martino, V. (1988). Commuting – a further stress factor for working people : evidence from the European Community. II. An empirical study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 60(5), 377-385.
455. Evans, G.W., Wener, R.E., Phillips, D. (2002). The morning rush hour: predictability and commuter stress. *Environment and Behavior*, 34(4).
456. Gottholmseder, G., Nowotny, K., Pruckner, G.J., Theurl, E. (2008). Stress perception and commuting. *Health Economics*, 18(5), 559-576.
457. Lucas, J.L., Heady, R.B. (2002). Flextime commuters and their driver stress, feelings of time urgency, and commute satisfaction. *Journal of Business and Psychology*, 16(4), 565-571.
458. Milner, A., Badland, H., Kavanagh, A., LaMontagne, A.D. (2017). Time spent commuting to work and mental health: evidence from 13 waves of an Australian cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 27, 1-9.
459. Novaco, R.W., Stokols, D., Campbell, J., Stokols, J. (1979). Transportation, stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 7(4), 361-380.
460. Novaco, R.W., Stokols, D., Milanese, L. (1990). Objective and subjective dimensions of travel impedance as determinants of commuting stress. *American Journal of Community Psychology*, 18(2), 231-257.
461. Schaeffer, M.H., Street, S.W., Singer, J.E., Baum, A. (1988). Effects of control on the stress reaction of commuters. *Journal of Applied Social Psychology*, 18(11), 944-957.
462. Cantwell, M., Caulfield, B., O'Mahony, M. (2009). Examining the factors that impact public transport commuting satisfaction. *Journal of Public Transportation*, 12(2).
463. Lundberg, U. (2010). Urban commuting : crowdedness and catecholamine excretion. *Journal of Human Stress*, 2(3), 26-32.
464. Wener, R., Evans, G., Boatley, P. (2014). Commuting stress: psychophysiological effects of a trip and spillover into the workplace. *Transportation Research Record*, 1924.
465. Wener, R.E., Evans, G.W., Phillips, D., Nadler, N. (2003). Running for the 7:45: the effects of public transit improvements on commuter stress. *Transportation*, 30(2), 203-220.
466. Olsson, L.E., Garling, T., Ettema, D., Friman, M., Fujii, S. (2013). Happiness and satisfaction with work commute. *Social Indicators Research*, 111(1), 255-263.
467. Van Hooff, M.L. (2015). The daily commute from work to home: examining employees' experiences in relation to their recovery status. *Stress Health*, 31(2), 124-137.
468. Gascon, M., Triguero-Mas, M., Martínez, D., Dadvand, P., Rojas-Rueda, D., Plasència, A., Nieuwenhuijsen, M. J. (2016). Residential green spaces and mortality: a systematic review. *Environment International*, 86, 60-67.

469. Kabisch, N., Qureshi, S., Haase, D. (2015). Human–environment interactions in urban green spaces—A systematic review of contemporary issues and prospects for future research. *Environmental Impact Assessment Review*, 50, 25-34.
470. Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G., Groenewegen, P. P. (2008). Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(12), 967-973.
471. Van den Berg, A. E., Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P. (2010). Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science and Medicine*, 70(8), 1203-1210.
472. van den Berg, M., Wendel-Vos, W., van Poppel, M., Kemper, H., van Mechelen, W., Maas, J. (2015). Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. *Urban Forestry and Urban Greening*, 14(4), 806-816.
473. Villeneuve, P. J., Jerrett, M., Su, J. G., Burnett, R. T., Chen, H., Wheeler, A. J., Goldberg, M. S. (2012). A cohort study relating urban green space with mortality in Ontario, Canada. *Environmental Research*, 115, 51-58.
474. Dadvand, P., de Nazelle, A., Triguero-Mas, M., Schembari, A., Cirach, M., Amoly, E., Figueras, F., Basagaña, X., Ostro, B., Nieuwenhuijsen, M. (2012). Surrounding greenness and exposure to air pollution during pregnancy: an analysis of personal monitoring data. *Environmental Health Perspectives*, 120(9), 1286.
475. Demoury, C., Thierry, B., Richard, H., Sigler, B., Kestens, Y., Parent, M. E. (2017). Residential greenness and risk of prostate cancer: A case-control study in Montreal, Canada. *Environment International*, 98, 129-136.
476. Hystad, P., Davies, H. W., Frank, L., Van Loon, J., Gehring, U., Tamburic, L., Brauer, M. (2014). Residential greenness and birth outcomes: evaluating the influence of spatially correlated built-environment factors. *Environmental Health Perspectives*, 122(10), 1095.
477. Laurent, O., Wu, J., Li, L., Milesi, C. (2013). Green spaces and pregnancy outcomes in Southern California. *Health and Place*, 24, 190-195.
478. Markevych, I., Thiering, E., Fuertes, E., Sugiri, D., Berdel, D., Koletzko, S., von Berg, A., Bauer, C.P., Heinrich, J. (2014). A cross-sectional analysis of the effects of residential greenness on blood pressure in 10-year old children: results from the GINIplus and LISAplus studies. *BMC Public Health*, 14(1), 477.
479. Markevych, I., Fuertes, E., Tiesler, C. M., Birk, M., Bauer, C. P., Koletzko, S., von Berg, A., Berdel, D., Heinrich, J. (2014). Surrounding greenness and birth weight: results from the GINIplus and LISAplus birth cohorts in Munich. *Health and Place*, 26, 39-46.
480. McMorris, O., Villeneuve, P. J., Su, J., Jerrett, M. (2015). Urban greenness and physical activity in a national survey of Canadians. *Environmental Research*, 137, 94-100.
481. Pereira, G., Foster, S., Martin, K., Christian, H., Boruff, B. J., Knuiman, M., Giles-Corti, B. (2012). The association between neighborhood greenness and cardiovascular disease: an observational study. *BMC Public Health*, 12, 466.
482. Bell, S. L., Phoenix, C., Lovell, R., Wheeler, B. W. (2014). Green space, health and wellbeing: Making space for individual agency. *Health and Place*, 30, 287-292.
483. Maas, J., van Dillen, S.M.E., Verheij, R.A., Groenewegen, P.P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health and Place*, 15(2), 586-595.
484. Astell-Burt, T., Mitchell, R., Hartig, T. (2014). The association between green space and mental health varies across the lifecourse. A longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(6), 578-583.
485. Organisation mondiale de la Santé (2011). Burden of disease from environmental noise. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.
486. Clark, C., Crombie, R., Head, J., Van Kamp, I., Van Kempen, E., Stansfeld, S. A. (2012). Does traffic-related air pollution explain associations of aircraft and road traffic noise exposure on children's health and cognition? A secondary analysis of the United Kingdom sample from the RANCH project. *American Journal of Epidemiology*, 176(4), 327-337.
487. Hammer, M. S., Swinburn, T. K., Neitzel, R. L. (2014). Environmental noise pollution in the United States: developing an effective public health response. *Environmental Health Perspectives*, 122(2), 115.
488. Holzman, D.C. (2014). Fighting noise pollution: a public health strategy. *Environmental Health Perspectives*, 122(2), A58.
489. Stansfeld, S.A., Matheson, M.P. (2003). Noise pollution: non-auditory effects on health. *British Medical Bulletin*, 68, 243-257.
490. Tétreault, L. F., Perron, S., Smargiassi, A. (2013). Cardiovascular health, traffic-related air pollution and noise: are associations mutually confounded? A systematic review. *International Journal of Public Health*, 58(5), 649-666.
491. Vienneau, D., Perez, L., Schindler, C., Lieb, C., Sommer, H., Probst-Hensch, N., Künzli, N., Röösli, M. (2015). Years of life lost and morbidity cases attributable to transportation noise and air pollution: A comparative health risk assessment for Switzerland in 2010. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(6), 514-521.
492. Nanda, U., Eisen, S., Zadeh, R. S., Owen, D. (2011). Effect of visual art on patient anxiety and agitation in a mental health facility and implications for the business case. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 386-393.

493. Nanda, U., Chanaud, C., Nelson, M., Zhu, X., Bajema, R., Jansen, B. H. (2012). Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(1), 172-181.
494. Nanda, U., Pati, D., McCurry, K. (2009). Neuroesthetics and healthcare design. *HERD: Health Environments Research and Design Journal*, 2(2), 116-133.
495. Clift, S. (2012). Creative arts as a public health resource: moving from practice-based research to evidence-based practice. *Perspectives in Public Health*, 132(3), 120-127.
496. Cameron, M., Crane, N., Ings, R., Taylor, K. (2013). Promoting well-being through creativity: how arts and public health can learn from each other. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 52-59.
497. Mohatt, N. V., Singer, J. B., Evans, A. C., Matlin, S. L., Golden, J., Harris, C., Burns, J., Siciliano, C., Kiernan, G., Pelleritti, M., Tebes, J. K. (2013). A community's response to suicide through public art: Stakeholder perspectives from the Finding the Light Within project. *American Journal of Community Psychology*, 52(1-2), 197-209.
498. Mohatt, N. V., Hunter, B. A., Matlin, S. L., Golden, J., Evans, A. C., Tebes, J. K. (2015). From recovery-oriented care to public health: Case studies of participatory public art as a pathway to wellness for persons with behavioral health challenges. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2(1), 9-18.
499. Semenza, J. C. (2003). The intersection of urban planning, art and public health : the Sunnyside Piazza. *AJPH*, 93(9), 1439-1441.
500. Dempsey, N. (2008). Quality of the built environment in urban neighbourhoods. *Planning, Practice and Research*, 23(2), 249-264.
501. Ivey, S. L., Kealey, M., Kurtovich, E., Hunter, R. H., Prohaska, T. R., Bayles, C. M., Satariano, W. A. (2015). Neighborhood characteristics and depressive symptoms in an older population. *Aging and Mental Health*, 19(8), 713-722.
502. Stafford, M., Chandola T., Marmot M. (2007). Association between fear of crime and mental health and physical functioning. *American Journal of Public Health*, 97 (11), 2076-2018.
503. Foster, S., Hooper, P., Knuiman, M., Giles-Corti, B. (2016). Does heightened fear of crime lead to poorer mental health in new suburbs, or vice versa?. *Social Science and Medicine*, 168, 30-34.
504. Lorenc, T., Clayton, S., Neary, D., Whitehead, M., Petticrew, M., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A., Renton, A. (2012). Crime, fear of crime, environment, and mental health and wellbeing: mapping review of theories and causal pathways. *Health and Place*, 18(4), 757-765.
505. Lorenc, T., Petticrew, M., Whitehead, M., Neary, D., Clayton, S., Wright, K., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A., Renton, A. (2014). Crime, fear of crime and mental health: synthesis of theory and systematic reviews of interventions and qualitative evidence. *Public Health Research*, 2(2).
506. Foster, S., Giles-Corti, B. (2008). The built environment, neighborhood crime and constrained physical activity: an exploration of inconsistent findings. *Preventive Medicine*, 47(3), 241-251.
507. Ross, C. E., Jang, S. J. (2000). Neighborhood disorder, fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 401-420.
508. Cozens, P. M. (2011). Urban planning and environmental criminology: Towards a new perspective for safer cities. *Planning Practice and Research*, 26(4), 481-508.
509. Statistique Canada (2015). Victimization autodéclarée, 2014. *Le Quotidien*. Statistique Canada.
510. Cozens, P., Love, T. (2015). A review and current status of Crime Prevention through Environmental Design (CPTED). *Journal of Planning Literature*, 30(4).
511. Shariati, A., Guerette, R. T. (2017). Situational Crime Prevention. In *Preventing Crime and Violence* (pp. 261-268). Springer International Publishing.
512. Cozens, P. (2007). Public health and the potential benefits of crime prevention through environmental design. *New South Wales Public Health Bulletin*, 18(12), 232-237.
513. Cozens, P.M. (2008). New urbanism, crime and the suburbs: A review of the evidence. *Urban Policy and Research*, 26(4), 429-444.
514. Carter, S. P., Carter, S. L., Dannenberg, A. L. (2003). Zoning out crime and improving community health in Sarasota, Florida: "crime prevention through environmental design". *American Journal of Public Health*, 93(9), 1442-1445.
515. Casteel, C., Peek-Asa, C., Howard, J., Kraus, J. F. (2004). Effectiveness of crime prevention through environmental design in reducing criminal activity in liquor stores: a pilot study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(5), 450-458.
516. Casteel, C., Peek-Asa, C. (2000). Effectiveness of crime prevention through environmental design (CPTED) in reducing robberies. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4), 99-115.
517. Freilich, J.D. (2014). Beccaria and situational crime prevention. *Criminal Justice Review*, 40(2), 131-150.
518. Huisman, W., van Erp, J. (2013). Opportunities for environmental crime: A test of situational crime prevention theory. *British Journal of Criminology*, 53(6), 1178-1200.
519. Lorenc, T., Petticrew, M., Whitehead, M., Neary, D., Clayton, S., Wright, K., Thomson, H., Cummins, S., Sowden, A., Renton, A. (2013). Environmental interventions to reduce fear of crime: systematic review of effectiveness. *Systematic Reviews*, 2(1), 30.

LES CARACTÉRISTIQUES DE CONCEPTION POUR DES POPULATIONS PARTICULIÈRES

520. Durand, C.P., Andalib, M., Duntton, G.F., Wolch, J., Pentz, M.A. (2011). A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obesity Reviews*, 12(501), e173-e182.
521. Public Health Agency of Canada (2015). Health behaviour in school-aged children in Canada: focus on relationships. Public Health Agency of Canada.
522. Freeman, J.G., King, M., Pickett, W., Craig, W., Elgar, F., Janssen, I., Klinger, D. (2011). The health of Canada's young people: a mental health focus. Public Health Agency of Canada.
523. Janssen, I., Rosu, A. (2015). Undeveloped green space and free-time physical activity in 11 to 13-year-old children. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 12, 26.
524. McGrath, L. J., Hopkins, W. G., Hinckson, E. A. (2015). Associations of objectively measured built-environment attributes with youth moderate-vigorous physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 45(6), 841-865.
525. Janssen, I., King, N. (2015). Walkable school neighborhoods are not playable neighborhoods. *Health and Place*, 35, 66-69.
526. Brussoni, M., Olsen, L.L., Pike, I., Sleet, D.A. (2012). Risky play and children's safety: balancing priorities for optimal child development. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 9(9), 3134-3148.
527. Brussoni, M., Gibbons, R., Gray, C., Ishikawa, T., Sandseter, E.B., Bienenstock, A., Chabot, G., Fuselli, P., Herrington, S., Janssen, I., Pickett, W., Power, M., Sanger, N., Sampson, M., Tremblay M.S. (2015). What is the relationship between risky outdoor play and health in children? A systematic review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 12(6), 6423-6454.
528. Sandercock, G., Angus, C., Barton, J. (2010). Physical activity levels of children living in different built environments. *Preventive Medicine*, 50(4), 193-198.
529. Esteban-Cornejo, I., Carlson, J. A., Conway, T. L., Cain, K. L., Saelens, B. E., Frank, L. D., Glanz, K., Roman, C.G., Sallis, J. F. (2016). Parental and adolescent perceptions of neighborhood safety related to adolescents' physical activity in their neighborhood. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 87(2), 191-199.
530. Carver, A., Timperio, A., Hesketh, K., Crawford, D. (2010). Are children and adolescents less active if parents restrict their physical activity and active transport due to perceived risk?. *Social Science and Medicine*, 70(11), 1799-1805.
531. Cutumisu, N., Bélanger-Gravel, A., Laferté, M., Lagarde, F., Lemay, J. F., Gauvin, L. (2014). Influence of area deprivation and perceived neighbourhood safety on active transport to school among urban Quebec preadolescents. *Canadian Journal of Public Health*, 105(5), e376-e382.
532. Giles-Corti, B., Kelly, S. F., Zubrick, S. R., Villanueva, K. P. (2009). Encouraging walking for transport and physical activity in children and adolescents. *Sports Medicine*, 39(12), 995-1009.
533. Loptson, K., Ridalls, T. (2012). Walkable for whom? Examining the role of the built environment on the neighbourhood-based physical activity of children. *Canadian Journal of Public Health*, 103(Suppl 3), S29.
534. Tappe, K. A., Glanz, K., Sallis, J. F., Zhou, C., Saelens, B. E. (2013). Children's physical activity and parents' perception of the neighborhood environment: neighborhood impact on kids study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 39.
535. Lavoie, M., Burigusa, G., Maurice, P., Hamel, D., Turmel, É. (2014). Active and safe transportation of elementary-school students: comparative analysis of the risks of injury associated with children travelling by car, walking and cycling between home and school. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 34(4), 195-202.
536. van Loon, J., Frank, L. D., Nettlefold, L., Naylor, P. J. (2014). Youth physical activity and the neighbourhood environment: examining correlates and the role of neighbourhood definition. *Social Science and Medicine*, 104, 107-115.
537. Audrey, S., Batista-Ferrer, H. (2015). Healthy urban environments for children and young people: a systematic review of intervention studies. *Health and Place*, 36, 97-117.
538. Carver, A., Timperio, A., Hesketh, K., Crawford, D. (2010). Are safety-related features of the road environment associated with smaller declines in physical activity among youth?. *Journal of Urban Health*, 87(1), 29-43.
539. Rothman, L., Buliung, R., Macarthur, C., To, T., Howard, A. (2014). Walking and child pedestrian injury: a systematic review of built environment correlates of safe walking. *Injury Prevention*, 20(1), 41-49.
540. Kneeshaw-Price, S. H., Saelens, B. E., Sallis, J. F., Frank, L. D., Grembowski, D. E., Hannon, P. A., Smith, N.L., Chan, K. G. (2015). Neighborhood crime-related safety and its relation to children's physical activity. *Journal of Urban Health*, 92(3), 472-489.
541. Barnes, J. D., Cameron, C., Carson, V., Chaput, J. P., Faulkner, G. E., Janson, K., Kramers, R., LeBlanc, A.G., Spence, J.C., Tremblay, M. S. (2016). Results from Canada's 2016 ParticipACTION report card on physical activity for children and youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(11 Suppl 2), S110-S116.
542. Faulkner, G. E., Buliung, R. N., Flora, P. K., Fusco, C. (2009). Active school transport, physical activity levels and body weight of children and youth: a systematic review. *Preventive Medicine*, 48(1), 3-8.
543. Lee, M. C., Orenstein, M. R., Richardson, M. J. (2008). Systematic review of active commuting to school and children's physical activity and weight. *Journal of Physical Activity and Health*, 5(6), 930-949.
544. Voss, C., Winters, M., Frazer, A., and McKay, H. (2015). School-travel by public transit: rethinking active transportation. *Preventive Medicine Reports*, 2, 65-70.

545. Coalitions Linking Action and Science for Prevention (2012). Children's Mobility, Health and Happiness: a Canadian School Travel Planning Model: 2012 national results – executive summary. Coalitions Linking Action and Science for Prevention.
546. Larouche, R. (2015). Built environment features that promote cycling in school-aged children. *Current Obesity Reports*, 4(4), 494-503.
547. Larouche, R., Barnes, J., Tremblay, M. S. (2013). Too far to walk or bike?. *Canadian Journal of Public Health*, 104(7), 487-489.
548. Larouche, R., Chaput, J. P., Leduc, G., Boyer, C., Bélanger, P., LeBlanc, A. G., Borghese, M.M., Tremblay, M. S. (2014). A cross-sectional examination of socio-demographic and school-level correlates of children's school travel mode in Ottawa, Canada. *BMC Public Health*, 14(1), 497.
549. Faulkner, G. E., Richichi, V., Buliung, R. N., Fusco, C., Moola, F. (2010). What's «quickest and easiest?»: parental decision making about school trip mode. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 62.
550. Gropp, K. M., Pickett, W., Janssen, I. (2012). Multi-level examination of correlates of active transportation to school among youth living within 1 mile of their school. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 124.
551. Gropp, K., Janssen, I., Pickett, W. (2013). Active transportation to school in Canadian youth: should injury be a concern?. *Injury Prevention*, 19(1), 64-67.
552. Larsen, K., Gilliland, J., Hess, P. M. (2011). Route-based analysis to capture the environmental influences on a child's mode of travel between home and school. *Annals of the Association of American Geographers*, 102(6), 1348-1365.
553. Mitra, R., Buliung, R. N. (2012). Built environment correlates of active school transportation: neighborhood and the modifiable areal unit problem. *Journal of Transport Geography*, 20(1), 51-61.
554. Oliver, M., Badland, H., Mavoa, S., Witten, K., Kearns, R., Ellaway, A., Hinckson, E., Mackay, L., Schluter, P. J. (2014). Environmental and socio-demographic associates of children's active transport to school: a cross-sectional investigation from the URBAN Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 70.
555. Trapp, G. S., Giles-Corti, B., Christian, H. E., Bulsara, M., Timperio, A. F., McCormack, G. R., Villaneuva, K. P. (2011). On your bike! a cross-sectional study of the individual, social and environmental correlates of cycling to school. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 123.
556. Wong, B. Y. M., Faulkner, G., Buliung, R. (2011). GIS measured environmental correlates of active school transport: a systematic review of 14 studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 39.
557. Seliske, L., Pickett, W., Janssen, I. (2012). Urban sprawl and its relationship with active transportation, physical activity and obesity in Canadian youth. *Health Reports*, 23(2), 17-25.
558. Garriguet, D., Colley, R., Bushnik, T. (2017). Activité physique et comportement sédentaire: association parent-enfant. Rapports sur la santé. Statistique Canada.
559. Carlson, J. A., Sallis, J. F., Kerr, J., Conway, T. L., Cain, K., Frank, L. D., Saelens, B. E. (2014). Built environment characteristics and parent active transportation are associated with active travel to school in youth age 12–15. *British Journal of Sports Medicine*, 48(22), 1634-1639.
560. Henne, H. M., Tandon, P. S., Frank, L. D., Saelens, B. E. (2014). Parental factors in children's active transport to school. *Public Health*, 128(7), 643-646.
561. Cutumisu, N., Traoré, I., Paquette, M. C., Cazale, L., Camirand, H., Lalonde, B., Robitaille, E. (2017). Association between junk food consumption and fast-food outlet access near school among Quebec secondary-school children: findings from the Quebec Health Survey of High School Students (QHS) 2010–11. *Public Health Nutrition*, 20(5), 927-937.
562. Van Hulst, A., Barnett, T. A., Gauvin, L., Daniel, M., Kestens, Y., Bird, M., Gray-Donald, K., Lambert, M. (2012). Associations between children's diets and features of their residential and school neighbourhood food environments. *Canadian Journal of Public Health*, 103(9), 48-54.
563. He, M., Tucker, P., Irwin, J. D., Gilliland, J., Larsen, K., Hess, P. (2012). Obesogenic neighbourhoods: the impact of neighbourhood restaurants and convenience stores on adolescents' food consumption behaviours. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2331-2339.
564. He, M., Tucker, P., Gilliland, J., Irwin, J. D., Larsen, K., Hess, P. (2012). The influence of local food environments on adolescents' food purchasing behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1458-1471.
565. Sadler, R. C., Clark, A. F., Wilk, P., O'Connor, C., Gilliland, J. A. (2016). Using GPS and activity tracking to reveal the influence of adolescents' food environment exposure on junk food purchasing. *Canadian Journal of Public Health*, 107, 14-20.
566. Christian, H., Zubrick, S. R., Foster, S., Giles-Corti, B., Bull, F., Wood, L., Knuijman, M., Brinkman, S., Houghton, S., Boruff, B. (2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: A review and call for research. *Health and Place*, 33, 25-36.
567. Villanueva, K., Badland, H., Kvalsvig, A., O'Connor, M., Christian, H., Woolcock, G., Giles-Corti, B., Goldfeld, S. (2016). Can the neighborhood built environment make a difference in children's development? Building the research agenda to create evidence for place-based children's policy. *Academic Pediatrics*, 16(1), 10-19.
568. Agay-Shay, K., Peled, A., Crespo, A. V., Peretz, C., Amitai, Y., Linn, S., Friger, M., Nieuwenhuijsen, M. J. (2014). Green spaces and adverse pregnancy outcomes. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(8), 562-569.

569. Ebisu, K., Holford, T. R., Bell, M. L. (2016). Association between greenness, urbanicity, and birth weight. *Science of The Total Environment*, 542, 750-756.
570. Mitchell, C. A., Clark, A. F., Gilliland, J. A. (2016). Built environment influences of children's physical activity: examining differences by neighbourhood size and sex. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1), 130.
571. Larouche, R., Garriguet, D., Gunnell, K.E., Goldfield, G.S., Tremblay, M.S. (2016). Temps passé dehors, activité physique, sédentarité et indicateurs de la santé chez les enfants de 7 à 14 ans : Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2012-2013. Rapports sur la santé. Statistique Canada.
572. International Weight Management in Pregnancy Collaborative Group (2017). Effect of diet and physical activity based interventions in pregnancy on gestational weight gain and pregnancy outcomes: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *BMJ*, 358, j3119.
573. Ruifrok, A.E., van Poppel, M.N., van Wely, M., Rogozinska, E., Khan, K.S., de Groot, C.J., Thangaratinam, S., Mol, B.W. (2014). Association between weight gain during pregnancy and pregnancy outcomes after dietary and lifestyle interventions: a meta-analysis. *American Journal of Perinatology*, 31(5), 353-364.
574. Margerison Zilko, C.E., Rehkopf, D., Arbams, B. (2010). Association of maternal gestational weight gain with short- and long-term maternal and child health outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 202(6), 574.
575. Siega-Riz, A.M., Viswanathan, M., Moos, M.K., Deierlein, A., Mumford, S., Knaack, J., Thieda, P., Lux, L.J., Lohr, K.N. (2009). A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201(4), 339.
576. Lau, E.Y., Liu, J., Archer, E., McDonald, S.M., Liu, J. (2014). Maternal weight gain in pregnancy and risk of obesity among offspring: a systematic review. *Journal of Obesity*, 524939.
577. Saligheh, M., Hackett, D., Boyce, P. Copley, S. (2017). Can exercise or physical activity help improve postnatal depression and weight loss? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, epub.
578. Poyatos-Leon, R., Garcia-Hermoso, A., Sanabria-Martinez, G., Alvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., Martinez-Vizcaino, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, epub.
579. McCurdy, A.P., Boule, N.G., Sivak, A., Davenport, M.H. (2017). Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 129(6), 1087-1097.
580. Lim, S., O'Reilly, S., Behrens, J., Skinner, T., Ellis, I., Dunbar, J.A. (2015). Effective strategies for weight loss in post-partum women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 16(11), 972-987.
581. Baskin, R., Hill, B., Jacka, F.N., O'Neil, A. Skouteris, H. (2015). The association between diet quality and mental health during the perinatal period. a systematic review. *Appetite*, 91, 41-47.
582. Endres, L.K., Straub, H., McKinney, C., Plunkett, B., Minkovitz, C.S., Schetter, C.D., Ramey, S., Wang, C., Hobel, C., Raju, T., Shalowitz, M.U. (2015). Postpartum weight retention risk factors and relationship to obesity at one year. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 144-152.
583. Nehring, I., Schmoll, S., Beyerlein, A., Hauner, H., von Kries, R. (2011). Gestational weight gain and long-term postpartum weight retention: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(5), 1225-1231.
584. Lord, S., Luxembourg, N. (2008). The mobility of elderly residents living in suburban territories: mobility experiences in Canada and France. *Journal of Housing for the Elderly*, 20(4), 103-121.
585. McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567-580.
586. Vogel, T., Brechat, P. H., Leprêtre, P. M., Kaltenbach, G., Berthel, M., Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 63(2), 303-320.
587. Yen, I. H., Michael, Y. L., Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 455-463.
588. Yen, I. H., Fandel Flood, J., Thompson, H., Anderson, L. A., Wong, G. (2014). How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: Realist synthesis of 20 years of research. *Journal of Aging and Health*, 26(8), 1340-1372.
589. Rosso, A. L., Auchincloss, A. H., Michael, Y. L. (2011). The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *Journal of Aging Research*.
590. Frank, L., Kerr, J., Rosenberg, D., King, A. (2010). Healthy aging and where you live: community design relationships with physical activity and body weight in older Americans. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(Suppl 1), S82-S90.
591. Adams, M. A., Sallis, J. F., Conway, T. L., Frank, L. D., Saelens, B. E., Kerr, J., Cain, K.L., King, A. C. (2012). Neighborhood environment profiles for physical activity among older adults. *American Journal of Health Behavior*, 36(6), 757-769.
592. Chudyk, A. M., Winters, M., Moniruzzaman, M., Ashe, M. C., Gould, J. S., McKay, H. (2015). Destinations matter: The association between where older adults live and their travel behavior. *Journal of Transport and Health*, 2(1), 50-57.
593. King, A. C., Sallis, J. F., Frank, L. D., Saelens, B. E., Cain, K., Conway, T. L., Chapman, J.E., Ahn, D.K., Kerr, J. (2011). Aging in neighborhoods differing in walkability and income: associations with physical activity and obesity in older adults. *Social Science and Medicine*, 73(10), 1525-1533.

594. Levasseur, M., G  n  reux, M., Bruneau, J. F., Vanasse, A., Chabot,   ., Beaulac, C., B  dard, M. M. (2015). Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. *BMC Public Health*, 15(1), 503.
595. Mitra, R., Siva, H., Kehler, M. (2015). Walk-friendly suburbs for older adults? Exploring the enablers and barriers to walking in a large suburban municipality in Canada. *Journal of Aging Studies*, 35, 10-19.
596. Thornton, C. M., Kerr, J., Conway, T. L., Saelens, B. E., Sallis, J. F., Ahn, D. K., Frank, L.D., Cain, K.L., King, A. C. (2016). Physical activity in older adults: An ecological approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 159-169.
597. Todd, M., Adams, M. A., Kurka, J., Conway, T. L., Cain, K. L., Buman, M. P., Frank, L.D., Sallis, J.F., King, A. C. (2016). GIS-measured walkability, transit, and recreation environments in relation to older Adults' physical activity: a latent profile analysis. *Preventive Medicine*, 93, 57-63.
598. Van Holle, V., Van Cauwenberg, J., Van Dyck, D., Deforche, B., Van de Weghe, N., De Bourdeaudhuij, I. (2014). Relationship between neighborhood walkability and older adults' physical activity: results from the Belgian Environmental Physical Activity Study in Seniors (BEPAS Seniors). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 110.
599. Van Holle, V., Van Cauwenberg, J., Gheysen, F., Van Dyck, D., Deforche, B., Van de Weghe, N., De Bourdeaudhuij, I. (2016). The association between Belgian older adults' physical functioning and physical activity: what is the moderating role of the physical environment?. *PLoS One*, 11(2), e0148398.
600. Winters, M., Voss, C., Ashe, M. C., Gutteridge, K., McKay, H., Sims-Gould, J. (2015). Where do they go and how do they get there? Older adults' travel behaviour in a highly walkable environment. *Social Science and Medicine*, 133, 304-312.
601. Chudyk, A. M., Winters, M., Moniruzzaman, M., Ashe, M. C., Gould, J. S., McKay, H. (2015). Destinations matter: The association between where older adults live and their travel behavior. *Journal of Transport and Health*, 2(1), 50-57.
602. Chudyk, A. M., McKay, H. A., Winters, M., Sims-Gould, J., Ashe, M. C. (2017). Neighborhood walkability, physical activity, and walking for transportation: A cross-sectional study of older adults living on low income. *BMC Geriatrics*, 17(1), 82.
603. Frank, L., Kerr, J., Rosenberg, D., King, A. (2010). Healthy aging and where you live: community design relationships with physical activity and body weight in older Americans. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(Suppl 1), S82-S90.
604. Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Shatenstein, B., Daniel, M., Moore, S. D., Mercille, G., Payette, H. (2012). Living in a well-served urban area is associated with maintenance of frequent walking among seniors in the VoisiNuAge study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 76-88.
605. Gell, N. M., Rosenberg, D. E., Carlson, J., Kerr, J., Belza, B. (2015). Built environment attributes related to GPS measured active trips in mid-life and older adults with mobility disabilities. *Disability and Health Journal*, 8(2), 290-295.
606. Marquet, O., Miralles-Guasch, C. (2015). Neighbourhood vitality and physical activity among the elderly: The role of walkable environments on active ageing in Barcelona, Spain. *Social Science and Medicine*, 135, 24-30.
607. Rosso, A. L., Auchincloss, A. H., Michael, Y. L. (2011). The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *Journal of Aging Research*, 2011.
608. Agence de la santé publique. (2014). Chutes chez les a  n  s au Canada. Agence de la santé publique.
609. Institut canadien d'information sur la santé. M  tadonn  es du Registre national des traumatismes.
610. Nicklett, E. J., Lohman, M. C., Smith, M. L. (2017). Neighborhood environment and falls among community-dwelling older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 175.
611. Chippendale, T., Boltz, M. (2015). The neighborhood environment: Perceived fall risk, resources, and strategies for fall prevention. *The Gerontologist*, 55(4), 575-583.
612. Li, W., Keegan, T. H., Sternfeld, B., Sidney, S., Quesenberry Jr, C. P., Kelsey, J. L. (2006). Outdoor falls among middle-aged and older adults: a neglected public health problem. *American Journal of Public Health*, 96(7), 1192-1200.
613. Clarke, P., Gallagher, N.A. (2013). Optimizing mobility in later life: the role of the urban built environment for older adults aging in place. *Journal of Urban Health*, 90(6), 997-1009.
614. Hanson, H. M., Ashe, M., McKay, H. A., Winters, M. (2012). Intersection between the built and social environments and older adults' mobility: an evidence review. National Collaborating Centre for Environmental Health.
615. Clarke, P., Hirsch, J. A., Melendez, R., Winters, M., Gould, J. S., Ashe, M., Furst, S., McKay, H. (2017). Snow and Rain Modify Neighbourhood Walkability for Older Adults. *Canadian Journal on Aging*, 36(2), 159-169.
616. Ottoni, C. A., Sims-Gould, J., Winters, M., Heijnen, M., McKay, H. A. (2016). "Benches become like porches": Built and social environment influences on older adults' experiences of mobility and well-being. *Social Science and Medicine*, 169, 33-41.
617. Emerson, K.G., Jayawardhana, J. (2016). Risk factors for loneliness in elderly adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 64(4), 886-887.
618. Richard, L., Gauvin, L., Kestens, Y., Shatenstein, B., Payette, H., Daniel, M., Moore, S., Levasseur, M., Mercille, G. (2013). Neighborhood resources and social participation among older adults: results from the VoisiNuAge study. *Journal of Aging & Health*, 25(2), 296-318.

619. Gray, J.A., Zimmerman, J.L., Rimmer, J.H. (2012). Built environment instruments for walkability, bikeability and recreation: disability and universal design relevant? *Disability & Health Journal*, 5(2), 87-101.
620. Morales, E., Lindsay, S., Edwards, G., Howell, L., Vincent, C., Yantzi, N., Gauthier, V. (2016). Addressing challenges for youths with mobility devices in winter conditions. *Disability & Rehabilitation*, 7, 1-7.
621. Spivock, M., Gauvin, L., Brodeur, J.M. (2007). Neighborhood-level active living buoys for individuals with physical disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(3), 224-230.
622. Spivock, M., Gauvin, L., Riva, M., Brodeur, J.M. (2008). Promoting active living among people with physical disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(4), 291-298.
623. Statistique Canada (2015). Un profil de l'incapacité chez les Canadiens âgés de 15 ans ou plus, 2012. Statistique Canada.
624. Botticello, A.L., Rohrbach, T., Cobbold, N. (2014). Disability and the built environment: an investigation of community and neighborhood land uses and participation for physically impaired adults. *Annals of Epidemiology*, 24(7), 545-550.
625. Clarke, P. Aiolshire, J.A., Bader, M., Morenoff, J.D., House, J.S. (2008). Mobility disability and the urban built environment. *American Journal of Epidemiology*, 168(5), 506-513.
626. Shumway-Cook, A., Patla, A., Stewart, A., Ferrucci, L., Ciol, M.A., Guralnik, J.M. (2003). Environmental components of mobility disability in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(3), 393-398.
627. Lindsay, S., Morales, E., Yantzi, N., Vincent, C., Howell, L., Edwards, G. (2015). The experiences of participating in winter among youths with a physical disability compared with their typically developing peers. *Child: Care, Health & Development*, 41(6), 980-988.
628. Lindsay, S., Yantzi, N. (2014). Weather, disability, vulnerability, and resilience: exploring how youth with physical disabilities experience winter. *Disability & Rehabilitation*, 36(26), 2195-2204.
629. Ripat, J., Colatruglio, A. (2016). Exploring winter community participation among wheelchair users : an online focus group. *Occupational Therapy in Health Care*, 30(1), 95-106.
630. Ripat, J.D., Brown, C.L., Ethans, K.D. (2015). Barriers to wheelchair use in the winter. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(6), 1117-1122.
631. Friel, S., Akerman, M., Hancock, T., Kumaresan, J., Marmot, M., Melin, T., Valhov, D., GRNUHE members (2011). Addressing the social and environmental determinants of urban health equity: evidence for action and a research agenda. *Journal of Urban Health*, 88(5), 860-874.
632. Hutch, D.J., Bouye, K.E., Skillen, E. Lee, C., Whitehead, L., Rashid, J.R. (2011). Potential strategies to eliminate built environment disparities for disadvantaged and vulnerable communities. *American Journal of Public Health*, 101(4), 587-595.
633. Badland, H., Foster, S., Bentley, R., Higgs, C., Roberts, R., Pettit, C., Giles-Corti, B. (2017). Examining associations between area-level spatial measures of housing with selected health and wellbeing behaviours and outcomes in an urban context. *Health and Place*, 43, 17-24.
634. Downing, J. (2016). The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing: a systematic review and explanation of evidence. *Social Science and Medicine*, 162, 88-96.
635. Maqbool, N., Viveiros, J., Ault, M. (2015). The impacts of affordable housing on health : a research summary. Insights from Housing Policy Research. Center for Housing Policy.
636. Mason, K.E., Baker, E., Blakely, T., Bentley, R.J. (2013). Housing affordability and mental health: does the relationship differ for renters and home purchasers? *Social Science and Medicine*, 94, 91-97.
637. Meltzer, R., Schwartz, A. (2015). Housing affordability and health: evidence from New York City. *Housing Policy Debate*, 26(1), 80-104.
638. Novoa, A.M., Ward, J., Malmusi, D., Diaz, F., Darnell, M., Trilla, C., Bosch, J., Borrell, C. (2015). How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. *International Journal for Equity in Health*, 14, 120.
639. Vazquez-Vera, H., Palencia, L., Magna, I., Mena, C., Neira, J., Borrell, C. (2017). The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens : a systematic review. *Social Science and Medicine*, 175, 188-208.
640. Atkinson, R. (2010). The evidence on the impact of gentrification: new lessons for the urban renaissance? *International Journal of Housing Policy*, 4(1), 107-131.
641. Shaw, K.S., Hagemans, I.W. (2015). "Gentrification without displacement" and the consequent loss of place: the effects of class transition on low-income residents of secure housing in gentrifying areas. *International Journal of Urban and Regional Research*, 39(2), 323-341.
642. Affaires autochtones et du Nord Canada (2010). Feuillelet d'information – Population autochtone urbaine au Canada. Affaires autochtones et du Nord Canada.
643. Gionet, L. (2009). Les Métis au Canada: divers résultats du Recensement de 2006. Statistique Canada.
644. Statistique Canada (2010). Recensement de 2006: Peuples autochtones du Canada en 2006: Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : Les membres des Premières nations. Statistique Canada.
645. Statistique Canada (2016). Les peuples autochtones au Canada: Premières Nations, Métis et Inuits. Statistique Canada.
646. Brown, B., Wachowiak-Smolíková, R., Spence, N. D., Wachowiak, M. P., Walters, D. F. (2016). Why Do Some First Nations Communities Have Safe Water and Others Not? Socioeconomic Determinants of Drinking Water Risk. *Global Journal of Health Science*, 8(9), 99.

647. Galway, L.P. (2016). Boiling over: A Descriptive Analysis of Drinking Water Advisories in First Nations Communities in Ontario, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 505.
648. Patrick, R.J. (2011). Uneven access to safe drinking water for First Nations in Canada: Connecting health and place through source water protection. *Health and Place*, 17(1), 386-389.
649. Sarkar, A., Hanrahan, M., Hudson, A. (2015). Water insecurity in Canadian Indigenous communities: some inconvenient truths. *Rural and Remote Health*, 15(3354), 1-14.
650. Donaldson, S. G., Van Oostdam, J., Tikhonov, C., Feeley, M., Armstrong, B., Ayotte, P., Boucher, O., Bowers, W., Chan, L., Dallaire, F., Dallaire, R. (2010). Environmental contaminants and human health in the Canadian Arctic. *Science of the Total Environment*, 408(22), 5165-5234.
651. Hlimi, T., Skinner, K., Hanning, R., Martin, I. D., Tsuji, L. S. (2012). Traditional food consumption behaviour and concern with environmental contaminants among Cree schoolchildren of the Mushkegowuk territory. *International Journal of Circumpolar Health*, 71(1), 17344.
652. Johnson-Down, L., Egeland, G. M. (2010). Adequate nutrient intakes are associated with traditional food consumption in Nunavut Inuit children aged 3–5 years. *The Journal of Nutrition*, 140(7), 1311-1316.
653. Reading, J., Halseth, R. (2013). *Pathways to Improving Well-Being for Indigenous Peoples: How Living Conditions Decide Health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
654. Akande, V. O., Hendriks, A. M., Ruiter, R. A., Kremers, S. P. (2015). Determinants of dietary behavior and physical activity among Canadian Inuit: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 84.
655. Bruner, B., Chad, K. (2013). Physical activity attitudes, beliefs, and practices among women in a Woodland Cree community. *Journal of Physical Activity and Health*, 10(8), 1119-1127.
656. Gates, M., Hanning, R., Gates, A., Stephen, J., Fehst, A., Tsuji, L. (2016). Physical activity and fitness of First Nations youth in a remote and isolated northern Ontario community: a needs assessment. *Journal of Community Health*, 41(1), 46.
657. Lévesque, L., Janssen, I., Xu, F. (2015). Correlates of physical activity in First Nations youth residing in First Nations and northern communities in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 106(2), 29-35.
658. Parks, M.W. (2010). *Ecohealth and Aboriginal Health: A Review of Common Ground*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

CONCEVOIR DES COLLECTIVITÉS FAVORISANT UN MODE DE VIE SAIN AU CANADA

659. Politis, C.E., Mowat, D., Keen, D. (2017). Pathways to policy: lessons learned in multisectoral collaboration for physical activity and built environment policy development from the Coalitions Linking Action and Science for Prevention (CLASP) initiative. *Canadian Journal of Public Health*, 108(2), e192-e198.
660. Kishchuk, N. (2014). "Taking the Pulse 2": Comparative analysis: planning for healthier communities. Questionnaire results, June 2014. Institut canadien des urbanistes.
661. Centre de collaboration nationale sur les politiques publique et la santé (2012). *Health authorities and the built environment: actions to influence public policies: interview report*, November 2012. Centre de collaboration nationale sur les politiques publique et la santé.
662. de Leeuw, E., Simos, J. (eds.). (2017). *Healthy Cities: The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning*. Springer.
663. Macfarlane, R. G., Wood, L. P., Campbell, M. E. (2015). *Healthy Toronto by Design: Promoting a healthier built environment*. *Canadian Journal of Public Health*, 106(1), 5-8.
664. Dube, A. S., Beausoleil, M., Gosselin, C., Beaulne, G., Paquin, S., Pelletier, A., Goudreau, S., Poirier, M. H., Drouin, L., Gauvin, Li. (2014). Grassroots projects aimed at the built environment: Association with neighbourhood deprivation, land-use mix and injury risk to road users. *Canadian Journal of Public Health*, 106(1), e521.
665. Plan Canada (2013). *Indigenizing Planning/Planning to Indigenize*. Canadian Institute of Planners.
666. Walker, R., Jojola, T., Natcher, N. (eds.). (2013). *Reclaiming indigenous planning (Vol. 70)*. McGill-Queen's Press-MQUP.
667. Plan Canada (2008). *Indigenizing Planning/Planning to Indigenize*. Canadian Institute of Planners.
668. Fédération canadienne des municipalités. *Outil d'aménagement conjoint du territoire Premières Nations – municipalités*. Fédération canadienne des municipalités.
669. Fédération canadienne des municipalités (2015). *La Trousse Plus forts ensemble*. Fédération canadienne des municipalités.
670. Centre de collaboration nationale en santé environnementale (2016). *Pour intégrer la planification communautaire autochtone dans un milieu bâti sain*. Centre de collaboration nationale en santé environnementale.
671. Institut canadien des urbanistes (2013). *Rapport découlant du sondage comparatif sur les lois en matière de collectivités saines*. Institut canadien des urbanistes.

672. BC Healthy Communities, Mouvement Acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, Ontario Healthy Communities Coalition, Réseau Québécois de villes et villages en santé. The Healthy Communities approach : a framework for action on the determinants of health. Communautés en santé du Canada.
673. Communautés en santé du Canada. A survey of Canadian Healthy Communities initiatives. Communautés en santé du Canada.
674. Miro, A., Kishchuk, N. A., Perrotta, K., & Swinkels, H. M. (2015). Healthy Canada by Design CLASP: Lessons learned from the first phase of an intersectoral, cross-provincial, built environment initiative. *Canadian Journal of Public Health*, 106(1), 50-58.
675. Perrotta, K. (2015). Building a community of practice: Healthy Canada by Design CLASP Renewal—Postscript. *Canadian Journal of Public Health*, 106(1), 59-61.
676. Organisation mondiale de la Santé. Healthy Cities. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.
677. Communautés en santé du Canada. An integrated approach for chronic disease prevention. Communautés en santé du Canada.
678. Jeste, D. V., Blazer, D. G., Buckwalter, K. C., Cassidy, K. L. K., Fishman, L., Gwyther, L. P., Levin, S.M., Phillipson, C., Rao, R.R., Schmeding, E., Vega, W. A. (2016). Age-friendly communities initiative: public health approach to promoting successful aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1158-1170.
679. Plouffe, L. A., Kalache, A. (2011). Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gaceta Sanitaria*, 25, 131-137.
680. Orpana, H., Chawla, M., Gallagher, E., Escaravage, E. (2016). Developing indicators for evaluation of age-friendly communities in Canada: process and results. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, 36(10), 214.
681. Organisation mondiale de la Santé. (2015). Mesurer la convivialité des villes à l'égard des aînés: guide pour l'utilisation d'indicateurs de base. Organisation mondiale de la Santé.
682. Keating, N., Eales, J., Phillips, J. E. (2013). Age-friendly rural communities: Conceptualizing 'best-fit'. *Canadian Journal on Aging*, 32(4), 319-332.
683. Menec, V., Bell, S., Novek, S., Minnigaleeva, G. A., Morales, E., Ouma, T., Parodi, J.F., Winterton, R. (2015). Making rural and remote communities more age-friendly: experts' perspectives on issues, challenges, and priorities. *Journal of Aging & Social Policy*, 27(2), 173-191.
684. Neville, S., Napier, S., Adams, J., Wham, C., Jackson, D. (2016). An integrative review of the factors related to building age-friendly rural communities. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2402-2412.
685. Spina, J., Menec, V. H. (2015). What community characteristics help or hinder rural communities in becoming age-friendly? Perspectives from a Canadian prairie province. *Journal of Applied Gerontology*, 34(4), 444-464.
686. Gagnon, F., Bellefleur, O. (2015). Influencing public policies: Two (very good) reasons to look toward scientific knowledge in public policy. *Canadian Journal of Public Health*, 106(1), 9-11.
687. Raine, K. D., Muhajarine, N., Spence, J. C., Neary, N. E., Nykiforuk, C. I. (2012). Coming to consensus on policy to create supportive built environments and community design. *Canadian Journal of Public Health*, 103(Suppl 3), S5-S8.
688. Sallis, J. F., Bull, F., Burdett, R., Frank, L. D., Griffiths, P., Giles-Corti, B., Stevenson, M. (2016). Use of science to guide city planning policy and practice: how to achieve healthy and sustainable future cities. *The Lancet*, 388(10062), 2936-2947.
689. Fazli, G.S., Creatore, M.I., Matheson, F.I., Guilcher, S., Kaufman-Shriqui, V., Manson, H., Johns, A., Booth, G.L. (2017). Identifying mechanisms for facilitating knowledge to action strategies targeting the built environment. *BMC Public Health*, 17(1), 1.
690. Kovacic, J. C., Castellano, J. M., Farkouh, M. E., Fuster, V. (2014). The relationships between cardiovascular disease and diabetes: focus on pathogenesis. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 43(1), 41-57.
691. Rössner, S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, 26(S4), S2.
692. McCloughen, A., Foster, K., Huws-Thomas, M., Delgado, C. (2012). Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: An integrative review of international literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 274-288.