

## LES IMPACTS DU TRANSPORT SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Au XX<sup>e</sup> siècle, le transport a connu un véritable bouleversement avec la généralisation de l'automobile. Au Québec, le parc automobile est passé de 3,2 millions de véhicules en 1984 à 5,2 millions en 2004, soit une croissance de 60 % en 20 ans. Autre phénomène, la vogue des camionnettes et les véhicules utilitaires sport, communément nommés VUS : depuis 1990, en effet, leur nombre a doublé (voir figure 1). Cette place grandissante de l'automobile n'est pas sans impact sur la santé publique. Pour cette raison, la Direction de santé publique de Montréal a publié le rapport « **Les impacts du transport sur la santé publique** » dont les auteurs sont Norman King, Patrick Morency et Lucie Lapierre. Le présent résumé brosse le tableau des principaux impacts sur la santé de la population montréalaise et esquisse quelques-unes des solutions possibles.

De 1998 à 2003, dans la région montréalaise<sup>1</sup> (Montréal, Laval, Rive-Sud et les couronnes nord et sud), le parc automobile a augmenté de 10 % et la population de 3,0 %. En cinq ans, 180 000 nouveaux véhicules se sont ajoutés dans la région, dont près de 65 000 chez les ménages de l'île de Montréal et 115 000 chez ceux en dehors de l'île, pour atteindre un total de 1,8 million.

Le portrait n'est toutefois pas homogène sur l'ensemble du territoire. Plus on s'éloigne du centre-ville, plus le pourcentage de gens possédant une automobile s'accroît : 37,1 % des ménages du centre-ville sont motorisés par rapport à 94 % de ceux des couronnes nord et sud.

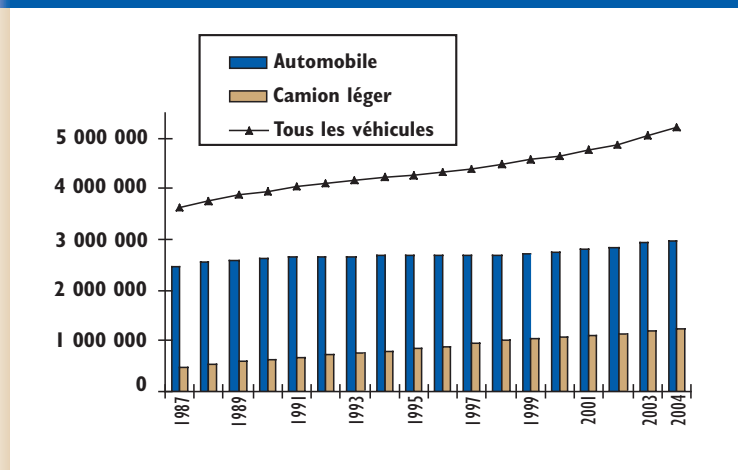
En 2003, les résidents de la région montréalaise ont effectué 7,8 millions de déplacements chaque jour, dont plus de 2 millions en période de

pointe le matin (6 h à 9 h). La grande majorité de ces déplacements s'effectue en automobile tel qu'illustré à la figure 2.

Cette prépondérance de l'automobile, cependant, ne relève pas d'une loi naturelle immuable. En effet, dans certaines villes nord-américaines, on constate une hausse significative de la part modale du transport en commun par suite d'un meilleur aménagement urbain et d'une baisse du tarif du transport en commun.

<sup>1</sup> Les données concernant la région montréalaise sont tirées des faits saillants de l'enquête Origine-Destination 2003 publiés par l'Agence métropolitaine du transport et du Plan de Transport de Montréal, Portrait et Diagnostic, 2005.

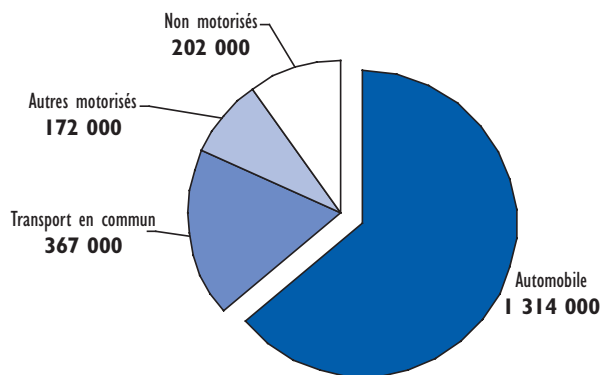
Figure 1  
Croissance du parc automobile au Québec  
entre 1987 et 2004



Ce tableau porte sur les véhicules autorisés à circuler au Québec en date du 31 décembre de chaque année.

- **Automobile** : véhicule routier de moins de 3 000 kg dont la fonction principale est le transport de passagers et ne possédant pas de châssis de camion.
- **Camion léger** : véhicule routier de moins de 3 000 kg de type fourgonnette, camionnette ou véhicule tout usage (4 x 4).
- **Tous les véhicules** : automobiles, camions légers, taxis, autobus, camions lourds, motoneiges, etc.

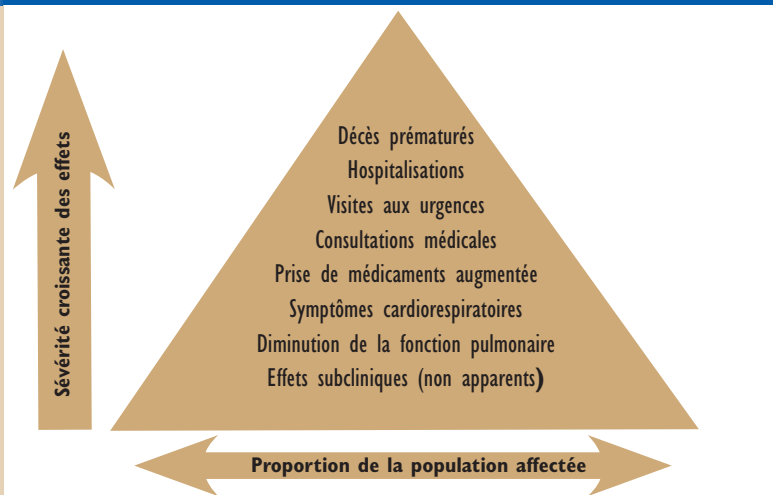
**Figure 2**  
Répartition des déplacements en période de pointe chaque matin dans la région montréalaise (enquête O-D 2003)



*Les termes transport collectif et transport en commun sont utilisés de façon interchangeable et désignent le transport par train, par métro et par autobus.*

*Le transport non motorisé inclut entre autres le vélo, les patins à roues alignées, et la marche. Cette dernière catégorie exclut les déplacements à pied combinés avec d'autres moyens de transport comme l'autobus ou le métro.*

**Figure 3**  
Pyramide des effets cardiaques et respiratoires associés à la pollution atmosphérique



## LES DIVERS IMPACTS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

### POLLUTION

#### *Pollution engendrée par le transport*

Le transport, l'industrie et le chauffage des bâtiments sont les trois grandes sources de pollution atmosphérique et de gaz à effet de serre (GES), le principal étant le dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>). Dans la région métropolitaine, 85 % des émissions des oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>), 43 % des émissions des composés organiques volatils (COV) – comprenant des produits nocifs comme le benzène et les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) – et 47 % des GES sont attribuables au transport. En outre, les NO<sub>x</sub> et les COV réagissent sous l'effet du rayonnement solaire et de la chaleur pour produire l'ozone, qui est une des composantes du smog pendant la période estivale. Enfin, le transport contribue également aux émissions des particules fines d'un diamètre inférieur à 2,5 microns (PM<sub>2,5</sub>) qui pénètrent loin dans les poumons et qui contribuent à la formation du smog pendant toute l'année.

Le smog est un mélange de substances nocives qui contaminent l'air et dont un ou plusieurs éléments dépassent les critères recommandés. Les composantes principales du smog ayant un impact sur la santé sont les PM<sub>2,5</sub> et l'ozone. Ces polluants ont des impacts immédiats et à plus long terme sur la santé. La gravité des effets dans la population se présente sous la forme d'une pyramide, comme l'illustre la figure 3.

Les personnes âgées souffrant de maladies cardiorespiratoires font partie des groupes les plus vulnérables à ces effets sanitaires. Selon une étude dans trois pays d'Europe (la France, la Suisse et l'Autriche), la pollution de l'air est responsable de 6 % de la mortalité totale, dont la moitié serait liée à la pollution engendrée par le transport. De son côté, Santé Canada estime que la pollution atmosphérique cause 1 500 décès prématurés par an à Montréal.

Autre groupe à risque, les enfants : plusieurs études récentes démontrent les effets de la vulnérabilité accrue du système respiratoire des enfants en présence de pollution atmosphérique (développement et exacerbation de l'asthme, diminution de la croissance des poumons).

### *Vivre à proximité des voies achalandées*

Plusieurs études démontrent que les gens vivant le long d'artères achalandées sont plus exposés à certains polluants liés au transport : une étude hollandaise démontre un excès de mortalité cardiorespiratoire; une étude montréalaise révèle un risque accru d'hospitalisation pour maladies respiratoires chez les personnes âgées de 60 ans et plus.

### *Augmentation des gaz à effet de serre et des changements climatiques*

À l'heure actuelle, un consensus s'est établi chez les scientifiques à l'effet que le réchauffement planétaire est un phénomène réel, largement attribuable aux activités humaines qui dégagent de plus en plus de gaz à effet de serre dans l'atmosphère. Cette tendance au réchauffement aura un triple impact, soit l'augmentation de la fréquence, de la durée et de l'intensité des canicules, ainsi que d'autres changements climatiques, car la hausse des températures est associée à la quantité et au type des précipitations ainsi qu'à la fréquence des phénomènes météorologiques extrêmes.

La canicule peut en outre accroître la mortalité chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques, notamment les affections cardiovasculaires, cérébrovasculaires, respiratoires, neurologiques et rénales. Deux autres groupes sont particulièrement à risque, soit les personnes vivant dans des îlots de chaleur urbains manquant de verdure et où peu de logements sont climatisés, et les personnes seules, alitées ou incapables de prendre soin d'elles-mêmes. La canicule qui a frappé l'Europe durant l'été 2003 en a démontré l'effet dévastateur. En effet, les autorités françaises de santé publique estiment que, du 1<sup>er</sup> au 20 août 2003, on a déploré près de 15 000 décès de plus que la normale.

Les changements climatiques auront aussi un impact sur la croissance et le cycle de la végétation, augmentant de ce fait les concentrations d'allergènes dans l'air ainsi que la durée de la saison pollinique. Par exemple, dans le cas de l'herbe à poux – cause importante de rhino-conjonctivite allergique –, la saison pollinique s'est allongée de 44 % de 1994 à 2002.

Enfin, l'essence et les solvants se volatilisent davantage à des températures élevées, augmentant ainsi le taux de composés organiques volatils dans l'air. En outre, la réaction photochimique entre les oxydes d'azote et les COV qui mène à la formation d'ozone est elle aussi renforcée à température élevée.

### **SÉDENTARITÉ**

Le recours croissant à l'automobile agit au détriment des modes de transport actif, comme la marche et le vélo. Or, on sait que la sédentarité augmente le risque de développer de nombreuses maladies. Chez les personnes inactives, le risque de maladies cardiovasculaires, d'embonpoint ou d'obésité est presque doublé, elles sont plus susceptibles de développer un diabète de type II, une tension artérielle élevée, un cancer du côlon ou du pancréas. Il faut souligner aussi que le diabète de type II habituellement observé chez les adultes se manifeste désormais chez les enfants. Enfin, en matière de coûts de santé, le fardeau de la sédentarité est énorme : en 1999, ils représentaient 2,1 milliards de dollars, soit 2,5 % de l'ensemble des coûts de santé, non loin derrière le tabagisme, dont la part est évaluée à 3,8 %.

L'Enquête sur les collectivités canadiennes de 2004 révèle que 34,5 % des Québécois âgés de 18 ans et plus font de l'embonpoint et que 21,8 % sont considérés obèses. En somme, c'est plus de la moitié (56,3 %) de la population qui affiche un excès pondéral.

Or, au Québec, environ 60 % de la population n'est pas suffisamment active dans ses loisirs. Le transport actif pourrait contribuer à atteindre le volume d'activité physique recommandé, mais il reste beaucoup de chemin à faire puisque,

au Québec, 55 % des adultes et 42 % des jeunes de 12 à 17 ans pratiquent la marche utilitaire moins d'une heure par semaine, pour le travail, les études, le magasinage, etc.

### Étalement urbain, activité physique et santé

Les recherches scientifiques appuient l'existence d'une association entre l'étalement urbain et une baisse de l'activité physique, ce qui a des répercussions sur la santé. Selon une étude publiée en 2004, aux États-Unis, la distance parcourue à pied pour des déplacements de nature utilitaire augmente en présence d'un type d'aménagement urbain où la densité résidentielle est élevée et comportant une mixité de fonctions (habitations, services, commerces et équipements récréatifs et communautaires à proximité les uns des autres). Cette étude mène aussi à deux constats notables :

- chaque kilomètre marché diminue de 4,8 % la probabilité d'obésité;
- chaque heure passée dans une automobile par jour augmente la probabilité d'obésité de 6 %.

D'autres facteurs liés à l'aménagement urbain influent sur le choix de la marche comme mode de déplacement, par exemple la distance à parcourir et le sentiment de sécurité pendant le trajet. Ceci s'avère réellement important chez les enfants, parce que les habitudes de déplacement se développent tôt dans la vie. Or, à l'heure actuelle, près de 60 % des enfants au Québec ont recours au transport motorisé pour aller à l'école.

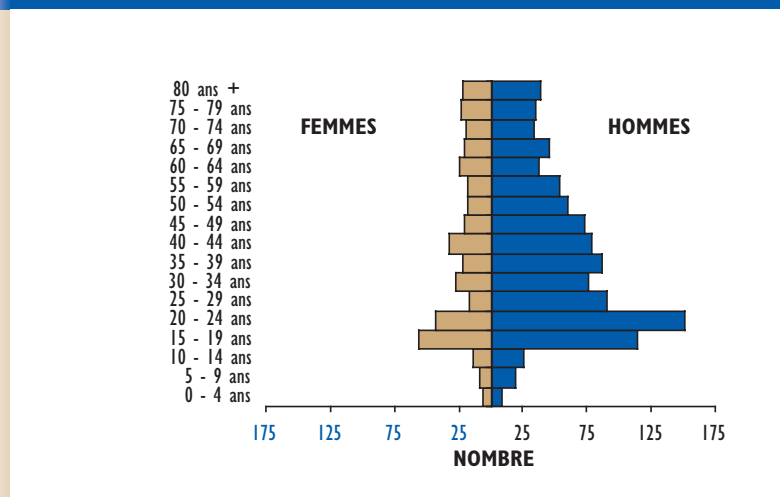
### Bénéfices sanitaires du transport actif

Les bénéfices du transport actif sont documentés dans plusieurs pays. Au Danemark, on constate que les adultes qui ne vont pas au travail en vélo présentent un taux de mortalité de 40 % supérieur à ceux qui utilisent le vélo. À Tianjin, en Chine, les personnes qui ont recours à un mode de transport actif présentent un plus faible taux de cholestérol total, de LDL (mauvais cholestérol) et de triglycérides dans le sang, mais un taux plus élevé de HDL (bon cholestérol) que les personnes empruntant l'autobus. Enfin, des études menées au Japon révèlent qu'avoir à proximité de chez soi des aménagements propices à la promenade favorisent la longévité et que marcher régulièrement contribue à réduire les coûts en soins de santé.

### TRAUMATISMES

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, les accidents de la route sont devenus l'une des principales causes de décès et de morbidité dans le monde, tuant ou blessant grièvement plus de 20 millions de personnes chaque année. Même si la mortalité routière est en déclin depuis une trentaine d'années dans les pays industrialisés, les collisions restent l'une des premières causes de mortalité, surtout chez les jeunes : contrairement aux décès par maladie cardiovasculaire ou par cancer, qui surviennent en majorité à un âge avancé, les collisions fauchent les vies à un

Figure 4  
Nombre de décès de la route selon l'âge de la victime au Québec en 2000 et 2001



Source : Registre québécois des décès, années 2000 et 2001.

plus jeune âge, comme le démontre clairement la figure 4. Aux États-Unis, les accidents de la route sont la première cause de décès chez les 4 à 34 ans. Dans ce groupe d'âge, au Québec, ils causent environ un décès sur cinq (21 %).

Mais un bilan qui ne se base que sur la mortalité occulte l'ampleur du problème car les décès ne représentent que la pointe de l'iceberg. Par exemple, à Montréal, on dénombre 220 fois plus de blessés que de décès. La gravité des blessures, les séquelles physiques permanentes ainsi que l'impact psychosocial sur les individus et sur leur qualité de vie constituent d'autres facteurs essentiels à considérer, mais dont les bilans routiers font rarement état. Au Québec, le fardeau économique des traumatismes routiers est énorme; le coût des accidents de la route en 2000 est estimé à 2,6 milliards de dollars.

### *Nombre de blessés en hausse*

Malgré une tendance à la baisse du nombre de blessés de la route au début des années 1990, plus récemment, c'est à une hausse que l'on assiste. De 1998 à 2003, le nombre annuel de blessés de la route a augmenté de 20 % au Québec (pour se situer à 56 516 en 2003), alors que la population n'a augmenté que de 3 %.

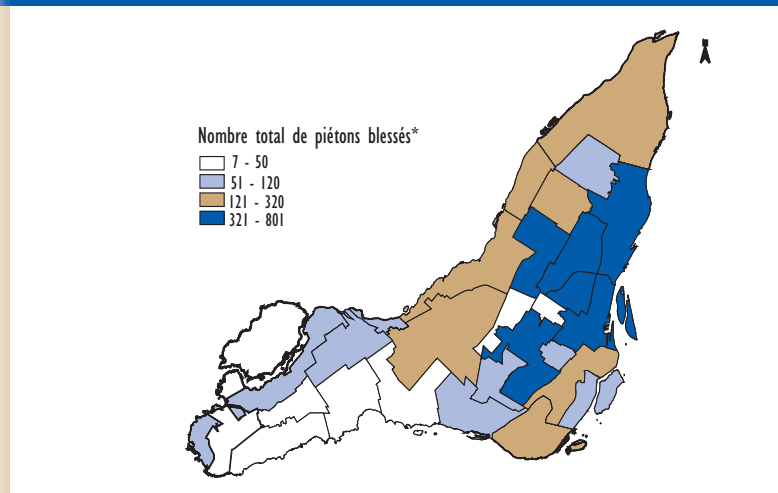
### *Gravité des blessures chez les piétons*

L'énergie d'un véhicule en mouvement, qui dépend de sa masse et de sa vitesse, pose un risque particulier aux piétons. En effet, contrairement aux occupants de véhicules à moteur, ils ne bénéficient pas d'équipements de protection. Par conséquent, en cas de collision, la probabilité de blessures graves ou de décès chez les piétons est plus élevée. Ainsi, en 1999-2001, les piétons représentaient 15 % de l'ensemble des blessés de la route, mais une proportion bien plus élevée d'hospitalisations (28 %) et de décès (40 %). Enfin, les piétons sont – en moyenne – hospitalisés plus longtemps par suite de blessures que les passagers de véhicules.

### *Davantage de collisions et de blessures dans les quartiers centraux*

Sur l'île de Montréal, on observe une concentration des collisions avec blessés dans les quartiers centraux dont la moitié survient dans six arrondissements : Ville-Marie; Villeray - St-Michel - Parc-Extension; Mercier - Hochelaga - Maisonneuve; Ahuntsic - Cartierville; Rosemont - Petite-Patrie; Côte-des-Neiges - Notre-Dame-de-Grâce. La figure 5 illustre la distribution des piétons blessés selon l'arrondissement.

Figure 5  
Répartition des piétons blessés\* dans les arrondissements montréalais, 1999-2003



\* Victimes d'une collision routière ayant entraîné une intervention ambulancière.  
Source : Urgences-santé. Production cartographique : Marie-Soleil Cloutier

Dans chaque arrondissement, en outre, les collisions avec blessés présentent une grande dispersion géographique, chaque site de collision ne comptant que peu de blessés dans la plupart des cas. Par exemple, dans l'arrondissement Ville-Marie, on dénombre plus de 250 intersections où des piétons ont été blessés sur une période de cinq ans (1999-2003).

### *À Montréal, les piétons et les pauvres sont les plus touchés*

Comme pour la majorité des problèmes de santé, la répartition des blessés de la route va de pair avec la pauvreté. Selon une étude montréalaise publiée en 1990, le taux de blessures résultant d'une collision est quatre fois plus élevé pour les enfants vivant dans les quartiers les

plus pauvres; pour les jeunes piétons, ce taux est six fois plus élevé. D'une part, les pauvres se déplacent davantage à pied et en transport en commun et, d'autre part, ils habitent plutôt dans des quartiers et des rues où le volume et la vitesse de la circulation automobile sont plus élevés.

### *Facteurs en cause dans les collisions*

On distingue habituellement trois grandes catégories de facteurs en cause dans l'occurrence de collisions avec blessés : les facteurs individuels, les véhicules et l'environnement.

Du côté des facteurs individuels, les plus connus sont sans doute l'excès de vitesse, la conduite en état d'ébriété, le port de la ceinture de sécurité et le respect du Code de la sécurité routière. Il faut souligner que ces comportements ne relèvent pas seulement de choix personnels. La vitesse, par exemple, est liée à la perception du risque d'accident, à la puissance du véhicule, mais aussi à l'intensité de la surveillance policière, à la signalisation, à l'aménagement des rues...

En outre, les véhicules ne sont pas tous également sécuritaires – en dépit des dispositifs de sécurité obligatoires – comme le révèle la grande variation des taux de décès selon le modèle de véhicule et les résultats aux essais de choc (crash test). Contrairement à une opinion bien répandue, les véhicules plus gros et plus lourds ne sont pas toujours les plus sécuritaires. À la fin des années 1990, les taux de décès étaient plus élevés pour les conducteurs du VUS le plus vendu au Canada (d'un poids d'environ 1 700 kg) que pour les conducteurs de la voiture la plus vendue (environ 1 060 kg). De plus, par rapport aux voitures intermédiaires ou aux grandes berlines, les VUS et les camions légers entraînent deux à quatre fois plus de décès chez les autres conducteurs. Enfin, lors d'une collision avec un piéton, même à vitesse basse ou moyenne, la probabilité de blessures graves ou de décès est plus forte s'il s'agit d'un VUS.

Il existe de nombreux facteurs environnementaux de première importance pour la sécurité de tous les usagers de la route : les politiques publiques, le mode de transport utilisé, le volume et la vitesse de déplacements en automobile, la qualité des aménagements urbains.

## **STRATÉGIES DE PRÉVENTION<sup>2</sup>**

La nécessité de diminuer l'impact des activités de transport sur l'environnement et sur la santé publique fait à présent l'objet d'un consensus clair entre les acteurs socio-économiques et sanitaires. Cet objectif fait appel à deux approches complémentaires :

- diminuer le nombre de déplacements en automobile et favoriser les moyens de transport alternatif, notamment le transport en commun et le transport actif;
- réduire les impacts sanitaires des véhicules en circulation.

Nous présentons ici un survol des moyens pour diminuer l'impact sanitaire du transport.

### *Soutenir le transport en commun par un financement adéquat*

Il faut rappeler qu'un financement adéquat est essentiel pour maintenir le transport en commun (TC) et développer de nouvelles infrastructures. En période de pointe le matin, selon l'enquête Origine-Destination 2003, le travail et les études motivent 80 % des déplacements dans la région : si le TC pouvait satisfaire ces besoins, cela contribuerait de façon très marquée à l'objectif de réduire le nombre de déplacements en automobile.

### *Favoriser le transport en commun et le transport actif par des mesures d'aménagement urbain*

La planification de l'aménagement urbain qui favorise le transport alternatif à l'automobile repose sur deux principes de base interreliés : la croissance intelligente (densification des

*2 En plus des stratégies de prévention globales présentées ici, d'autres stratégies spécifiques au secteur du transport des marchandises doivent être élaborées, mais cette discussion dépasse le cadre de la présente publication.*

secteurs; mixité des quartiers; intégration des espaces verts, etc.) ainsi que le développement axé sur le transport en commun et le transport actif. Le pivot de cet aménagement est une gare de transport en commun (train, métro) autour de laquelle gravitent les éléments résidentiels et commerciaux qui forment le cœur du développement.

### *Instaurer d'autres mesures favorisant le transport en commun et le transport actif*

Favoriser des modes de transport autres que l'automobile passe aussi par des politiques de stationnement cohérentes. Ces mesures sont multiples, notamment : réduction et tarification du stationnement dans les quartiers centraux, stationnements incitatifs aux abords des gares et des stations du métro... Pour ce qui est du trajet entre le domicile et le lieu de travail, les programmes employeurs ont de bonnes retombées, soit en encourageant le covoiturage et le recours au transport en commun, soit en facilitant les déplacements non motorisés, par l'installation de supports à vélo, de casiers et de douches, etc.

### *Développer un réseau de transport sécuritaire et convivial pour tous*

Le réseau du transport doit aussi être sécuritaire pour tous les usagers de la route. Une excellente façon d'y arriver consiste à adopter des moyens d'apaisement de la circulation, notamment en réduisant et en ralentissant le trafic motorisé.

La sécurité suppose aussi de meilleures infrastructures pour piétons et cyclistes, comme une signalisation et un éclairage adéquats ainsi qu'un entretien des infrastructures en toute saison. Établir des trajets de transport plus sécuritaires pour les aller-retour à l'école aiderait aussi les jeunes à développer des habitudes de transport actif. On sait aussi que les rues piétonnières, les traversées piétonnes sécuritaires, les trottoirs en saillie, les zones de 30 km/h favorisent la marche. Pour le vélo, diverses mesures sont à envisager, comme l'amélioration du réseau de voies cyclables et

l'installation d'équipements publics pour les cyclistes.

Enfin, il s'agirait d'adopter des mesures pour promouvoir le respect du Code de la sécurité routière, c'est-à-dire, outre la surveillance policière et les sanctions (amendes), des aménagements urbains adéquats, l'éducation des automobilistes, des cyclistes et des piétons, etc.

### *Rendre les véhicules plus sécuritaires et diminuer leurs émissions de polluants et de gaz à effet de serre*

Tout un train de mesures s'applique aux véhicules eux-mêmes pour les rendre plus sécuritaires et diminuer leurs émissions de polluants et de GES. D'abord, il faudrait orienter la production et l'achat des véhicules vers des modèles moins énergivores, moins polluants et plus sécuritaires. Pour y arriver, plusieurs mesures publiques s'imposent, notamment :

- renforcer la réglementation sur les émissions, autant pour les automobiles que pour les camions légers (VUS);
- instaurer un programme d'inspection et d'entretien portant sur l'ensemble du parc automobile;
- adopter des incitatifs financiers significatifs pour les acheteurs de véhicules peu polluants;
- lancer des campagnes d'éducation pour modifier les habitudes d'achat de véhicules et pour tenter d'atténuer l'impact des stratégies commerciales des fabricants.

## CONCLUSION

S'il est indéniable que les transports jouent un rôle central dans nos sociétés modernes, en contrepartie, il faut constater que leur impact sur l'environnement et la santé est majeur. C'est pourquoi il est devenu crucial de tenir compte de ces impacts dans la planification des transports. Dans une perspective plus large, à l'échelle mondiale, la promotion du transport en commun et des transports actifs présente en outre l'avantage de contribuer à réduire notre dépendance envers les combustibles fossiles, ce qui, par ailleurs, n'est pas sans impact économique et politique.

## QUELQUES RÉFÉRENCES

- Agence métropolitaine de transport, 2004; *Enquête Origine-Destination 2003*, Faits saillants.
- Breton, M.-C. et coll., 2005; Association entre les concentrations polliniques de l'*Ambrosia* spp. et les consultations pour rhinite allergique à Montréal; soumis pour publication.
- Brunekreef, B., Holgate, S. T., 2002; Air pollution and health, *The Lancet*; 360, p. 1233-1242.
- Frank, L., Andersen, M. A., Schmid, T. L., 2004; Obesity relationships with community design, physical activity and time spent in cars, *Am. J. Prev. Med.*; 27(2); p. 87-96.
- Hoek, G., Brunekreef, B., Goldbohm, S. et coll., 2002; Association between mortality and indicators of traffic-related air pollution in the Netherlands: a cohort study, *The Lancet*, 360, p. 1203-1209.
- Hu, G., Pekkarinen, H., Hanninen, O. et coll., 2002; Relation between commuting, leisure time physical activity and serum lipids in a Chinese urban population, *Annals of Human Biology*, 28(4), p. 412-21.
- Judek, S., Jessiman, B., Steib, D., 2005; *Estimation de la surmortalité causée par la pollution atmosphérique au Canada*, Santé Canada, 11 p.
- Kunzli, N., Kaiser, R., Medina, S. et coll., 2000; Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment, *The Lancet*, 356 (9232), p. 795-801.
- Morency P., Cloutier M.S., 2005; *Distribution géographique des blessés de la route sur l'île de Montréal; cartographie pour les 27 arrondissements*. Direction de santé publique de Montréal, 158 p.
- Nolin, B., Prud'homme, D., Godin, G. et coll., 2002; *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Institut national de santé publique du Québec, Institut de la statistique du Québec, Kino-Québec.
- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D. et coll., 2004; *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, OMS, Genève, 256 p.
- Smargiassi, A. et coll., 2005; *Traffic intensity, dwelling value and hospital admissions among the elderly for respiratory diagnoses in Montreal (Canada): a case control study*, soumis pour publication.
- Société de l'assurance-automobile du Québec, 2005; *Dossiers statistiques - accidents, parc automobile, permis de conduire : bilan 2004*.

## Rapport synthèse

La série **Rapport synthèse** met en relief les faits saillants des principales études, recherches, projets d'intervention ou promotion réalisés dans les différents domaines de la santé publique.

Une publication de la  
**Direction de santé publique de Montréal**

Une réalisation du secteur  
**Environnement urbain et santé**

1301, Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : (514) 528-2400  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

**Responsable du secteur** : D<sup>r</sup> Louis Drouin

**Édition** : Deborah Bonney

**Rédacteurs** : Norman King, Patrick Morency,  
Lucie Lapierre

**Collaborateurs** : D<sup>r</sup> Louis Drouin, Francine Hubert,  
D<sup>r</sup> Louis Jacques, Audrey Smargiassi

**Infographie** : Manon Girard

**Révision** : Solange Lapierre

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2005  
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISSN (version imprimée) : 1715-3085  
ISSN (version en ligne) : 1715-3093

Numéro de convention : 40005583



Le 22 novembre 2005

## **ERRATUM**

Contrairement à ce qu'on peut lire dans le paragraphe d'introduction du présent rapport synthèse sur « Les impacts du transport sur la santé publique », le document d'appui qu'il résume n'a pas été publié sous la forme annoncée et ne peut donc pas être commandé à notre centre de documentation. En effet, l'importance du sujet pour la santé des Montréalais et le débat public qui continue de sévir autour d'enjeux spécifiques comme la modernisation de la rue Notre-Dame et le prolongement de l'autoroute 25 via un pont sur la rivière Des Prairies versus le développement de l'offre de service en transport public, aura amené le directeur de santé publique du territoire, Docteur Richard Lessard, à prendre la décision d'en faire le sujet de son 8<sup>e</sup> rapport annuel sur la santé de la population montréalaise qui sera disponible vers la fin du mois de mars 2006. La sortie du rapport annuel 2006 devrait précéder de peu la tenue d'un colloque régional sur le sujet. Ce n'est donc que partie remise!

**Jean-Luc Moisan**  
**Responsable de l'Information**

**Agence  
de développement  
de réseaux locaux  
de services de santé  
et de services sociaux**

**Québec**  
Montréal



Santé publique