
ENQUÊTE SUR LES INITIATIVES DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ CANADIENNES



COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

Une approche pour agir sur les déterminants de la santé au Canada

REMERCIEMENTS

Les auteurs reconnaissent les contributions de tous les membres de l'équipe de projet :

Directrice de Projet	Béatrice Nday wa Mbayo
BC Healthy Communities	Jodi Mucha
Coalition des Communautés en santé de l'Ontario	Lorna McCue Lisa Tolentino
Réseau québécois de Villes et Villages en santé	Julie Lévesque Vincent Martineau Nathalie Sasseville
Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick	Barbara Losier Shelley Robichaud



Une initiative du :



Photos courtoisie de:

- Coalition des Communautés en santé de l'Ontario
- Réseau québécois de Villes et Villages en santé
- City of Cambridge
- Ontario Ministry of Infrastructure-Places to Grow
- Paul Young - public space workshop
- Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick

Ce projet est financé par Santé Canada à travers le Partenariat canadien contre le cancer. C'est l'un des sept projets impliqué dans l'initiative : Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles du projet "Communautés en Santé : une approche pour agir sur les déterminants de la santé au Canada" et ne représentent pas nécessairement les opinions du bailleur de fonds du projet.

Cette publication est disponible en anglais

COLLABORATEURS

2012

Nathalie Sasseville, agente de recherche pour
l'Institut national de santé publique du Québec

Paule Simard, Ph.D., chercheure à
l'Institut national de santé publique du Québec

Jodi Mucha, Directrice,
BC Healthy Communities

*Pour le projet COALITION intitulé
« Communautés en santé : une approche pour
agir sur les déterminants de la santé au Canada »*

**MOUVEMENT ACADIEN
DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**



BC Healthy Communities
People. Place. Potential.



OHCC • CCSO
Ontario Healthy Communities Coalition
Coalition des communautés en santé de l'Ontario



RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE
VILLES ET VILLAGES
EN SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	7
2	Méthodologie	9
3	Structure et financement des comités des Communautés en santé - Sources de financement des comités des ICS. . . .	11
4	Composition des réseaux de Communautés en santé	15
5	Travaux intersectoriels : participation et partenariats	19
6	Activités menées par les initiatives des Communautés en santé : le soutien apporté par les ICS à leur populations et à leurs partenaires.	21
7	Élaboration ou promotion de politiques publiques favorables à la santé	27
8	Conclusion.	29
9	Annexe A : Questionnaire de l'enquête	31
10	Annexe B : Tableau des données tirées des questions d'enquête demandant de sélectionner toutes les réponses pertinentes	47

INTRODUCTION

Le projet *Communautés en santé : une approche pour agir sur les déterminants de la santé au Canada* s'emploie à faire la preuve que l'approche Communautés en santé est un moyen efficace d'intervention en matière de prévention des maladies chroniques. Les réseaux provinciaux de Communautés en santé participants (BC Healthy Communities, Coalition des Communautés en santé de l'Ontario, Réseau québécois de Villes et Villages en santé et Mouvement

Dans le cadre du projet national, une enquête a été élaborée afin d'en apprendre davantage sur les initiatives des Communautés en santé (ICS) et sur les corrélations entre ces initiatives et les interventions autour des déterminants de la santé. Plus particulièrement, l'enquête visait à déterminer les types de projets que les communautés entreprennent d'un bout à l'autre du pays et les stratégies qu'elles emploient pour atteindre leurs buts. Les principales composantes de l'enquête ont été fondées sur une récente analyse de documents traitant des facteurs qui ont favorisé la réussite des ICS. Veuillez vous reporter à l'annexe A pour avoir un aperçu du questionnaire d'enquête.



Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick) collaborent pour accroître la visibilité de l'approche Communautés en santé, promouvoir l'échange d'outils, de ressources et les pratiques exemplaires, ainsi que pour renforcer les capacités des communautés, afin que celles-ci puissent agir sur les déterminants sociaux de la santé qui ont une incidence sur les maladies chroniques.

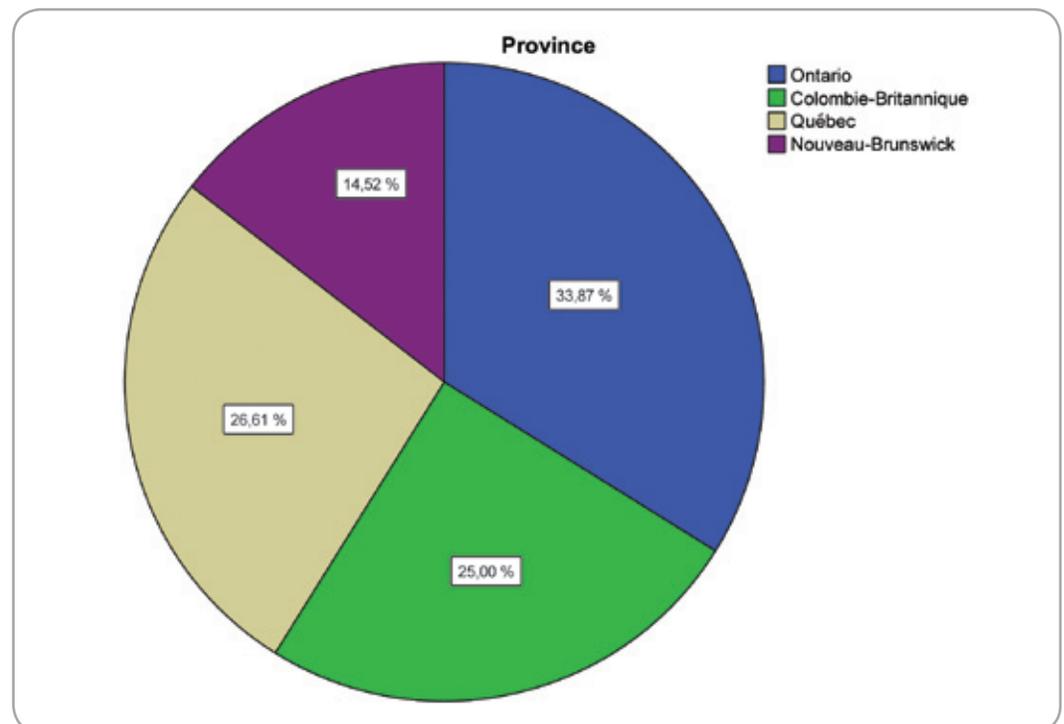
Le présent rapport récapitule les résultats de l'enquête. Il passe en revue les composantes administratives (par ex. la structure, la composition des comités, le financement) du des ICS et les catégories d'activités qui sont entreprises dans le cadre de ces initiatives partout au pays. En outre, le rapport présente une vue d'ensemble des types d'enjeux de santé qui interpellent le plus les ICS, de leurs modes d'opération avec les partenaires et des manières dont elles intègrent à leurs activités la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

Le questionnaire d'enquête a été envoyé aux coordonnateurs des initiatives Communautés en santé dans les quatre réseaux provinciaux au cours de l'été 2010. Les coordonnateurs ont approuvé le questionnaire et ont suivi une formation pour l'administrer aux membres des réseaux. Au Québec et au Nouveau-Brunswick, les coordonnateurs ont aidé les membres de leur réseau à répondre au questionnaire par téléphone. La décision d'effectuer l'enquête par téléphone dans ces régions a été fondée sur le fait que le personnel des municipalités ou les bénévoles de ces régions étaient probablement déjà débordés de travail et qu'une enquête téléphonique

permettrait d'obtenir un taux de réponse plus élevé. En Ontario et en Colombie-Britannique, les membres du réseau ont rempli le questionnaire d'enquête en ligne. Dans la plupart des cas, ce sont les directeurs ou les coordonnateurs des projets des ICS dans les régions qui ont rempli le questionnaire.

Cent vingt-quatre intervenants en tout ont répondu au questionnaire au cours de la période allant d'août 2010 à janvier 2011. De ces 124 participants à l'enquête, 42 venaient de l'Ontario; 33, du Québec; 31, de la Colombie-Britannique; et 18, du Nouveau-Brunswick (voir la Figure 1 ci-dessous).

Figure 1 : Province où intervenants les répondants à l'enquête (%)



STRUCTURE ET FINANCEMENT DES COMITÉS DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

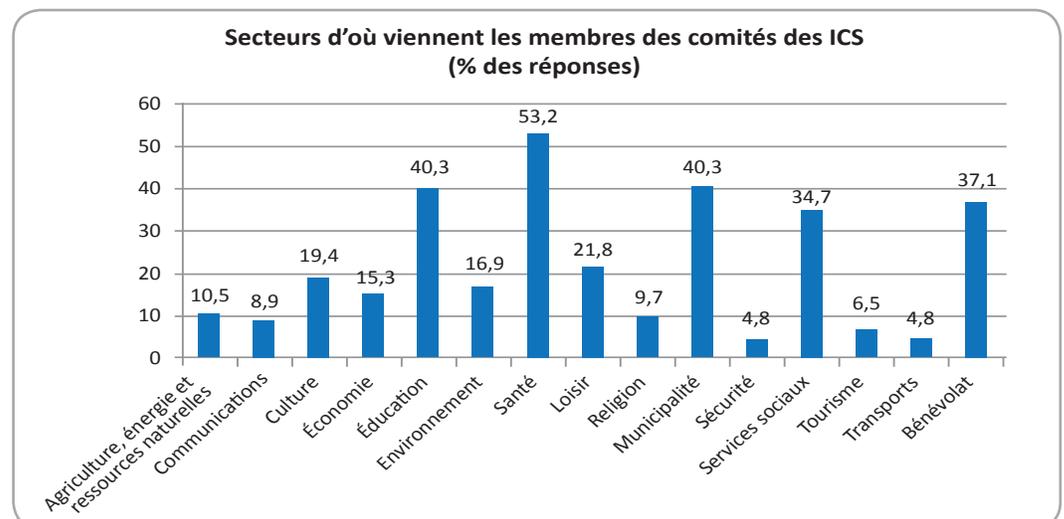
Structure de soutien des ICS

On a voulu savoir des sujets interrogés si un comité spécifique était chargé de superviser leurs travaux. Une telle information est importante du fait qu'elle permet de se faire une idée exacte de la structure de soutien sur laquelle les ICS peuvent compter pour mener leurs travaux à bien, et laquelle est un facteur essentiel de la réussite à long terme. Un peu plus des deux tiers des dirigeants des Communautés en santé qui ont répondu au questionnaire (soit 84 des 124 répondants ou 67,7 %) ont un comité spécifique qui s'occupe de superviser les travaux de leurs Communautés en santé. Des 84 répondants qui disposent d'un comité ICS, 58 (soit 69 %) ont affirmé avoir créé un nouveau comité pour assurer la supervision de l'ICS alors que les 26 autres répondants (31 %) ont plutôt chargé un comité existant de s'occuper de cette tâche.

Composition des comités

Des tendances se sont observées par rapport à la composition de ces comités. Leurs membres sont issus d'une gamme étendue de secteurs ou de groupes de la communauté. Les secteurs d'intervention des membres des comités des ICS qui sont le plus souvent mentionnés sont ceux de la santé (53,2 %), de l'éducation (40,3 %) et de la gouvernance locale/municipale (40,3 %). De plus, il est encourageant de voir qu'un pourcentage considérable de comités (37,1 %) est constitué de bénévoles. Cette conclusion cadre avec l'approche Communautés en santé, laquelle fait valoir l'importance de la participation des membres de la communauté. Les secteurs des transports et de la sécurité (à chacun 4,8 %) semblent moins actifs dans les comités des ICS (voir la Figure 2 ci-dessous). Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les réponses à cette question d'enquête entre autres, veuillez vous reporter à l'annexe B.

Figure 2 : Secteurs d'où viennent les membres des comités des initiatives Communautés en santé



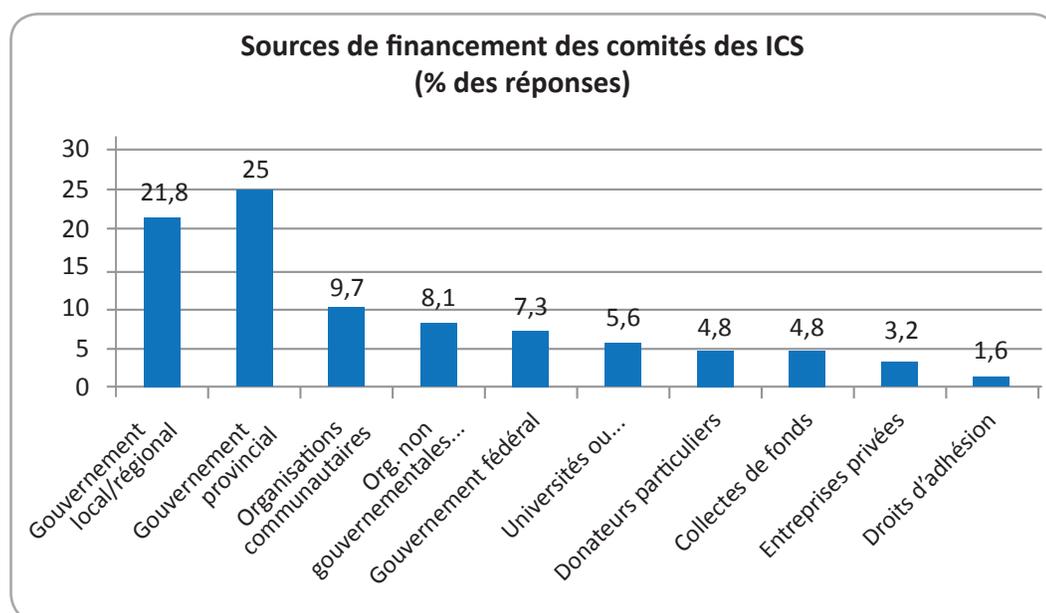
*Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.

Outre les secteurs figurant dans la liste qui leur a été fournie dans le questionnaire, les dirigeants des ICS ont déclaré que les membres de leurs comités venaient d'autres secteurs comme, entre autres, le monde universitaire, les gouvernements régionaux, les organisations non gouvernementales et les secteurs des services aux enfants, de l'aménagement urbain/communautaire (p. ex. l'Association canadienne pour la santé mentale, la Société d'aide au développement des communautés). Le nombre de membres siégeant sur comités des ICS varie, allant de 1 à 44 membres, avec un nombre moyen de 9 membres.

Les sources de financement des comités des ICS

Soixante-dix pour cent des ICS qui sont dotés d'un comité spécifiquement chargé de superviser leurs travaux, (soit 57 des 81 comités) ont un budget spécifique pour le financement des projets Communautés en santé. Ces fonds proviennent de diverses sources : organisations gouvernementales et communautaires, dons de particuliers et frais d'adhésion (voir la Figure 3 ci-dessous). Les sources de financement les plus fréquentes sont les gouvernements provinciaux (21,8 % des réponses) et les gouvernements locaux ou municipaux (25 %). Parmi les autres sources ayant été signalées dans les observations libres, mentionnons les régies de la santé et les contributions en nature des organisations non gouvernementales.

Figure 3 : Financement des activités des comités des Communautés en santé



**Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.*

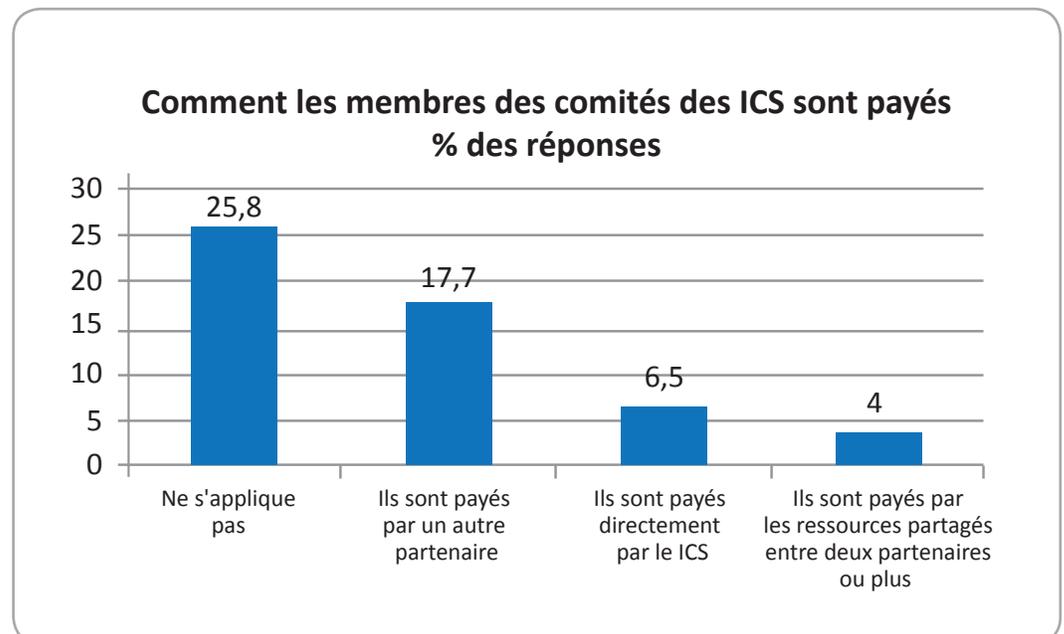
Sources de rémunération des membres des comités des ICS

Dans la plupart des cas (voir la Figure 4 plus bas), les membres des comités des diverses ICS sont/étaient rémunérés par un partenaire des ICS afin de faciliter leur participation. Dans un plus petit nombre de cas, les membres des comités sont rémunérés à même les ressources de l'ICS ou de ressources partagées par au moins deux partenaires. Notez que ces membres sont/étaient rémunérés pour les heures consacrées au comité ou remboursés pour les dépenses associés à leur participation (par ex. les frais de déplacement). Dans les réponses ouvertes, les participants à l'enquête ont de nouveau fait valoir l'importance des apports en nature des organisations partenaires des ICS comme, entre autres, les régies de la santé et les

municipalités. Voici des exemples de remarques spécifiques qui ont été faites à ce sujet :

- « Leur participation au comité fait partie de leurs tâches ordinaires qui sont payées par leur employeur »;
- « Le coordonnateur des Communautés en santé est aussi membre du comité des enjeux sociaux tout comme les membres du conseil, et ils touchent une indemnité mensuelle pour toutes les tâches dont ils s'acquittent en tant que conseillers »;
- « Ils y sont dans le cadre de leur travail, par conséquent, ils sont rémunérés par leurs employeurs respectifs ».

Figure 4 : Rémunération des membres des comités des ICS (%)

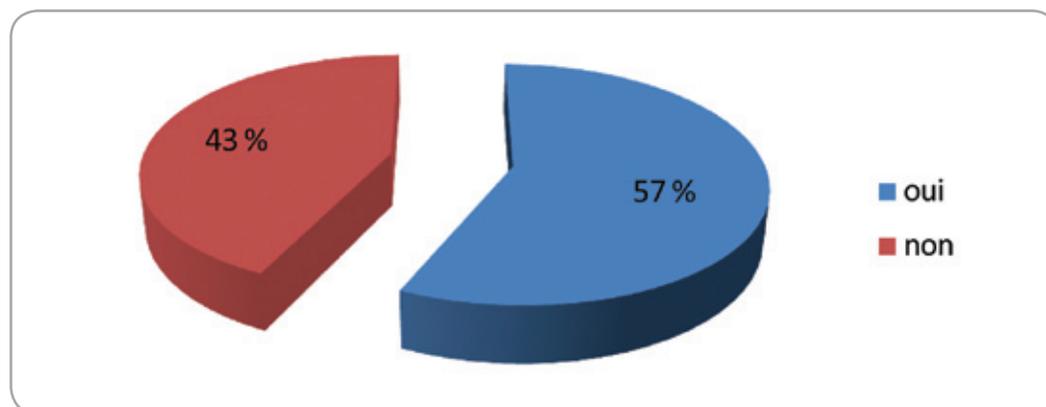


*Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.

Un peu plus de la moitié des ICS dont les travaux sont supervisés par un comité spécifique (soit 45 des 79 ICS ou 57 %) ont eu à un moment donné un coordonnateur rémunéré pour le comité de l'ICS

(voir la Figure 5). Outre le coordonnateur, certaines ICS avaient également d'autres employés. Le nombre des employés rémunérés variait de 1 à 37, avec un nombre moyen de 3,8 employés par ICS.

Figure 5 : Coordonnateur rémunéré pour le comité de l'ICS



Comme le montre le Tableau 1 ci-après, il y avait peu de différences entre les provinces/réseaux sur la question de

savoir si l'initiative Communautés en santé était dotée d'un coordonnateur rémunéré.

Tableau 1 : Les ICS qui ont déjà eu ou ont un coordonnateur rémunéré – Par province/réseau

		PROVINCE				
		Ontario	Colombie-Britannique	Québec	Nouveau-Brunswick	Total
Coordonnateur rémunéré?	Oui	16 (64 %)	10 (52,6 %)	14 (60,8 %)	5 (41,7 %)	45
	Non	9	9	9	7	34
Total		25	19	23	12	79

Environ la moitié des intervenants des Communautés en santé qui ont répondu au questionnaire (soit 63 des 118 répondants ou 53,4 %) ont déclaré que leur ICS est officiellement membre du réseau des Communautés, Villes et Villages en santé (CVVS) de leur province. Cette réponse était plus fréquente au Québec et au Nouveau-Brunswick qu'elle ne l'était en Colombie-Britannique et en Ontario. Certaines des ICS qui sont membres de leur réseau provincial le sont depuis plus de 20 ans (l'une depuis 1988), alors que les autres y adhèrent depuis moins longtemps.

Les réponses données dans cette section de l'enquête sont influencées par le fait que les types d'adhésion accessibles aux communautés ou aux groupes varient selon les provinces. La Coalition des Communautés en santé de l'Ontario (CCSO), le Réseau québécois de Villes et Villages en santé (RQVVS) et le Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick (MACS-NB) ont des membres réguliers (le plus souvent des municipalités, des communautés et des organisations) qui ont à cœur de réaliser la vision des Communautés en santé et qui paient une cotisation annuelle (le montant peut varier selon la taille de la communauté ou de la municipalité). En outre, les réseaux provinciaux ont des membres associés —

des particuliers ou des groupes qui sont intéressés par l'approche Communautés en santé et qui paient des droits peu élevés ou n'en paient pas. Cela étant dit, le réseau des Communautés en santé de la Colombie-Britannique (BC Healthy Communities) stimule un réseau provincial qui compte plus de 6 000 membres, soit des particuliers et des organisations. Les membres du réseau ne paient pas de droits d'adhésion et ne l'approche Communautés en santé.

Raisons motivant l'adhésion à l'approche Communautés en santé ou au réseau provincial

Les répondants ont donné plusieurs raisons ayant motivé la mise en place d'une ICS dans leur milieu ou l'adhésion au réseau provincial. Voici quelques-unes des raisons citées :

- Aborder les enjeux de santé auxquels sont confrontées leurs communautés, notamment : leurs communautés - la prévalence des maladies chroniques, la sécurité alimentaire, l'emploi de pesticides et leurs effets sur la santé des enfants, le mieux-être, la santé mentale et les toxicomanies, ainsi que le renforcement des capacités relatives à la planification du transport actif;

- Le désir de mettre en place un réseau constitué d'acteurs venant de multiples secteurs. Par exemple, des répondants à l'enquête ont dit qu'ils avaient œuvré à la mise en place d'une ICS dans leur milieu pour les raisons suivantes :
 - « Il y avait un besoin et une volonté pour un réseau qui offrirait un mécanisme provincial de partage de l'information et des ressources. »
 - « La municipalité de _____ ne dispose pas d'un réseau d'associations communautaires solides. Nous avons l'intention d'inciter les gens à s'investir dans le renforcement des capacités communautaires, de prendre des mesures en vue d'améliorer et de mettre en valeur leurs communautés en se regroupant. »
 - « L'amélioration du bien-être de ma communauté en était le facteur principal. Le réseau constitué de parties concernées est une force de plus et il nous permet de mener des actions concrètes. »
- Ils étaient attirés par la philosophie Communautés en santé. Voici des observations particulières qui ont été faites à cet égard :
 - « Nous nous étions rendus compte que beaucoup de nos actions s'inscrivaient dans la vision de Villes et Villages en santé. Nous avons donc voulu officialiser ce que nous faisons. La Fête des voisins a été le facteur déterminant puisqu'elle va dans le sens de l'importance que nous donnons à la vie de quartier. »
 - Nous avons voulu promouvoir les déterminants sociaux de la santé d'une manière amusante et attrayante, en mettant l'accent sur les forces de notre communauté plutôt que sur ce qui ne va pas... Nous voulions favoriser les bons choix de santé et l'accès à l'information et aux options. »



Certaines des réponses ouvertes qui portaient sur l'adhésion aux réseaux variaient selon la province. Par exemple, certains dirigeants des ICS de l'Ontario ont été poussés à élaborer une ICS et/ou à adhérer à la Coalition des Communautés en santé de l'Ontario à la suite de l'orientation stratégique prise par le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario relativement aux Communautés en santé. Ainsi, un répondant de l'Ontario a signalé que le ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario avait recommandé que les Bureaux de santé participent à la démarche des communautés en santé, en fournissant un cadre de travail et une voie de financement. Au Québec, bon nombre des participants à l'enquête ont affirmé que leur engagement dans les travaux des Communautés en santé était motivé par les demandes du conseil municipal, dont les valeurs et les activités sont compatibles avec le mode d'action des Communautés en santé. Voici des exemples d'observations particulières qui ont été faites :

- *« Les valeurs véhiculées par les Villes et Villages en santé (VVS) sont en accord avec celles des élus municipaux. »*
- *« Le conseil municipal a pris connaissance de la démarche des VVS et a entrepris de rapprocher son développement global de l'esprit de la participation citoyenne. »*
- *« Les conseillers ont rencontré les VVS, et comme nous faisons déjà beaucoup de choses qui étaient dans l'esprit des VVS, nous avons décidé d'y adhérer*

afin de nous assurer d'un soutien et d'outils améliorés. Le fait de faire partie des VVS nous aide à naviguer à travers le processus décisionnel. »

Pour finir, de nombreux dirigeants des ICS du Nouveau-Brunswick ont mentionné la solide réputation du Mouvement Acadien des Communautés en Santé et ses capacités de travailler en réseau comme des facteurs clés les ayant amenés à lancer une ICS dans leur milieu. Par exemple, voici les raisons qui ont motivé deux répondants du Nouveau-Brunswick à adopter l'approche Communautés en santé :

- *« La forte présence du MACS-NB dans notre communauté, son influence et ses capacités de travail en réseau ainsi que la crédibilité du réseau. »*
- *« L'amélioration du mieux-être de ma communauté était le facteur principal. Le réseau de parties engagées est une force de plus, qui nous permet de mener des actions concrètes. »*

Dans l'ensemble, ces réponses semblent indiquer que les personnes qui sont associées aux activités des Communautés en santé dans toutes les provinces adhèrent à la démarche générale et reconnaissent la valeur de tirer des enseignements d'autres groupes semblables de leur région et de leur province et de se soutenir les uns les autres. Elles font également ressortir les différences qui existent entre les réseaux provinciaux sur la manière dont chacun définit ce qu'est un membre.

TRAVAUX INTERSECTORIELS : PARTICIPATION ET PARTENARIATS

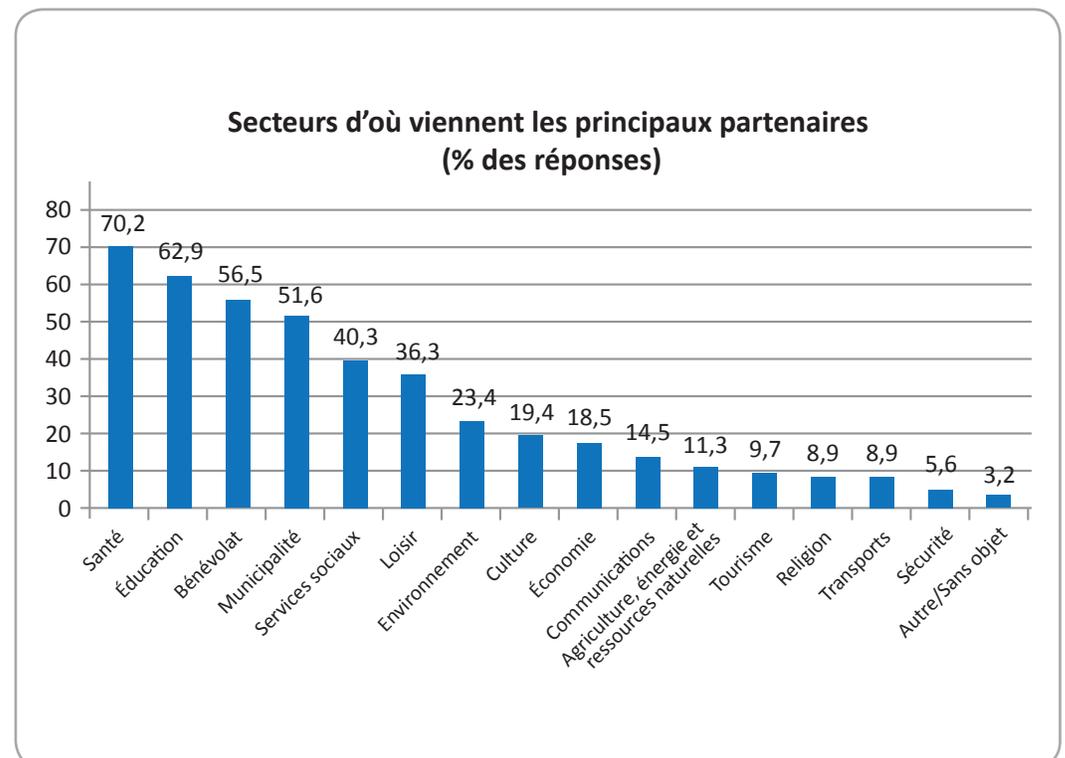
La collaboration entre les représentants issus de secteurs différents qui travaillent ensemble est un pilier de l'approche Communautés en santé. Cela permet de former des alliances stratégiques entre différents secteurs, qui sans avoir nécessairement les mêmes intérêts, se concertent dans le but d'atteindre les objectifs communs de promotion de la santé et du bien-être.

Secteurs d'origine des principaux partenaires

À l'instar des membres des comités des ICS, bon nombre de leurs partenaires clés viennent également des secteurs de

la santé (70,2 %), de l'éducation (62,9 %) et de la gouvernance locale/municipale (51,6 %). Toutefois, il faut également signaler que les coordonnateurs, les bénévoles et le personnel des ICS travaillent avec de multiples secteurs et groupes dans les communautés, y compris les secteurs du tourisme (9,7 %), de l'environnement (23,4 %) et de l'agriculture (11,3 %). Veuillez vous reporter à la Figure 6 ci-après pour des renseignements détaillés.

Figure 6 : Secteurs des principaux partenaires des ICS



**Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.*

Parmi les autres partenaires clés signalés par les répondants à l'enquête, mentionnons les clients/membres de la communauté (surtout les jeunes), les gouvernements locaux et régionaux, les urbanistes et les associations communautaires ou autres groupes communautaires plus informels.

Différences entre les réseaux provinciaux

Quelques petites différences ont été observées entre les réseaux provinciaux pour ce qui est des secteurs dont viennent les principaux partenaires. Par exemple, les membres du réseau de la Colombie-Britannique ont surtout mentionné des partenaires venant des secteurs de l'agriculture, de l'énergie, des ressources naturelles et de l'environnement. Quant aux répondants du Québec, ils ont plus souvent dit que leurs partenaires venaient des secteurs des communications, de l'éducation, des loisirs et des milieux religieux que les répondants d'autres provinces. D'autre part, les membres du réseau de l'Ontario ont plutôt mentionné des partenaires des secteurs de l'économie, des services sociaux et de la santé. Enfin, les répondants du Nouveau-Brunswick ont mentionné un peu plus souvent des partenaires des secteurs de la santé, du tourisme et du bénévolat que les membres d'autres réseaux provinciaux.



ACTIVITÉS MENÉES PAR LES INITIATIVES DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ : SOUTIEN APPORTÉ PAR LES ICS À LEUR POPULATION ET À LEURS PARTENAIRES

L'enquête cherchait à comprendre le mode d'action des ICS en vue de promouvoir la santé et le bien-être. La présente section passe en revue les actions menées à cette fin, les enjeux de santé qu'elles visent à aborder, les audiences-cibles et les cadres dans lesquels les activités se tiennent.

Au cours des deux ou trois dernières années, les membres des ICS des quatre réseaux, soit ceux de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, du Québec et du Nouveau-Brunswick, ont participé à des activités de toutes sortes. Nous leur avons demandé de donner une brève description des trois activités principales auxquelles ils participent. Voici les quatre catégories principales dans lesquelles se rangent ces activités :

- o Ateliers, événements éducationnels ou autres activités visant à accroître les connaissances et les habiletés relatives à des enjeux de santé particulier, y compris la sécurité alimentaire/ la production locale d'aliments, le transport actif, la prévention des traumatismes et l'alimentation saine, ainsi qu'à faire mieux connaître ces enjeux. Toutes ces activités sont reliées au renforcement des capacités dans la communauté.
- o Établissement de partenariats avec d'autres secteurs et contribution à la participation citoyenne et au renforcement des capacités. Dans des régions du pays, les ICS incitent les jeunes à s'impliquer dans les conseils locaux.

- o Planification de la santé communautaire – Des ICS travaillent à évaluer la santé de leur Communauté ainsi qu'à fixer des objectifs et à élaborer des plans d'action en vue d'améliorer la santé et le bien-être communautaires. Ce résultat donne à penser que les ICS prennent le temps de comprendre le contexte dans lequel elles évoluent, tout comme les besoins et les forces de leurs partenaires et de la communauté dans son ensemble. Une telle compréhension aide à développer une vision commune et à mettre en place les actions nécessaires pour réaliser cette vision.

- o Améliorations physiques apportées aux quartiers, y compris les sentiers cyclables et piétonniers, l'amélioration de la qualité de l'eau, les jardins communautaires et la construction des espaces nécessaires en vue d'accueillir des services essentiels comme la garde des enfants ou les services de santé. Au Québec, des ICS participent également à la planification et à la promotion de la Fête des voisins.

Enjeux de santé abordés par les ICS

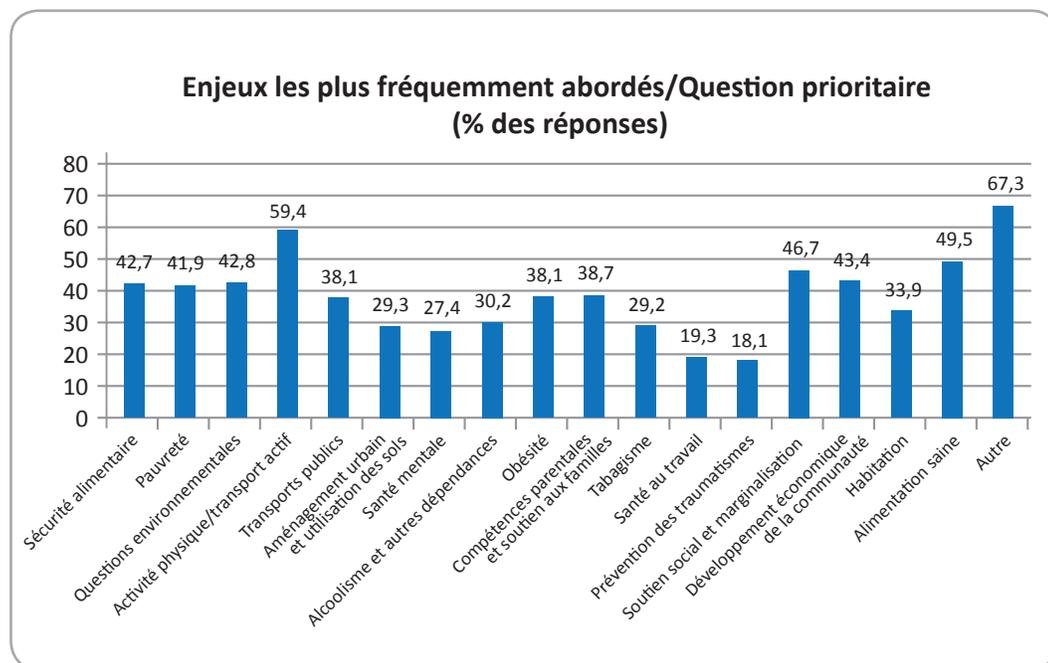
Les initiatives des Communautés en santé s'intéressent également à de multiples enjeux de santé et de société, depuis l'adoption de modes de vie sains comme l'alimentation saine et l'activité physique jusqu'à des enjeux plus généraux qui sont plus directement liés aux déterminants sociaux de la santé (p. ex. le soutien social

et la marginalisation; la pauvreté). Comme la démontré à la Figure 7, les enjeux les plus souvent abordés par les ICS étaient l'activité physique/le transport actif (59,4 %), l'alimentation saine (49,5 %) et le soutien social et la marginalisation (46,7 %). Cependant, les « autres » enjeux (67,3 %) ont dépassé tous les enjeux de santé qui figuraient sur la liste du questionnaire. Plusieurs des participants à l'enquête qui ont indiqué qu'ils travaillaient à d'« autres » enjeux ont fait état de l'importance du renforcement des capacités communautaires et du pouvoir d'agir en général. Plusieurs autres ont mentionné que leur ICS n'en était qu'à ses débuts et que le groupe n'avait pas encore décidé des enjeux de santé auxquels il prévoyait s'attaquer à l'avenir. Veuillez

vous reporter à l'annexe B pour obtenir des données plus détaillées sur les réponses à la question.

Les réponses mettent en lumière la manière dont les intervenants des ICS de partout au pays définissent et abordent globalement les enjeux de santé et leur façon de tenir compte des forces et des préoccupations présentées par les communautés plutôt que d'imposer leurs points de vue. Cette façon de faire est en harmonie avec les cinq piliers principaux des communautés en santé, à savoir la participation communautaire/citoyenne, la collaboration multisectorielle, l'engagement politique, la politique publique favorable à la santé et le développement communautaire axé sur les ressources.

Figure 7 : Enjeux de santé les plus fréquemment abordés par les ICS (%)



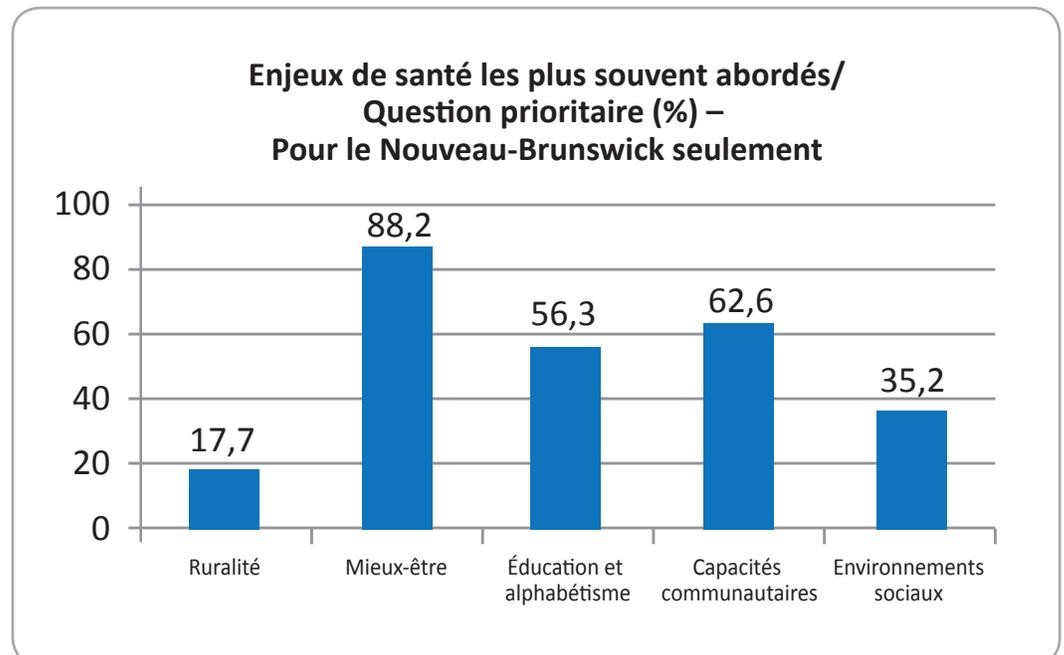
*Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.

Les initiatives des Communautés en santé du Nouveau-Brunswick ont répondu à cinq questions supplémentaires sur les enjeux de santé dont elles s'occupaient. Ces cinq enjeux étaient : ruralité, le mieux-être, l'éducation et l'alphabétisme, les capacités communautaires et les environnements sociaux. De ces cinq enjeux, le mieux-être est celui qui est le plus souvent abordé par les intervenants des Communautés en santé/Écoles en santé du Nouveau-Brunswick. Quatre-vingt huit pour cent (88 %) des répondants à l'enquête du Nouveau-

Brunswick ont indiqué que le mieux-être est un enjeu qu'ils abordent souvent ou qui est leur priorité principale. Prière de vous reporter à la Figure 8 ci-dessous pour des renseignements sur ces réponses. Des renseignements détaillés sont également présentes sous forme de tableau à l'annexe B.

Figure 8 : Enjeux de santé les plus souvent abordés (au Nouveau-Brunswick seulement)

**Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.*



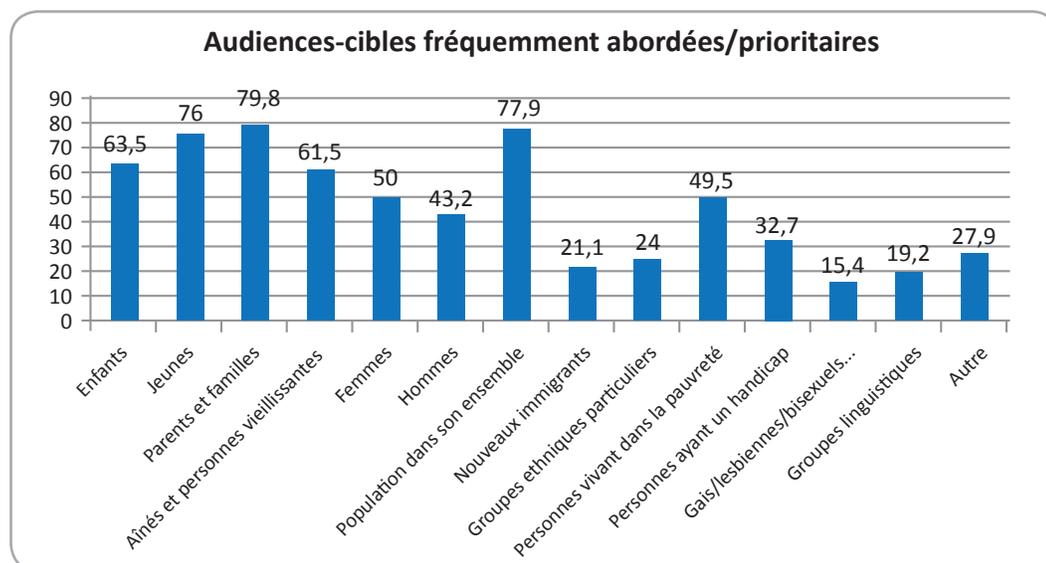
Audiences-cibles des initiatives des Communautés en santé

Les initiatives des Communautés en santé de partout au pays travaillent également avec une vaste gamme d’audiences-cibles, depuis de nouveaux arrivants jusqu’à des groupes d’âge particuliers, y compris les enfants et les personnes âgées. Le plus souvent, les dirigeants des ICS qui ont répondu à l’enquête ont mentionné que leur ICS s’intéresse fréquemment ou accorde la priorité aux parents et aux familles (79,8 %), à la population dans son ensemble (77,9 %) et la jeunesse (76 %). Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à la Figure 9 ci-dessous. Des renseignements détaillés sont présentés sous forme de tableau à l’annexe B. Outre les audienc-cibles énumérées dans la liste fournie dans l’enquête, des intervenants des ICS ont signalé d’autres audienc-cibles clés,

y compris les Autochtones, les personnes vivant dans des communautés rurales ou isolées, ainsi que les fonctionnaires municipaux et les élus.

Certaines différences existent entre les réseaux provinciaux. Par exemple, au Québec, l’accent est mis sur les enfants, les adolescents et les familles, ainsi que sur les personnes vivant dans la pauvreté. Les répondants de l’Ontario ont mentionné le plus souvent les parents et les familles, les personnes vivant dans la pauvreté et la population dans son ensemble. Les répondants de la Colombie-Britannique ont dit que les jeunes, les aînés et les personnes vivant dans la pauvreté étaient leurs audienc-cibles prioritaires. Les membres du réseau du Nouveau-Brunswick semblent privilégier un mode d’action élargi en mettant l’accent sur la population dans son ensemble et sur les familles.

Figure 9 : Principales audienc-cibles des initiatives des Communautés en santé



*Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d’une réponse.

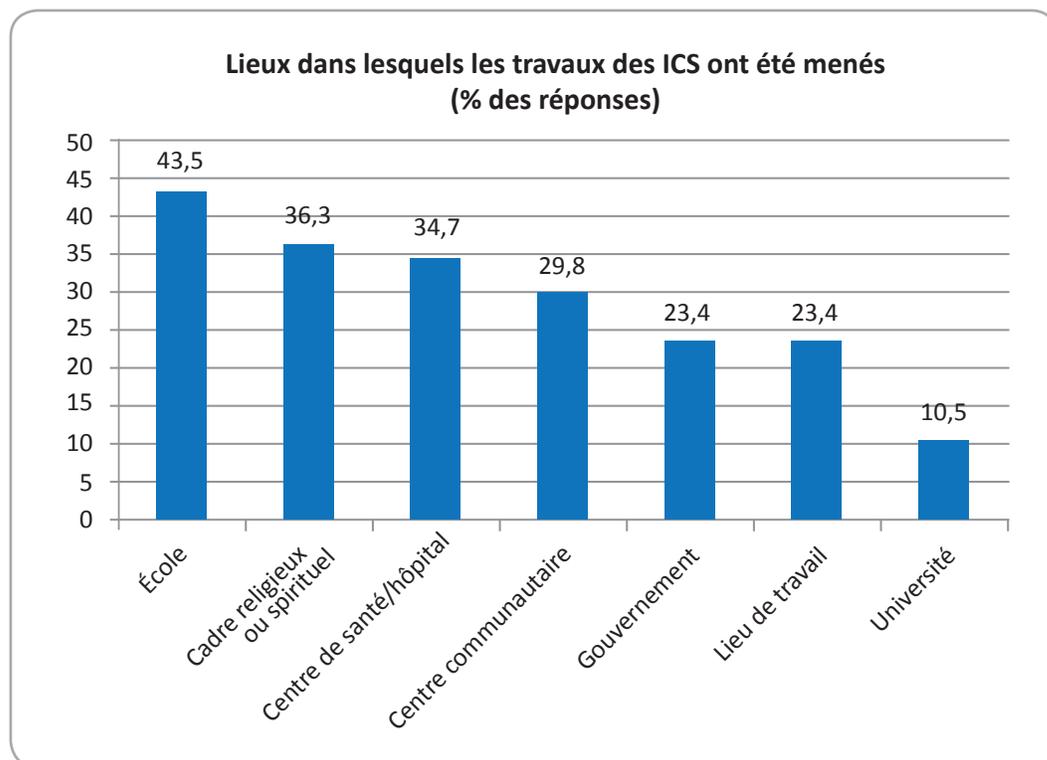
Lieux dans lesquels les ICS sont mises en place

Les ICS des quatre provinces ont mené leur action dans un large éventail de lieux, le plus souvent dans des écoles (43,5 %), des lieux religieux ou spirituels (36,3 %) ou des établissements de santé/hôpitaux (34,7 %; voir la Figure 10 ci-dessous). Alors que des ICS ont axé leurs activités dans un seul lieu donné (par ex. des initiatives associées à la sécurité alimentaire, des clubs de marche), d'autres ont une gamme étendue d'activités qui sont menées dans tous sortes de lieux. En plus des six catégories de lieux énumérées ci-dessous, des répondants à l'enquête ont mentionné d'autres lieux comme les maisons de

membres de la communauté, des espaces publics dans les communautés autochtones et des lieux naturels en plein air.

Il y avait des différences significatives entre les provinces sur le plan des lieux dans lesquels les ICS mènent leurs travaux. Les répondants de la Colombie-Britannique ont plus souvent privilégié les cadres universitaires et les centres communautaires que ceux des autres provinces, et les membres du réseau québécois ont mené leurs activités dans des centres de santé et des lieux de travail. Tous les réseaux provinciaux ont dit travailler dans des lieux gouvernementaux et des écoles.

Figure 10 : Lieux dans lesquels les ICS ont mené leurs travaux



**Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.*

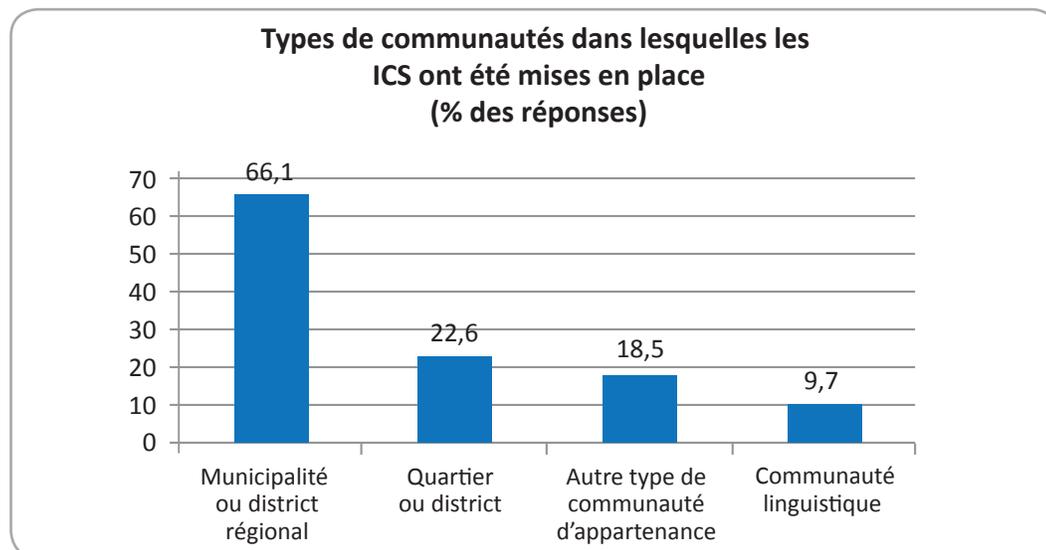
Types de communautés dans lesquelles les ICS ont été mises en place

Aux fins de l'enquête, on entend par « communauté » un groupe de personnes qui souvent (mais pas toujours) vivent dans une région géographique délimitée et qui ont une culture, valeurs et des normes communes. Compte tenu de la définition ci-dessus, près des deux tiers (66,1 %; voir la Figure 11 ci-dessous) des répondants à l'enquête ont dit que leur ICS avait été instaurée dans leur municipalité ou leur district régional. Un pourcentage beaucoup plus faible (22,6 %) a déclaré que son ICS a été réalisée dans un quartier particulier. Parmi les autres types de « communautés » mentionnées dans les réponses ouvertes, il y avait les communautés autochtones, les communautés en ligne et les personnes vivant dans une région rurale donnée. Ces résultats permettent de penser que

les ICS jouent un rôle dans plusieurs types de communautés, y compris des communautés géographiques/spatiales (quartier, municipalité, etc.), des communautés identitaires (p. ex. ethniques) et des communautés d'intérêts (p. ex. communautés en ligne).

Il y avait des différences entre les provinces pour ce qui était des types de communautés dans lesquelles les ICS ont été mises en place. Les membres du réseau du Nouveau-Brunswick ont mis l'accent sur les communautés linguistiques alors que les répondants du Québec ont concentré leurs efforts dans les municipalités. Les répondants de la Colombie-Britannique et de l'Ontario ont axé leurs efforts sur les quartiers. Les répondants de la Colombie-Britannique ont aussi mentionné d'autres types de communautés, y compris les communautés d'Autochtones, de jeunes et d'âinés.

Figure 11 : Types de communautés dans lesquelles les ICS ont été mises sur pied



**Veuillez prendre note que la somme des valeurs figurant dans le présent tableau peut être supérieure à cent pour cent étant donné que les répondants au questionnaire pouvaient sélectionner plus d'une réponse.*

ÉLABORATION OU PROMOTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

La mesure dans laquelle les ICS ont réussi à incorporer des efforts visant à modifier les politiques publiques varie grandement d'une ICS à l'autre. Par exemple, des participants à l'enquête ont reconnu l'importance d'œuvrer en faveur de politiques publiques favorables à la santé dans le cadre de l'approche Communautés en santé. Ainsi, un intervenant d'une ICS a signalé que : « *l'amélioration des politiques est l'un des indicateurs dont nous disposons pour évaluer l'efficacité et la viabilité de notre travail. Autrement dit, il ne s'agit pas d'un enjeu isolé mais d'une partie intégrante de nos stratégies, quel que soit l'enjeu ou la population-cible.* » Plusieurs répondants à l'enquête ont dit trouver ardu le travail relatif aux politiques publiques.

- « *Nous n'avons pas fait activement de lobbying ni de représentation auprès du gouvernement. Nous admettons qu'il y a un besoin, mais nous n'avons pas les ressources voulues pour le faire.* »
- « *Cela fait partie de notre façon de faire; il s'agit d'un aspect important du modèle, mais nous n'avons pas encore mis nos activités en route dans cette direction.* »
- « *Il est difficile pour les groupes communautaires d'influer sur la politique publique.* »

Beaucoup d'autres ont tout simplement dit qu'ils n'avaient pas réussi à aborder les enjeux de politiques publiques dans leur travail. Enfin, quant à ceux qui ont cherché à influencer sur l'élaboration de politiques publiques qui favorisent davantage la santé, ils ont centré leurs efforts sur des politiques très spécifiques qui avaient une portée locale sur le plan de la santé. Voici des exemples donnés :

- « *Nous avons pris une part active dans le processus d'examen du plan officiel à l'échelle du comté et à l'échelle locale. Nous avons proposé de nouvelles politiques à l'appui des communautés actives en santé et des modifications aux politiques existantes.* »
- « *Collaboration avec le conseil scolaire relativement à la politique sur la nutrition dans les écoles.* »
- « *Les résidents ont reçu de l'aide pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de promotion [...] Les chercheurs universitaires ont exploré et publié des moyens par lesquels les politiques publiques aident et nuisent à nos efforts de développement communautaire.* »

Les initiatives des Communautés en santé en Ontario, en Colombie-Britannique, au Québec et au Nouveau-Brunswick interviennent dans toute une gamme de projets et d'activités de concert avec des partenaires locaux venant de tous les secteurs et composantes de la communauté. Les secteurs de la santé, de l'éducation et de la gouvernance locale jouent un rôle capital de facilitation de ce travail. Certaines activités des ICS visent directement les facteurs de risque immédiats pour les maladies chroniques



alors que d'autres portent principalement sur de grands enjeux sociaux et environnementaux qui sont associés aux maladies chroniques, comme la pauvreté, la sécurité alimentaire et l'établissement de réseaux de soutien social. Quel que soit l'enjeu ciblé, les dirigeants des ICS adoptent une démarche intégrée à l'égard

de leur travail, en tenant compte des façons dont les multiples déterminants de la santé influent sur la santé et le bien-être ainsi que de l'importance d'aborder le développement communautaire en se fondant sur les ressources et en s'appuyant sur des partenaires de multiples secteurs. Même si l'enquête en ligne n'a duré que 15 minutes, elle a permis de constater la remarquable la passion de ces intervenants des ICS pour leur travail avec les communautés.

Les comités qui supervisent les initiatives des Communautés en santé sont conscients de l'importance de faire porter leurs efforts sur les politiques favorables à la santé publique, mais beaucoup ont encore du mal à mettre ces actions en œuvre. L'examen approfondi des enjeux de politiques publiques au cours des prochaines étapes du projet de recherche permettra peut-être d'élucider l'origine de tels obstacles et de trouver des moyens pour en venir à bout.

INTRODUCTION

LES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ : UNE APPROCHE POUR AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ AU CANADA

Dans le cadre du projet national intitulé « Les Communautés en santé : une approche pour agir sur les déterminants de la santé au Canada », le BC Healthy Communities, la Coalition des Communautés en santé de l'Ontario, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé et le Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick ont collaboré à la préparation de la présente enquête dans le but de découvrir d'autres initiatives et actions des Communautés en santé qui ont une incidence sur les déterminants de la santé.

L'objet du présent questionnaire, qui ne prendra que de 15 à 20 minutes, est de recueillir de l'information sur les initiatives des Communautés en santé canadiennes menées au Québec, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique. Plus particulièrement, nous souhaitons obtenir de l'information sur les types de projets que les communautés mettent sur pied d'un bout à l'autre du pays et les stratégies qu'elles emploient pour atteindre leurs buts. À la suite de la présente enquête, nous interrogerons les représentants des comités de quelques Communautés en santé dans chacune des quatre provinces afin d'approfondir nos connaissances sur leur travail.

Comme l'organisation et la façon de travailler des Communautés en santé sont sensiblement différentes d'une province à l'autre, nous nous sommes efforcés d'élaborer un ensemble de questions d'enquête qui conviennent aux quatre provinces. Pour clarifier le libellé des questions, nous avons fourni à quelques endroits différentes terminologies présentées par province, de manière à ce que vous puissiez adapter la question à votre province particulière.

Pour de amples renseignements sur les questions d'enquête ou sur le projet, n'hésitez pas à communiquer avec le coordonnateur provincial de votre province.

Les résultats de l'enquête nous permettront de tirer des enseignements des communautés que nous servons et de renforcer le soutien que nous leur donnons.

Nous vous sommes très reconnaissants de votre participation!

SECTION 2

DESCRIPTION DES INITIATIVES DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

Question 2.1

Quel est le nom de votre initiative Communautés en santé (ICS) ou de votre comité?

Question 2.2

Quel est le nom de votre organisation?

Question 2.3

Veillez dire de quel secteur vient l'organisation chef de file de votre ICS?

SECTION 3**STRUCTURE DES COMITÉS DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ****Question 3.1**

Votre ICS est-elle dotée d'un comité spécialement chargé de la superviser?

- Oui
- Non

Question 3.2

Ce comité a-t-il été spécialement formé pour guider les travaux de l'ICS?

- Oui – Nous avons créé un nouveau comité pour l'ICS.
- Non – Nous avons eu recours à un comité ou à un groupe existant.

SECTION 3

STRUCTURE DES COMITÉS DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

Question 3.3

De quels secteurs ou groupes les membres du comité de votre ICS sont-ils issus?
(Cochez toutes les réponses pertinentes.)

- Agriculture, énergie et ressources naturelles
- Communications
- Culture
- Économie
- Éducation
- Environnement
- Santé
- Loisir
- Religion
- Municipalité
- Sécurité
- Services sociaux
- Tourisme
- Transports
- Bénévolat
- Autre (Veuillez préciser)

SECTION 3

STRUCTURE DES COMITÉS DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

Question 3.4

Votre initiative Communautés en santé dispose-t-elle ou disposait-elle d'un budget qui lui était spécifiquement réservé?

Oui

Non

SECTION 3

STRUCTURE DES COMITÉS DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

Question 3.5

Quelles sont/étaient les sources de financement du comité de votre ICS?
(Cochez toutes les réponses pertinentes.)

- Gouvernement local/régional
- Gouvernement provincial
- Gouvernement fédéral
- Organisations non gouvernementales (nationales, provinciales ou régionales)
- Organisations communautaires
- Universités ou établissements de recherche
- Droits d'adhésion
- Donateurs particuliers
- Entreprises privées
- Collectes de fonds
- Autre (Veuillez préciser)

SECTION 3**STRUCTURE DES COMITÉS DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ****Question 3.6**

Avez-vous déjà eu un coordonnateur rémunéré pour le comité de votre ICS?

Oui

Non

Question 3.7

Combien de personnes compte le comité de votre ICS?

Indiquez le nombre:

Question 3.8

Outre le coordonnateur, combien d'autres employés RÉMUNÉRÉS le comité de votre ICS compte-t-il?

Indiquez le nombre:

Question 3.9

De quelle façon les membres du comité de l'ICS sont-ils rémunérés?
(Cochez toutes les réponses pertinentes.)

Sans objet (si vous avez répondu zéro (0) à la question 3.8)

Ils sont rémunérés par l'ICS même

Ils sont rémunérés par un autre partenaire

Ils sont rémunérés à même les ressources partagées par au moins deux partenaires

Ils sont rémunérés d'une autre manière. Précisez.

SECTION 4

ADHÉSION AU RÉSEAU DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ

Question 4.1

Votre ICS est-elle un membre officiel du réseau Communautés en santé de votre province?

- Oui
 Non

Question 4.2

Quand avez-vous officiellement adhéré à votre réseau provincial de Communautés en santé?

Date (JJ/MM/YYYY)

/ /

Question 4.3

Veillez nous dire quels sont les enjeux et les éléments clés qui vous ont amené à mettre sur pied une ICS dans votre communauté ou à adhérer à votre réseau provincial.

SECTION 5**PARTICIPATION ET PARTENARIATS****Question 5.1**

Veillez réfléchir à la participation des principaux partenaires dans les activités courantes de votre initiative. De quels groupes ou secteurs viennent ces partenaires CLÉS? Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.

- Agriculture, énergie et ressources naturelles
- Communications
- Culture
- Économie
- Éducation
- Environnement
- Santé
- Loisir
- Religion
- Municipalité
- Sécurité
- Services sociaux
- Tourisme
- Transports
- Bénévolat
- Sans objet
- Autre (Veillez préciser)

SECTION 6

SOUTIEN À VOTRE POPULATION ET À VOS PARTENAIRES

Question 6.1

Veillez décrire brièvement les activités prioritaires de votre ICS (JUSQU'À TROIS ACTIVITÉS) des deux ou trois dernières années. Donnez pour chaque activité le sujet ou les sujets visés.

Activité 1:

Activité 2:

Activité 3:

Question 6.2

Dans quels lieux le travail de votre ICS est-il ou était-il mené?
(Veillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

- Centre communautaire
- École
- Gouvernement
- Centre de santé/hôpital
- Lieu de travail
- Université
- Cadre religieux ou spirituel
- Autre (Veillez préciser)

SECTION 6**SOUTIEN À VOTRE POPULATION ET À VOS PARTENAIRES****Question 6.3**

Les communautés sont des groupes de personnes qui souvent (mais pas toujours) vivent dans une région géographique délimitée et qui ont une culture, des valeurs et des normes communes. Dans quels types de « communautés » votre ICS a-t-elle été établie? (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

- Municipalité ou district régional
- Quartier ou district
- Communauté linguistique
- Autre type de communauté d'appartenance (p. ex. ethnique, culturelle, en ligne)
- Autre (Veuillez préciser)

SECTION 6

SOUTIEN À VOTRE POPULATION ET À VOS PARTENAIRES

Question 6.4

Dans quelle mesure votre ICS a-t-elle travaillé aux questions de santé suivantes dans votre communauté?

	Jamais	Peu souvent	Quelques fois	Fréquemment	Sujet prioritaire pour notre ICS
Sécurité alimentaire					
Pauvreté					
Questions environnementales (eau, pollution, etc.)					
Activité physique/ transport actif					
Transports publics					
Aménagement urbain et utilisation des sols					
Santé mentale					
Alcoolisme et autres dépendances					
Compétences parentales et soutien aux familles					
Tabagisme					
Santé au travail					
Prévention des traumatismes					
Soutien social et marginalisation					
Développement économique de la communauté					
Habitation					
Alimentation saine					
Autre					
Autre, précisez					

SECTION 6

SOUTIEN À VOTRE POPULATION ET À VOS PARTENAIRES

Question 6.5

Quelles sont les principales audiences-cibles de votre ICS?

	Groupe jamais ciblé	Groupe peu souvent ciblé	Groupe ciblé quelques fois	Groupe fréquemment ciblé	Groupe prioritaire pour notre ICS
Enfants					
Jeunes					
Parents et familles					
Aînés et personnes vieillissantes					
Femmes					
Hommes					
Population dans son ensemble					
Nouveaux arrivants					
Groupes ethniques particuliers					
Personnes vivant dans la pauvreté					
Personnes ayant un handicap					
Gais/lesbiennes/ bisexuels/transgenres					
Groupes linguistiques					
Autre					
Précisez les autres	<input type="text"/>				

SECTION 6

SOUTIEN À VOTRE POPULATION ET À VOS PARTENAIRES

Question 6.6

Veillez décrire les façons dont l'adoption (élaboration/promotion) de politiques publiques favorables à la santé faisait partie intégrante des buts de votre ICS.

Question 6.7

Les résultats de l'enquête permettront de relever les communautés dont nous pourrions tirer le plus d'enseignements et d'offrir un soutien accru. Êtes-vous intéressé à collaborer avec nous au cours des prochaines étapes du projet?

- Oui
 Non

Question 6.8

Veillez fournir ci-après vos coordonnées pour que nous puissions communiquer avec vous si vous êtes intéressé par les prochaines étapes du projet :

Nom :

Adresse de courriel :

Numéro de téléphone :

SECTION 7**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LE RÉPONDANT****Question 7**

Veillez fournir les renseignements suivants sur la personne qui répond au questionnaire.

Nom :	<input type="text"/>
Fonction :	<input type="text"/>
Adresse de courriel :	<input type="text"/>
Numéro de téléphone:	<input type="text"/>

Nous vous sommes grandement reconnaissants pour votre participation. Si vous avez d'autres idées ou des questions au sujet de l'enquête ou du projet national des Communautés en santé, veuillez communiquer avec la personne responsable du projet auprès de votre réseau provincial.

ANNEXE B : DONNÉES TIRÉES DES QUESTIONS D'ENQUÊTE DEMANDANT DE SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES PERTINENTES — SOUS FORME DE TABLEAUX

Les tableaux suivants présentent des données détaillées sur les questions d'enquête qui offraient la possibilité de donner plusieurs réponses. Les participants à l'enquête devaient sélectionner toutes les réponses pertinentes. Étant donné que les répondants ont donné plusieurs réponses, la somme des pourcentages des réponses sera supérieure à cent pour cent. Qui plus est, veuillez prendre note que le nombre total de réponses varie selon les questions du fait que les 124 personnes qui ont rempli le questionnaire n'ont pas répondu à toutes les mêmes questions.

Question 3.3

De quels secteurs ou groupes les membres du comité de votre ICS sont-ils issus?

Secteur	Nbre de réponses	% des réponses
Santé	66	53,2
Éducation	50	40,3
Municipalité	50	40,3
Bénévolat	46	37,1
Services sociaux	43	34,7
Loisir	27	21,8
Culture	24	19,4
Environnement	21	16,9
Économie	19	15,3
Agriculture, énergie et ressources naturelles	13	10,5
Religion	12	9,7
Communications	11	8,9
Tourisme	8	6,5
Sécurité	6	4,8
Transports	6	4,8

Question 3.5

Quelles sont/étaient les sources de financement du comité de votre ICS?

Source de financement	Nbre de réponses	% des réponses
Gouvernement local/régional	27	21,8
Gouvernement provincial	31	25,0
Organisations communautaires	12	9,7
Organisations non gouvernementales	10	8,1
Gouvernement fédéral	9	7,3
Universités ou établissements de recherche	7	5,6
Donateurs particuliers	6	4,8
Collectes de fonds	6	4,8
Entreprises privées	4	3,2
Droits d'adhésion	2	1,6

Question 3.9

De quelle façon les membres du comité de l'ICS sont-ils rémunérés?

	Nbre de réponses	% des réponses
Sans objet	32	25,8
Ils sont rémunérés par un autre partenaire	22	17,7
Ils sont rémunérés directement par l'ICS	8	6,5
Ils sont rémunérés à même les ressources partagées par au moins deux partenaires	5	4,0

Question 5.1

De quels groupes ou secteurs vos principaux partenaires sont-ils issus?

Secteur	Nbre de réponses	% des réponses
Santé	87	70,2
Éducation	78	62,9
Bénévolat	70	56,5
Municipalité	64	51,6
Services sociaux	50	40,3
Loisir	45	36,3
Environnement	29	23,4
Culture	24	19,4
Économie	23	18,5
Communications	18	14,5
Agriculture, énergie et ressources naturelles	14	11,3
Tourisme	12	9,7
Religion	11	8,9
Transports	11	8,9
Sécurité	7	5,6
Autre/Sans objet	4	3,2

Question 6.2

Dans quels lieux le travail de votre ICS est-il/était-il mené?

Lieu	Nbre de réponses	% des réponses
École	54	43,5
Cadre religieux ou spirituel	45	36,3
Centre de santé/hôpital	43	34,7
Centre communautaire	37	29,8
Gouvernement	29	23,4
Lieu de travail	29	23,4
Université	13	10,5

Question 6.3

Dans quels types de « communautés » votre ICS a-t-elle été établie?

Cadre	Nbre de réponses	% des réponses
Municipalité ou district régional	82	66,1
Quartier ou district	28	22,6
Autre type de communauté d'appartenance	23	18,5
Communauté linguistique	12	9,7

Question 6.4

Mesure dans laquelle les ICS abordent/ont abordé des enjeux de santé particuliers dans leurs communautés (%)

	Jamais abordée	Abordée peu souvent	Abordée quelques fois	Abordée fréquemment	Question prioritaire pour notre ICS
Sécurité alimentaire	18,0	12,4	27,0	20,2	22,5
Pauvreté	21,9	11,4	24,8	28,6	13,3
Questions environnementales (eau, pollution, etc.)	19,0	14,3	23,8	27,6	15,2
Activité physique/ transport actif	11,3	7,5	21,7	35,8	23,6
Transports publics	22,9	13,3	25,7	26,7	11,4
Aménagement urbain et utilisation des sols	34,0	11,3	25,5	18,9	10,4
Santé mentale	27,4	16,0	29,2	17,0	10,4
Alcoolisme et autres dépendances	31,1	17,0	21,7	17,0	13,2
Obésité	24,8	15,2	21,9	31,4	6,7
Compétences parentales et soutien aux familles	21,7	9,4	30,2	26,4	12,3
Tabagisme	32,1	21,7	17,0	17,9	11,3
Santé au travail	33,7	24,0	23,1	13,5	5,8
Prévention des traumatismes	37,1	23,8	21,0	5,7	12,4
Soutien social et marginalisation	19,0	9,5	24,8	28,6	18,1
Développement économique de la communauté	21,7	13,2	21,7	27,4	16,0
Habitation	29,2	14,2	22,6	26,4	7,5
Alimentation saine	21,0	8,6	21,0	25,7	23,8
Autre	21,2	3,8	7,7	30,8	36,5

Fréquence (en pourcentage) à laquelle les enjeux de santé sont abordés dans les communautés (S'adresse aux initiatives des Communautés en santé du Nouveau-Brunswick seulement)*

	Jamais abordée	Abordée peu souvent	Abordée quelques fois	Abordée fréquemment	Question prioritaire pour notre ICS
Ruralité	41,2	11,8	29,4	11,8	5,9
Mieux-être	--	--	11,8	35,3	52,9
Éducation et alphabétisme	6,3	12,5	25,0	31,3	25,0
Capacités communautaires	6,3	12,5	18,8	43,8	18,8
Environnements sociaux	11,8	11,8	41,2	17,6	17,6

**Prendre note de la petite taille de l'échantillon : seulement 16 personnes ont répondu à toutes les cinq questions.*

Question 6.5

Fréquence à laquelle les ICS s'adressent à des audiences-cibles

	Groupe jamais ciblé	Groupe ciblé peu souvent	Groupe ciblé quelques fois	Groupe ciblé fréquemment	Groupe prioritaire pour notre ICS
Enfants	10,6	6,7	19,2	37,5	26,0
Jeunes	4,8	5,8	13,5	38,5	37,5
Parents et familles	3,8	1,9	14,4	40,4	39,4
Aînés et personnes vieillissantes	8,7	7,7	22,1	31,7	29,8
Femmes	18,3	8,7	23,1	27,9	22,1
Hommes	22,1	8,7	26,0	24,0	19,2
Population dans son ensemble	5,8	4,8	11,5	29,8	48,1
Nouveaux arrivants	36,5	17,3	25,0	11,5	9,6
Groupes ethniques particuliers	40,4	18,3	17,3	12,5	11,5
Personnes vivant dans la pauvreté	15,5	9,7	25,2	25,2	24,3
Personnes ayant un handicap	21,2	15,4	30,8	18,3	14,4
Gais/lesbiennes/bisexuels/ transgenres	48,1	26,0	10,6	9,6	5,8
Groupes linguistiques	48,1	23,1	9,6	6,7	12,5
Autre	59,5	7,6	5,1	7,6	20,3

