



CHU Sainte-Justine

*Pour une approche de développement durable
visant à enrichir la vie de Côte-des-Neiges*

Mémoire de Projet Montréal relatif à l'aménagement et au
développement du CHU Sainte-Justine



Présenté à l'Office de consultation publique de Montréal

12 mars 2007

Projet Montréal est un parti politique municipal populaire, financé, contrôlé et orienté par sa base, dans une démarche de démocratie participative. Ses membres proposent à la population montréalaise de se réunir autour d'un projet de développement urbain équitable et durable enthousiasmant visant à construire l'avenir de Montréal.

À l'élection municipale de novembre 2005, Projet Montréal a recueilli 9 % du vote populaire et fait élire un candidat, Richard Bergeron, le chef du parti. Celui-ci siège au conseil municipal à titre de conseiller de Ville du district de De Lorimier, arrondissement Le Plateau Mont-Royal.

Le contenu du présent document n'engage que Projet Montréal.

Contenu

Introduction	4
La mission de Sainte-Justine	
Une conception élargie de la santé	5
Santé et aménagement durable	6
Long terme : santé et réchauffement planétaire	7
Transport actif et circulation douce	7
Cent fois sur le métier	8
Le stationnement	
Facteurs favorisant l'utilisation du transport collectif	8
Le Gouvernement du Québec investit plutôt dans le stationnement	10
En plus qu'il s'apprête à subventionner les automobilistes qui	12
Prioriser l'accessibilité par transport collectif	13
Recommandations	16

Annexe

Louis-Gilles Francoeur, *Le réchauffement du climat fera 500 morts de plus au Québec*, Le Devoir, 23 février 2007.

Introduction

Préoccupé par les enjeux démocratiques et environnementaux à la Ville de Montréal, Projet Montréal souhaite que les grands projets institutionnels, tel l'hôpital Sainte-Justine, résultent d'une réflexion collective plutôt que de demeurer la chasse-gardée des *experts*. Dans la pratique, cela signifierait de consulter et d'impliquer la population dès les toutes premières étapes de développement d'un projet.

Nous sommes convaincus que l'implication citoyenne *en amont* est la meilleure façon, d'une part, d'assurer l'intégration d'un projet au milieu et, d'autre part, de susciter un degré d'adhésion satisfaisant au sein de la population. Concernant le second point, la consultation met à profit les compétences des citoyens, atténuant par le fait même les divergences et confrontations avec les groupes de pression ou d'intérêt.

C'est du reste ce que propose le *Guide des promoteurs*¹, préparé conjointement par le Chantier sur la démocratie et l'Office de consultation publique de Montréal. Le guide est à nos yeux un excellent outil, soulignant avec pertinence que « ...c'est souvent au moment de la consultation publique, dictée par des obligations légales, que les citoyens sont en mesure d'exprimer, pour la première fois, leurs préoccupations sur un projet. Or, lorsqu'ils émettent des réserves ou des objections à cette étape, il peut s'avérer plus difficile d'en tenir compte pour les promoteurs car le projet est presque finalisé. Il a déjà fait l'objet d'analyses approfondies et des sommes parfois importantes ont été engagées pour la réalisation d'études, la production de plans, etc ».

La démarche de réflexion et de conception collective en amont suggérée par le guide assurera l'émergence de projets soutenus par la communauté et ne campera plus les citoyens ou les organismes communautaires dans des positions de contestation. On maximisera ainsi les chances d'atteindre un développement coopératif et harmonieux de la ville.

Force est de constater que cela n'a pas été fait avec le projet de développement de l'hôpital Sainte-Justine. Suivant un processus des plus *classiques*, les citoyens sont invités à réagir et donner leur avis sur un projet pour ainsi dire définitif. Dès lors, tout au plus pouvons-nous espérer parvenir à changer un détail ici ou là.

Le développement de l'hôpital Sainte-Justine est une autre occasion ratée. Pour l'avenir, Projet Montréal propose l'utilisation du guide pour tous les projets et tous les promoteurs et ce, dans le respect de l'article 5 de la Charte des droits et responsabilités de la Ville de Montréal² se lisant comme suit : « *La participation des citoyennes et des citoyens aux affaires de la Ville contribue au renforcement de la confiance envers les institutions démocratiques, au renforcement du sentiment d'appartenance à la ville ainsi qu'à la promotion d'une citoyenneté active* ».

¹ Sommet de Montréal et OCPM, *L'interaction avec le public : guide pratique à l'intention des promoteurs privés, publics ou communautaires*, Ville de Montréal, juin 2005, 29 pages.

² *Charte montréalaise des droits et responsabilités*, Ville de Montréal, adoptée par le conseil municipal le 20 juin 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006.

On ne peut au stade actuel que se désoler que la population n'ait pas été impliquée plus tôt dans le processus de planification de Sainte-Justine, sans rien pouvoir y changer. Il en va tout autrement concernant l'incitation à l'usage accru de l'automobile par le biais d'une offre abusive de stationnements, puisqu'il demeure tout à fait possible de corriger cette lacune du projet.

Pour bien saisir la nature de cet enjeu, il faut commencer par s'intéresser à l'évolution récente de la mission même du système de santé au Québec.

La mission de Sainte-Justine

Une conception élargie de la santé

Sainte-Justine est depuis 2003 l'un des cinq centres hospitaliers universitaires qui participent au réseau universitaire intégré de santé (RUIS) du Québec. Les cinq centres relèvent des universités de Laval (CHUQ), de Sherbrooke (CHUS), de McGill (MUHC/CUSM) et de Montréal (CHUM). Sainte-Justine (CHUME) est le seul dédié à l'enfance.

La mission d'un centre hospitalier universitaire (CHU) comporte quatre dimensions distinctes : soins, enseignement, recherche, évaluation des technologies.

Récemment une 5^e dimension fut inscrite dans la mission des CHU : la prévention et la promotion de la santé. Cette inscription est en lien avec le mouvement international *Hôpitaux promoteurs de santé* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pour Sainte-Justine, la mission du centre hospitalier universitaire : « *peut être résumée par le cycle suivant : recherche, **prévention**, soins, réadaptation et retour dans le milieu familial* », déclara le président de la Fondation de Sainte-Justine Pierre Beaudoin, le 9 février 2007.

Pierre Beaudoin précisa au départ des célébrations du 100^e anniversaire que « *la fondation doit maintenant assurer le financement des grands axes d'excellence de Sainte-Justine qui lui permettront de faire un autre bond en avant. Les six axes retenus par notre Centre Hospitalier Universitaire sont la périnatalité, le neuro développement, l'hémato-immuno-oncologie, la cardiologie, le musculo-squelettique et la **prévention et promotion de la santé*** ».

Pour l'Organisation mondiale de la santé, « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³.

La conception de la santé retenue dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, met l'accent sur la capacité des individus d'agir sur leur environnement : « *Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir*

³ Organisation mondiale de la santé, *La définition de la santé de l'OMS*, 2003

les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »⁴.

Afin de dissocier la promotion de la santé du cadre strict de la médecine, la définition de la santé de l'OMS pertinente avec celle du ministère de la Santé, serait celle adoptée par l'Institut Santé et société de l'UQAM : « *Une expérience de bien-être physique et mental et la capacité d'agir sur son milieu, de participer pleinement à la vie sociale et communautaire* »⁵.

Pour notre part, nous saluons avec enthousiasme cette nouvelle approche écosystémique qui remet l'humain au centre des préoccupations, reconnaît son influence sur l'environnement et centre ses interventions sur la capacité d'une collectivité et de ses dirigeants de gérer et d'améliorer le bilan de santé global de la population.

Santé et aménagement durable

Le pouvoir du ministère de la Santé et des services sociaux en prévention et en promotion de la santé repose sur l'article 54 de la Loi sur la santé publique. L'article 54 stipule que : « *Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population* ».

Selon le Guide pratique qui explique la loi : « *L'approche de la santé de l'OMS ou du gouvernement québécois implique nécessairement des secteurs autres que la santé : **transports**, alimentation, **aménagement du territoire**, sécurité du revenu, etc. Ces définitions mettent donc en relief le fait que tous les secteurs de la société doivent travailler en collaboration pour que l'état de santé de la population s'améliore, et ce, de façon durable* »⁶.

Cette extension récente au Québec du concept de santé, rend son ancrage dans l'aménagement du territoire difficile. Cette difficulté d'inclure la santé dans le processus d'évaluation des impacts environnementaux n'est pas spécifique au Québec, mais propre aux Amériques, selon Laurent Lepage, titulaire de la Chaire d'études sur les écosystèmes urbains de l'UQAM. Il précisait récemment en conférence : « *En Europe, l'évaluation des effets des projets de transport sur la santé est systématique, alors que dans d'autres pays, cette pratique est souvent négligée, faute de mécanismes institutionnels utiles* »⁷.

⁴ Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2*, 2001.

⁵ Diane Berthlet, directrice de l'ISS, citée par Le Devoir, 11 novembre 2006, H2.

⁶ Gouvernement du Québec, *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projet de loi et de règlement au Québec*, 2006.

⁷ Laurent Lepage, *L'environnement et la santé publique dans la planification des transports : comparaison entre Montréal et Sao Paulo*, 7 mars 2007, Agence métropolitaine de transport, Montréal.

Long terme : santé et réchauffement planétaire

Les impacts du réchauffement du climat sur la santé et la morbidité de la population du Québec a fait l'objet d'une étude diffusée récemment sur le site du Centre Ouranos⁸. Selon l'un des directeurs de l'étude, le Dr Pierre Gosselin de l'Institut national de santé publique, à long terme la surmortalité induite par le réchauffement, avec 500 morts de plus par année, « *va pratiquement rejoindre le niveau des accidents routier* »⁹.

Concernant les impacts du réchauffement sur le CHU Sainte-Justine, nous devons attendre que le Dr Gosselin finalise la nouvelle étude sur les impacts du réchauffement climatique sur les services hospitaliers. Il faut prévoir, par exemple, que les épisodes de morbidité vont se produire durant les vacances estivales du personnel. Il faudra de plus revoir la médication des patients, car ceux-ci réagissent différemment à la chaleur, ce qui va exiger d'ajuster les dosages et de former le personnel en conséquence, rapportait le journaliste Francoeur.

Transport actif & circulation douce

Une des clés pour inverser le processus létal envisagé, implique pour le l'hôpital Sainte-Justine, une compréhension inclusive de la santé et de sa mission.

Actuellement, en lien avec l'Organisation mondiale de la santé, le réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé est en voie de constitution. Le plan d'action du réseau montréalais repose sur trois priorités : anti-tabagisme, alimentation saine, exercice physique.

L'exercice physique promu doit être entendu au sens large, car la vie quotidien ne le favorise aucunement. L'un des domaines prioritaires d'interventions est le transport des personnes, car il y a là un gain appréciable et rapide à aller chercher sous forme de transport actif. Le transport actif combine au quotidien la marche, le vélo et l'usage du transport en commun.

En 2006, lors du colloque de la Direction de la santé publique (DSP) soulignant le rapport annuel *Le Transport urbain, une question de santé*¹⁰, la direction a enjoint à « *dissuader le recours à l'automobile* » (p. 107), soulignant que « *la réduction du flot d'automobiles représente un gain net pour la collectivité : moins de pollution, moins d'accidents, moins de congestion* » (p. 108).

La DSP propose une diminution de 20% de l'usage de l'auto-solo, en quinze ans. Un objectif aussi ambitieux suppose une application immédiate à travers le réseau de la santé et des services sociaux, l'un des plus grands employeurs de Montréal. Comme le dit si bien son slogan ***50/50 en***

⁸ Bernard Doyon, Diane Bélanger, Pierre Gosselin, *Effets du climat sur la mortalité au Québec méridional de 1981 à 1999 et simulations pour des scénarios climatiques futurs*, Direction risques biologiques, environnementaux et climatiques - INSP, décembre 2006

⁹ Tel que cité par Louis-Gilles Francoeur, *Le réchauffement du climat fera 500 morts de plus au Québec*, Le Devoir, 23 février 2007. Article reproduit en annexe du présent document.

¹⁰ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, *Le transport urbain, une question de santé : rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise*, 2006, 132 pages.

2020, la DSP recommande qu'à l'horizon 2020 les déplacements dans la région montréalaise se répartissent ainsi : 50% en auto-solo, 30% en transport en commun, 20% en transport actif.

La réalisation de l'objectif 50/50 repose sur un aménagement durable du territoire, lequel, pour l'essentiel, repose lui-même sur la circulation douce.

Cent fois sur le métier...

Le réaménagement proposé du site de Sainte-Justine n'a à l'évidence pas tenu compte du Rapport annuel 2006 de la Direction de la santé publique : *Le transport urbain, une question de santé*. L'hôpital Sainte-Justine n'a pas non plus réalisé pour son projet d'agrandissement une évaluation d'impact sur la prévention et la promotion de la santé, comme le prescrit pourtant l'article 54 de la Loi sur la santé publique.

Tout au contraire, par le biais d'une offre abusive d'espaces de stationnement, le projet incite puissamment à l'utilisation plus intensive de l'automobile et ce, tout particulièrement auprès du personnel hospitalier, lequel représente 80 % des déplacements à destination de l'hôpital.

La suite du présent mémoire visera précisément à convaincre les décideurs de la pertinence de procéder à cette correction. Cent fois sur le métier, remettez votre ouvrage.

Grâce à l'approche de développement durable que nous mettrons de l'avant, la qualité de vie au pourtour de l'hôpital Sainte-Justine et, plus généralement, dans cette partie de l'arrondissement Côte-des-Neiges ne sera pas amoindrie par la réalisation du projet, mais au contraire enrichie.

Le stationnement

Facteurs favorisant l'utilisation du transport collectif

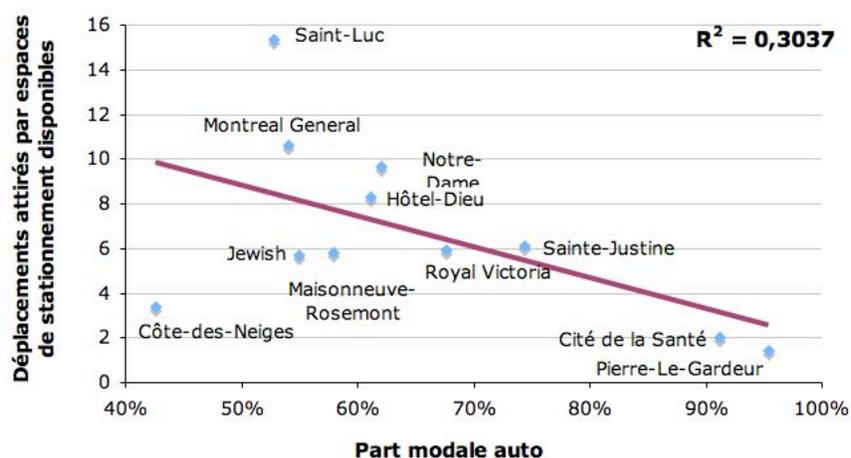
La qualité de l'accessibilité par transport collectif et le nombre d'espaces de stationnement disponibles sur place sont les deux facteurs ayant le plus d'influence sur la répartition modale des déplacements vers une destination donnée.

Les hôpitaux montréalais illustrent bien l'influence du premier facteur. 40 % des gens ayant à se rendre à un hôpital pratiquement construit au-dessus d'une station du métro recourent au transport collectif (Côte-des-Neiges, Saint-Luc). Dès qu'on s'éloigne de quelques centaines de mètres du métro, la proportion baisse à 30 % (Notre-Dame, Hôtel-Dieu, Royal-Victoria). Si en plus du métro il faut prendre l'autobus, ce ne sera plus que 20 % (Sainte-Justine, Maisonneuve-Rosemont). Lorsque l'hôpital est excentré, tout en demeurant assez bien desservi par autobus, ce sera plutôt 10 % (Institut de cardiologie, Sacré-Cœur). Enfin, la part modale du transport collectif à destination des hôpitaux de banlieue pourra ne pas dépasser 1 % (Sainte-Anne-de-Bellevue, Le Gardeur, Cité de la santé, Pierre-Boucher).

Actuellement, aucun hôpital montréalais n'est accessible directement à partir du métro, via le réseau souterrain, ce qui est un avantage très prisé des Montréalais, en hiver tout particulière-

Relation entre le nombre de stationnements offerts par un hôpital et le profil de mobilité des personnes ayant à s'y rendre

Hôpital	Espaces de stationnement	Déplacements attirés / jour	Part auto 1993	Part TC 1993	Déplacements par espace
	A	B			C = B/A
Côte-des-Neiges	330	1 121	42,6%	40,6%	3,4
Saint-Luc	280	4 300	52,8%	37,7%	15,4
Montreal General	615	6 514	54,0%	34,0%	10,6
Royal Victoria	1 177	6 711	55,0%	32,8%	5,7
Jewish Hospital	1 287	7 503	58,0%	29,7%	5,8
Hôtel-Dieu	580	4 825	61,1%	32,1%	8,3
Notre-Dame	704	6 800	62,1%	27,9%	9,7
Maisonneuve-Rosemont	1 800	10 720	67,6%	21,7%	6,0
Sainte-Justine	990	6 047	74,4%	21,2%	6,1
Cité de la Santé	1 850	3 752	91,2%	4,3%	2,0
Pierre-Le-Gardeur	1 830	2 500	95,4%	0,5%	1,4



Source : Données MADITUC, générateurs de déplacement, année 1993 (non repris avec les enquêtes O-D 1998 et 2003). Calcul des espaces de stationnement offerts et traitement par Projet-Montréal, octobre 2006.

ment. Les plus récentes statistiques disponibles montrent qu'au centre-ville, les immeubles à bureau, établissements d'enseignement et galeries commerciales en accès direct au métro ont, en moyenne, une part modale transport collectif de 55 %.

Concernant le second facteur, des études européennes autant qu'américaines¹¹ ont montré que 90 % des personnes disposant à la fois d'une automobile et de transports collectifs à proximité de leur domicile recourent à la première lorsque le stationnement est assuré à destination, contre 40 %, en moyenne, lorsqu'il ne l'est pas. Plus près de nous, si la moitié des 10 500 personnes ayant à se rendre chaque jour à la Place Ville-Marie le font par transport collectif, cela est aussi dû au fait que ce grand ensemble ne compte en propre que 550 espaces de stationnement. Les cinq pavillons initiaux de l'UQAM (Carré-Phillips, ETS, Gestion, Hubert-Aquin et Judith-Jasmin) n'offrent pour leur part pratiquement pas de facilités de stationnement, ce qui contribue fortement à ce que 70 % des 18 200 personnes à s'y rendre jour après jour optent pour le

¹¹ Voir l'excellent numéro thématique de Transport Public, *Six propositions pour limiter l'usage de la voiture en ville*, No. 983, juillet-août 1999. On consultera aussi le TCRP Report 40, *Strategies to Attract Auto Users to Public Transportation*, National Academy Press, Washington, D.C., 1998.

transport collectif. De manière plus générale, si 120 des 230 mille personnes venant chaque matin travailler ou étudier au centre-ville le font par transport collectif, cela tient en large partie à ce que l'offre globale de stationnement y est limitée à 100 000 places.

Pour revenir aux hôpitaux, on constate au tableau et à la figure de la page précédente que la quantité d'espaces de stationnement offerts sur le site même de l'hôpital a lui aussi un impact certain sur le profil de mobilité de ceux qui s'y rendent.

Si l'on souhaite favoriser l'utilisation du transport collectif, l'équation gagnante consiste à combiner l'effet de ces deux facteurs, c'est-à-dire à soigner autant que faire se peut l'accessibilité autant que la qualité de l'accueil par transport collectif, tout en limitant l'offre de stationnement.

Le Gouvernement du Québec investit plutôt dans le stationnement

Au cours des deux ou trois dernières décennies, tous les espaces verts ou vacants qui entouraient les établissements hospitaliers montréalais ont graduellement été asphaltés et dédiés au stationnement. C'est ainsi qu'un site comme Maisonneuve-Rosemont, qui comptait tout au plus 600 espaces de stationnement en 1980, en compte aujourd'hui 1 800. Bientôt, en vertu d'un récent échange de terrains avec la Ville de Montréal, le total sera porté à 2 000. À Sainte-Justine, l'exploitation de chaque mètre carré de terrain disponible a graduellement permis d'aménager 990 places. C'est toutefois l'hôpital Royal Victoria qui emporte la palme du genre, puisqu'en exploitant chaque mètre carré de terrain disponible et en rognant petit à petit le Mont-Royal, on est parvenu à y implanter tout près de 1 200 places de stationnement.

Investissement du Gouvernement du Québec dans le stationnement à la faveur des trois grands projets hospitaliers en cours de réalisation

	Nombre initial de places*	Nombre de places prévues au projet	Coût unitaire de construction	Investissement dans la fonction stationnement
		A	B	C = A * B
CHUM - Centre-Ville	280	1 174	53 125 \$	62 368 750 \$
CUSM - Glenn	1 177	2 700	25 000 \$	67 500 000 \$
Sainte-Justine	990	1 800	35 000 \$	63 000 000 \$
Total des trois	2 447	5 674	33 992 \$	192 868 750 \$
		3 227		

* St-Luc dans le cas CHUM, Royal Victoria dans celui du CUSM.

Le Gouvernement du Québec entend profiter des trois grands projets hospitaliers en cours pour en quelque sorte *régulariser* cette question du stationnement. On voit au tableau que les 2 447 places ou pseudo-places présentement disponibles dans les établissements visés seront remplacées par 5 674 places en bonne et due forme. S'agissant quasi uniquement de stationnements intérieurs, leurs coûts de construction sont élevés, variant de 25 000 \$ par place au

site Glenn à plus du double au 1 000 St-Denis, là où il faudra excaver cinq étages dans le roc solide. Considérant le nombre de places annoncées pour chaque site, c'est dans chaque cas plus de 60 millions de dollars (M\$) que le Gouvernement du Québec investira dans la fonction stationnement, pour un investissement global approchant 200 M\$.

Chacun sait l'âpreté des débats qu'a soulevé la décision de Québec d'aller de l'avant avec le pont de l'A-25, au coût estimé de 325 M\$. Par comparaison, l'intention gouvernementale d'investir à hauteur de près de 200 M\$ dans la fonction stationnement passe pratiquement inaperçue. C'est que dans ce second cas, le tout est présenté non pas comme un investissement dans une infrastructure de transport, mais bien de santé.

Le motif invoqué pour justifier que tant d'argent soit mis dans les stationnements d'hôpitaux est la compétition entre hôpitaux pour attirer du personnel qualifié, tout particulièrement des infirmières, lesquelles auraient prétendument fait de la garantie de disposer d'un espace de stationnement à faible prix un critère d'acceptation ou de refus d'un poste dans un hôpital. Est-il nécessaire de préciser qu'à ce jeu, c'est la Cité de la Santé, à Laval, avec 1 850 places de stationnement et assez d'espace pour doubler ce nombre en un rien de temps, qui sert d'étalon universel. On pose donc la question de l'accessibilité à des hôpitaux situés pour l'un en plein centre-ville, pour les deux autres à sa périphérie immédiate, littéralement au cœur du réseau de transport collectif de la région métropolitaine dans les trois cas, en prenant pour référence, et d'une certaine façon pour modèle, un hôpital qui, autant par sa localisation que par son aménagement, est un pur produit du mode de vie banlieusard centré sur l'automobile. « *Si nous voulons garder nos infirmières, nous n'avons pas d'autre choix que de leur offrir des stationnements. Sinon elles s'en iront travailler à Laval, Boucherville ou Lachenaie* », de dire unanimement les responsables politiques.

L'autre réplique que suscite l'idée de limiter le nombre de places de stationnement à un hôpital est : *Et la femme en contractions, voudrait-on l'obliger à se rendre à l'hôpital en autobus ou en métro ?* Le nombre annuel de naissances sur l'ensemble du Québec tournant autour de 80 000, les déplacements vers les nouveaux établissements universitaires montréalais de femmes sur le point d'accoucher ne pourront excéder deux ou trois mille par an. Cinq à dix espaces réservés de stationnement à chaque établissement leurs suffiraient largement...

L'État ne doit pas encourager les travailleurs de la santé à utiliser leur automobile, une règle qui vaut autant pour le médecin spécialiste ou l'étudiant en médecine que pour le préposé aux bénéficiaires ou l'employé de buanderie. De même pour les patients et accompagnateurs, chaque fois que la chose est possible. À l'ère du développement durable, nous sommes d'avis que Québec doit renoncer à ajouter 3 227 places de stationnement aux trois hôpitaux visés.

Le renoncement à ces milliers de places de stationnement réduirait la facture des nouveaux établissements de 110 M\$ environ, tout en permettant de réduire de plusieurs mois la durée des chantiers. Que cet argent et ces énergies soient consacrés à des fonctions mieux conformes à la mission d'un hôpital et, plus généralement, aux priorités affichées du Gouvernement du Québec.

En plus qu'il s'apprête à subventionner les automobilistes

Deux facteurs contribuent à déterminer le niveau de consommation d'un bien ou d'un service : la quantité disponible et le prix. Si un bien ou service est abondant et peu cher, il sera consommé en quantité. Abondant mais cher, il le sera beaucoup moins. Rare et cher, il ne sera consommé que par une petite élite parmi les consommateurs.

Il est étonnant de constater qu'aucune des études de circulation et de stationnement réalisées dans le cadre de la planification des nouveaux établissements hospitaliers ne dit mot du prix du stationnement pour l'utilisateur¹². Ces études se limitent à déterminer que tant de milliers de personnes aimeraient bien disposer d'un stationnement à destination, idéalement sur le site même de l'hôpital visité et, en conséquence, que le gouvernement a rien moins que l'obligation de construire ladite quantité d'espaces de stationnement.

Présentement, 38 % de ceux qui choisissent l'automobile pour se rendre à Sainte-Justine stationnent en bordure de rue. Entre 8 h et 16 h, cela représente en moyenne 550 autos, avec une pointe de 625 à 15 h. L'étude CIMA conclut à la nécessité d'ajouter 625 places de stationnement sur le site même de l'hôpital. Les auteurs de cette étude omettent toutefois de mentionner :

1. Que le stationnement en bordure de rue est gratuit. Rien n'autorise à penser que les automobilistes qui se prévalent de ces espaces gratuits, à 85 % du personnel de l'hôpital, continueraient à utiliser leur auto s'ils devaient assumer des coûts de stationnement.
2. Qu'il n'est aucunement prévu d'interdire le stationnement en bordure de rue dans tout le quartier entourant Sainte-Justine. Ainsi, même après la construction de 1 800 espaces sur le site de l'hôpital, les automobilistes conserveraient la possibilité de stationner gratuitement en bordure de rue. Sans doute qu'une très forte majorité des automobilistes concernés préférerait cela à payer pour stationner, si bien que même au plus fort de la journée, des centaines de places de stationnement sur site demeureraient vides.
3. Quel serait le prix chargé pour stationner à Sainte-Justine. On comprend aisément que la situation serait tout à fait différente suivant qu'il s'agirait d'un prix symbolique ou de complaisance, du genre 20 \$ ou 40 \$ par mois, ou de facturer le service de stationnement à son prix économique, couvrant donc l'ensemble des coûts d'investissement, de gestion et d'entretien. Le coût d'amortissement, capital et intérêt, d'un investissement immobilier varie entre 0,75 % et 1,0 % par mois, suivant le taux d'intérêt en vigueur au moment de la construction. À cela doivent être ajoutés les coûts de gestion et d'entretien. Considérant, à Sainte-Justine, un investissement de 35 000 \$ par espace de stationnement, cela conduit à un tarif économique mensuel qui ne saurait être inférieur à 300 \$ par mois¹³.

¹² Dans le cas de Sainte-Justine, il s'agit : (1) CIMA, *Étude de mobilité, Centre hospitalier Universitaire Sainte-Justine, version finale*, 1^e novembre 2006; (2) DESSAU-SOPRIN, *Mise à jour de l'étude d'impact sur la circulation et le stationnement de l'agrandissement de l'Hôpital Sainte-Justine*, novembre 2006.

¹³ Ce calcul simple permet de comprendre pourquoi depuis dix ans, le privé n'a construit aucun stationnement commercial au centre-ville : les stationnements construits le furent en sous-sol soit d'immeubles résidentiels, soit de projets publics tels la Cité du multimédia, la Cité du Commerce électronique, le Quartier international, la

Cette série de raisonnements vaut non seulement pour les employés de Sainte-Justine qui stationnent gratuitement en bordure de rue mais aussi pour ceux qui utilisent les espaces de stationnement actuels de l'hôpital, pour ceux qui recourent aux stationnements de l'École des HEC ou du Collège Jean-Brébeuf, de même que pour ceux, mais dans ce cas il s'agit tout probablement en large partie des mêmes, qui ont inscrit leur nom sur la liste d'attente de l'hôpital : leur intérêt à utiliser les futurs espaces de stationnement de Sainte-Justine sera fonction de leur prix et de la possibilité, ou non, de stationner gratuitement ou pour moins cher à proximité immédiate de l'hôpital.

Si le Gouvernement du Québec construit à Sainte-Justine une capacité de stationnement de l'ordre de 1 800 places, il devra pratiquer des tarifs faibles d'une part pour reconduire les *droits acquis* des employés à des tarifs de complaisance, d'autre part pour ne pas perdre la face, c'est-à-dire pour que ces stationnements ne demeurent pas continuellement vides. En d'autres mots, **en offrant 1 800 places de stationnement, Québec s'engage à en subventionner l'utilisation pour des décennies** (jusqu'à l'extinction de l'emprunt contracté pour leur construction). Comble de l'odieux, la subvention de plusieurs centaines de dollars par mois à chaque automobiliste utilisateur sera versée à même le budget de la santé.

Pour conclure, nous recommandons de revoir le projet proposé de façon, d'une part, à limiter à 800 espaces l'offre de stationnement sur le site de Sainte-Justine et, d'autre part, à adopter le principe d'une tarification suivant la valeur économique réelle du service rendu, laquelle est dans ce cas d'environ 300 \$ par mois.

Prioriser l'accessibilité par transport collectif

En 2006, à l'ère de Kyoto, du développement durable et des professions de foi à répétition en faveur des transports collectif et actifs, la réflexion gouvernementale sur la mobilité des personnes à destination d'un grand hôpital ne peut se limiter à l'évaluation du nombre de stationnements à construire.

Toute une série de questions doivent être posées. Comment serait-il approprié que les gens se rendent à l'hôpital ? Quelles raisons peut-on ou doit-on invoquer en faveur de tel mode de transport plutôt que de tel autre ? Quel programme d'investissement cela implique-t-il ? Si les solutions qui s'imposent ne correspondent pas aux valeurs sociales dominantes, comment faire que les sensibilités évoluent dans le sens désiré ? Ensuite, et c'est de loin là le plus difficile à atteindre, il faudra avoir le courage politique de mettre en œuvre les dites solutions.

Les trois grands projets hospitaliers posent avec le plus d'acuité technique et avec le plus fort contenu symbolique la réflexion à faire, en ce début de XXI^e siècle, sur la mobilité des personnes en milieu urbain. Ils constituent pour Montréal une opportunité sans égale de prendre résolument le virage des transports durables.

Grande bibliothèque ou l'UQAM. Car rentabiliser un investissement de l'ordre de 30 000 à 40 000 \$ par place suppose de pratiquer des tarifs deux à quatre fois supérieurs à ceux ayant présentement cours au centre-ville.

Pour faciliter cette réflexion, nous avons préparé la figure *Gradient des valeurs et pratiques en matière de mobilité des personnes*. Les deux extrémités du gradient sont pour l'une une société résolument pro-auto, pour l'autre une société résolument pro-transport collectif. La première entend perpétuer indéfiniment les valeurs et les modes de vie définis au milieu du dernier siècle, alors que la seconde est plus sensible aux nouvelles valeurs sociétales de ce début de XXI^e siècle, notamment en ce qui concerne les grands enjeux environnementaux. Pour faire image, on parle dans le premier cas du modèle Las Vegas (ou Atlanta, ou Phoenix, etc.), dans l'autre du modèle Munich (ou Stockholm, ou Zurich, ou Copenhague, etc.)

Gradient des valeurs et pratiques en matière de mobilité des personnes

	Société pro-auto	Société pro-transport collectif
	Perpétuation indéfinie des valeurs et du mode de vie définis au milieu du XX ^e siècle	Affirmation et mise en oeuvre des valeurs du XXI ^e siècle
	Modèle Las Vegas	Modèle Munich
Transport collectif	Mauvaise qualité / faible niveau de service Prix élevé et sans cesse croissant Image de marque déficiente Total désintéressé des employeurs	Excellente qualité / haut niveau de service Prix faible et stable Forte image de marque Implication des institutions et entreprises
Aménagement du territoire	Promotion de l'étalement urbain en tant que moteur de développement Forte préférence des ménages pour l'unifamiliale et les localisations résidentielles les plus lointaines	Valorisation de la centralité et d'un mode de vie moins énergivore Offre de cadres de vie attractifs, en moyenne ou même forte densité, arrimés au transport collectif
Stationnement	Stationnement sur site à volonté, gratuit ou à prix de complaisance Stationnement sur rue disponible en abondance et gratuit	Peu de stationnement sur site, à prix couvrant l'investissement Stationnement sur rue non disponible, interdit ou au même prix que sur site
Coût de l'énergie	On prend pour acquise la poursuite indéfinie de l'ère du pétrole à bon marché (30 \$ ou moins le baril sur les marchés, 0,75 \$ ou moins le litre à la pompe)	Sortie programmée de l'ère du pétrole impliquant des prix de plus en plus élevés (envisager 100 \$ le baril sur les marchés et 2,50 \$ le litre à la pompe)
Mesures accompagnatrices (de type Kyoto, santé publique ou autre)	Aucune.	Péages sur les ponts de 2 \$ par passage Taxe de stationnement de 2 \$ par espace et par jour Déductibilité fiscale des titres de transport collectif
Qualité de vie urbaine (pollution, bruit, accidents)	Aucune prise en considération	Contraintes nombreuses et sévères à la circulation des véhicules en ville
Frais mensuels de transport	Auto : 100 \$ par mois* Transport collectif : 65 \$ par mois	Auto : 550 \$ par mois** Transport collectif : 40 \$ par mois
Distribution modale attendue (moyenne annuelle, localisation de type Ste-Justine)	Auto : 85% Transport collectif : 10% Marche / Vélo : 5%	Auto : 30% Transport collectif : 50% Marche / Vélo : 20%

* 50 \$ pour l'essence, 50 \$ pour le stationnement

** 150 \$ pour l'essence, 300 \$ pour le stationnement, 50 \$ pour les péages, 50 \$ pour la taxe de stationnement

Les dimensions présentées ne sont pas indépendantes les unes des autres mais intimement liées.

Un employé disposant sur place d'un stationnement assuré et à faible prix sera implicitement invité à opter pour une localisation résidentielle éloignée. Une fois cela fait, cet employé sera peu sensible à l'état et au prix du transport collectif, tout en appelant de tous ses vœux l'investissement accru de l'État dans les infrastructures routières. Enfin, la ville centrale n'étant pour lui qu'un espace à traverser, il sera vraisemblablement partisan de la synchronisation des feux de circulation et du virage à droite sur feu rouge.

Réciproquement, si le stationnement à destination est rare et cher, l'employé sera incité à se demander : *Où devrais-je habiter pour pouvoir me rendre au travail à pied, à vélo ou par transport collectif?* La multiplication de telles demandes dynamiserait le marché des localisations résidentielles en moyenne densité situées à proximité des lieux de destination, et/ou intimement liées aux principales infrastructures de transport collectif. Dès lors, notre employé serait demandeur non plus de routes et de ponts mais d'itinéraires de marche agréables et sécuritaires, de pistes cyclables et de transports collectifs de qualité, à prix accessible. Est-il besoin de mentionner qu'invoquant Kyoto, la santé publique ou quelque autre de nos grands objectifs de société, il joindrait sa voix aux autres urbains pour demander à ce que la circulation automobile soit réduite au cœur de la ville ?

Force est de constater que l'approche à la mobilité des personnes priorisée dans le cas des trois grands projets hospitaliers est de type pro-auto. Notamment parce que cet esprit domine totalement les études techniques sur lesquelles les décideurs fondent leurs décisions. En fin d'analyse, si l'on suit les recommandations des ingénieurs en transport auteurs de ces études, on doit s'attendre à ce que la part modale du transport collectif à destination de Sainte-Justine chute des 20 % actuels à tout au plus 10 % dans dix ans.

Il est possible de faire autrement. Faire autrement, cela veut dire non seulement modifier radicalement l'approche gouvernementale à la question du stationnement mais aussi investir dans les transports collectifs et dans le modèle de développement urbain idoine. Dès lors, comme à Munich, à Stockholm, à Zurich ou à Copenhague, on pourrait viser une part modale du transport collectif vers un grand hôpital tel Sainte-Justine de l'ordre de 50 %, près de deux fois plus que les 30 % de l'auto.

Cela est véritablement à notre portée. Il suffit de le vouloir et, en mettant à profit cette extraordinaire opportunité historique que constitue la réalisation simultanée de trois grands projets hospitaliers à Montréal, d'agir en conséquence.

Recommandations

- *Utiliser le Guide des promoteurs pour tous les projets et tous les promoteurs et ce, dans le respect de l'article 5 de la Charte des droits et responsabilités de la Ville de Montréal qui se lit comme suit : «La participation des citoyennes et des citoyens aux affaires de la Ville contribue au renforcement de la confiance envers les institutions démocratiques, au renforcement du sentiment d'appartenance à la ville ainsi qu'à la promotion d'une citoyenneté active.»*
- *Tenir compte de la nouvelle mission du système de santé consistant à faire la promotion de la santé, plutôt que de se limiter à soigner. Intégrer à cette fin la réflexion et les travaux de la Direction de la santé publique de Montréal, laquelle, dans Le Transport urbain, une question de santé, enjoint de dissuader le recours à l'automobile.*
- *À cette fin, limiter aux quelques 2 500 places actuelles la capacité de stationnement dans les trois grands projets hospitaliers. Dans le cas de Sainte-Justine, ne pas construire plus de 800 espaces de stationnement;*
- *Affecter les 110 M\$ d'économies résultant de la réduction du nombre de places de stationnement offertes aux trois sites hospitaliers à l'amélioration de l'accessibilité par transport collectif, à pied ou à vélo.*
- *Tarifier les espaces de stationnement hospitaliers à leur pleine valeur économique, couvrant donc l'ensemble des coûts d'investissement, de gestion et d'entretien, soit environ 250 \$ par mois au site Glenn, 300 \$ par mois à Sainte-Justine et 500 \$ par mois au site centre-ville.*
- *Viser une part modale du transport collectif de 50 % pour les déplacements à destination du nouvel établissement de Sainte-Justine. Dès lors, la part modale de l'automobile ne dépasserait pas 30 %.*

Étude de l'Institut national de santé publique

Le réchauffement du climat fera 500 morts de plus au Québec

LOUIS-GILLES
FRANCŒUR

À cause du réchauffement du climat, les villes de Gatineau, Laval, Montréal et Longueuil vont connaître des taux de mortalité estivale accrus dans des proportions allant de 3 à 9 % en 2050 et de 6 à 24 % en 2080, selon une étude inédite réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSP).

Cette étude, signée par les D^{rs} Bernard Doyon (CHUL), Diane Bélanger et Pierre Gosselin (INSP), est jugée «très conservatrice» par ses auteurs qui, en cours de route, ont dû revoir leurs scénarios de prévisions en raison de l'accélération des changements climatiques. Leurs scénarios pessimistes du début sont ainsi progressivement devenus leurs scénarios optimistes, a expliqué hier au *Devoir* le D^r Pierre Gosselin, un des auteurs de cette étude, divulguée sur le site Internet du Centre Ouranos.

Sur une base annuelle, le réchauffement du climat pourrait donc entraîner une surmortalité de 100 à 150 personnes en 2020. Ce nombre passerait à 500 mortalités additionnelles par année vers 2050 et atteindrait les 800 vers 2080: «On va pratiquement rejoindre le niveau des accidents routiers», a expliqué Pierre Gosselin. Cette surmortalité s'ajouterait par ailleurs aux quelque 500 décès additionnels attribués chaque année au smog urbain dans la région de Montréal.

Ces chiffres, a expliqué le D^r Gosselin hier au *Devoir*, constituent un «strict minimum» car l'étude de son groupe ne tient pas compte de nombreux facteurs qui ne peuvent que faire augmenter le nombre des décès causés par l'élévation de la température moyenne des villes et des régions du Québec.

Ainsi, a-t-il dit, on ne tient pas compte de l'augmentation prévi-

sible de la population, ni du fait que la strate la plus vulnérable, soit celle des 65 ans et plus, va doubler, passant de 14 % à 28 % de la population totale vers 2040.

De plus, a ajouté ce spécialiste en santé environnementale, l'étude en question ne tient pas compte de la vulnérabilité croissante du segment des 65 ans et plus, qui vont être encore plus durement touchés par «l'épidémie d'obésité» qui frappe l'Occident et le Québec en particulier. Cette strate de la population sera par conséquent plus vulnérable au diabète, lequel s'accompagne de maladies cardiovasculaires, dont les victimes sont particulièrement touchées en cas de hausse des températures. Et surtout, a-t-il dit, l'étude ne tient pas compte des canicules ou des événements climatiques extrêmes qui vont inévitablement accompagner le réchauffement du climat, des facteurs susceptibles de faire grimper sensiblement les prévisions de surmortalité.

La Gaspésie et la Côte-Nord épargnées

Les augmentations des températures estivales vont aussi toucher les régions du Québec, y compris les milieux ruraux, ce qui a surpris les chercheurs, qui ne s'attendaient pas à constater un impact aussi étendu. Seules la Gaspésie et la Côte-Nord demeurent relativement à l'abri de la surmortalité. Ainsi, en été, les régions des Laurentides, de la Mauricie, de la Montérégie et de l'Outaouais devraient accuser des hausses de surmortalité de 1 à 3 % vers 2020, de 2 à 9 % en 2050 et de 7 à 21 % vers 2080 dans un scénario où les concentrations de gaz à effet de serre doubleraient par rapport au niveau actuel.

L'aspect positif de ce dossier, a expliqué le D^r Gosselin, c'est qu'on peut éviter une partie de cette surmortalité «si on s'équipe

en conséquence».

«On a 30 ans, a-t-il dit, pour s'adapter, pour s'assurer d'une meilleure isolation des maisons contre la chaleur, pour s'équiper d'une meilleure climatisation, pour verdifier nos villes afin de lutter contre l'effet d'îlot urbain, pour construire des piscines à l'intention des gens qui ne pourront pas s'offrir ces améliorations, par exemple, s'ils sont locataires et ne peuvent agir sur l'enveloppe thermique de leur logement.»

Mais les personnes âgées vont demeurer les plus à risque, a-t-il ajouté, car les plus de 65 ans vont constituer les deux tiers de la surmortalité. Un plus petit pourcentage va se retrouver chez les enfants de moins de cinq ans, ceux qui sont déjà affaiblis par d'autres maladies.

Les spécialistes de l'INSP ont aussi amorcé une autre étude qui tentera de mesurer d'ici quelques années l'impact du réchauffement climatique sur les services hospitaliers, qui devront supporter un fardeau accru en raison du nombre croissant d'urgences et de consultations. Cet impact sera d'autant plus fort que les épisodes de fortes chaleurs, accentués par d'inévitables canicules plus sévères que maintenant, vont survenir en été alors qu'une grande partie du personnel hospitalier est en vacances. Ce phénomène a d'ailleurs aggravé l'énorme surmortalité qui a frappé la France il y a quelques années et que le Québec tente d'éviter en ayant mis au point un plan d'urgence qui comprend un réseau de surveillance et des guides qui, par exemple, vont revoir la médication de plusieurs types de patients parce que plusieurs médicaments réagissent différemment en période de chaleur intense, ce qui va exiger de revoir les dosages et de former le personnel spécialisé en conséquence.

Le Devoir

Hôpital Sainte-Justine
Présentation de Projet Montréal
Office de consultation publique de Montréal
Le 12 mars 2007

Notre ville

Autrement mieux !

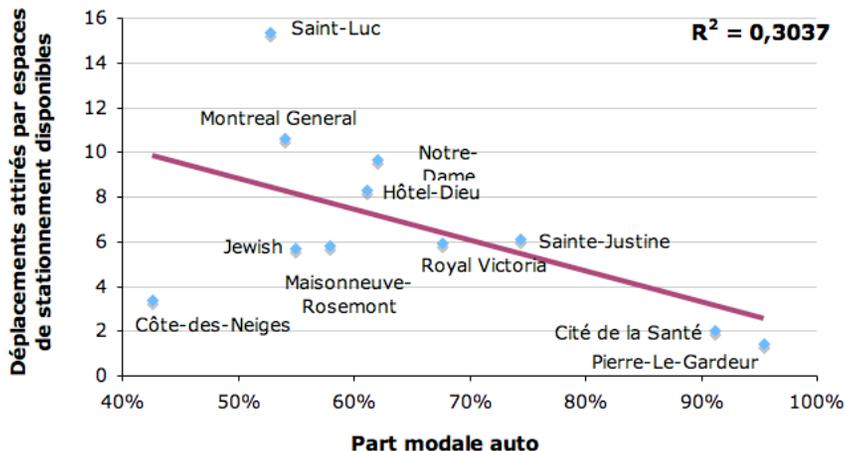


PROJETMONTREAL

www.projetmontreal.org

Relation entre le nombre de stationnements offerts par un hôpital et le profil de mobilité des personnes ayant à s'y rendre

Hôpital	Espaces de stationnement A	Déplacements attirés / jour B	Part auto 1993	Part TC 1993	Déplacements par espace C = B/A
Côte-des-Neiges	330	1 121	42,6%	40,6%	3,4
Saint-Luc	280	4 300	52,8%	37,7%	15,4
Montreal General	615	6 514	54,0%	34,0%	10,6
Royal Victoria	1 177	6 711	55,0%	32,8%	5,7
Jewish Hospital	1 287	7 503	58,0%	29,7%	5,8
Hôtel-Dieu	580	4 825	61,1%	32,1%	8,3
Notre-Dame	704	6 800	62,1%	27,9%	9,7
Maisonneuve-Rosemont	1 800	10 720	67,6%	21,7%	6,0
Sainte-Justine	990	6 047	74,4%	21,2%	6,1
Cité de la Santé	1 850	3 752	91,2%	4,3%	2,0
Pierre-Le-Gardeur	1 830	2 500	95,4%	0,5%	1,4



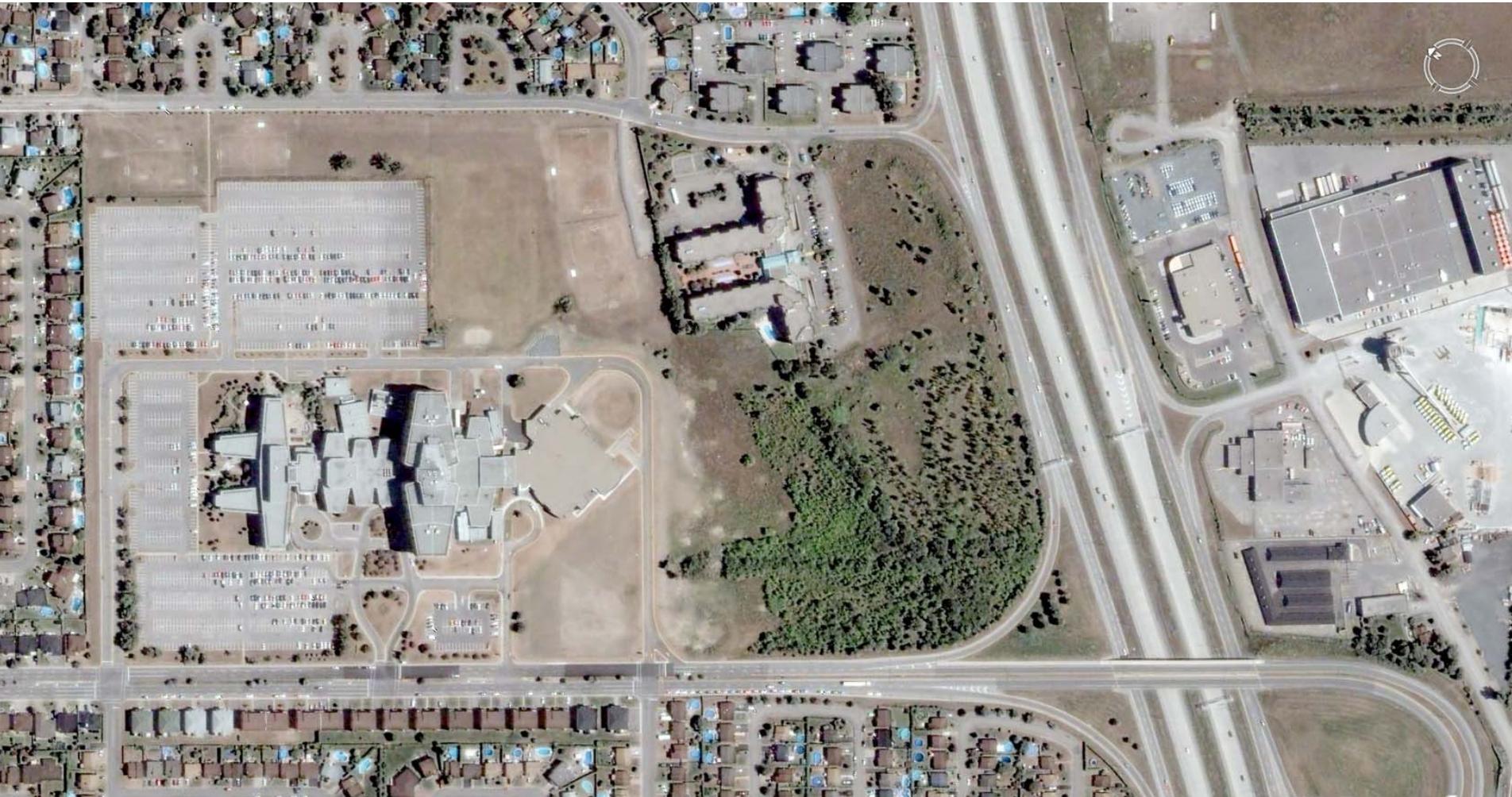
Le profil de mobilité vers un hôpital dépend de deux facteurs :

1. La qualité de l'offre de transport collectif vers le dit hôpital
2. Les facilités de stationnement offertes sur place



Cité de la santé à Laval, nouveau modèle à suivre

1 850 espaces de stationnement, pour 3752 déplacements attirés : 91 % y viennent en auto





Investir dans le stationnement !

Investissement du Gouvernement du Québec dans le stationnement à la faveur des trois grands projets hospitaliers en cours de réalisation

	Nombre initial de places*	Nombre de places prévues au projet	Coût unitaire de construction	Investissement dans la fonction stationnement
		A	B	C = A * B
CHUM - Centre-Ville	280	1 174	53 125 \$	62 368 750 \$
CUSM - Glenn	1 177	2 700	25 000 \$	67 500 000 \$
Sainte-Justine	990	1 800	35 000 \$	63 000 000 \$
Total des trois	2 447	5 674	33 992 \$	192 868 750 \$
	3 227			

* St-Luc dans le cas CHUM, Royal Victoria dans celui du CUSM.



Un véritable déluge de \$ \$ \$ \$ \$ \$

200 M\$ dans les stationnements

Au bas mot 100 M\$ dans les réaménagements routiers
et autoroutiers au pourtour des 3 hopitaux

Soit au total 300 M\$ et plus

Autant que pour le pont de l'A-25

En plus que les automobilistes utilisateurs de ces
stationnements seront subventionnés durant 25 ans

Le tout présenté comme des **dépenses de santé !**

Question de modèle de développement !

Gradient des valeurs et pratiques en matière de mobilité des personnes

Société pro-auto

Perpétuation indéfinie des valeurs et du mode de vie définis au milieu du XX^e siècle

Modèle Las Vegas

Transport collectif
 Mauvaise qualité / faible niveau de service
 Prix élevé et sans cesse croissant
 Image de marque déficiente
 Total désintérêt des employés

Aménagement du territoire
 Promotion de l'étalement urbain en tant que moteur de développement
 Forte préférence des ménages pour l'unifamiliale et les localisations résidentielles les plus lointaines

Stationnement
 Stationnement sur site à volonté, gratuit ou à prix de complaisance
 Stationnement sur rue disponible en abondance et gratuit

Société pro-transport collectif

Affirmation et mise en oeuvre des valeurs du XXI^e siècle

Modèle Munich

Transport collectif
 Excellente qualité / haut niveau de service
 Prix faible et stable
 Forte image de marque
 Implication des institutions et entreprises

Aménagement du territoire
 Valorisation de la centralité et d'un mode de vie moins énergivore
 Offre de cadres de vie attractifs, en moyenne ou même forte densité, arrimés au transport collectif

Stationnement
 Peu de stationnement sur site, à prix couvrant l'investissement
 Stationnement sur rue non disponible, interdit ou au même prix que sur site



Question de modèle de développement !

Société pro-auto

Modèle Las Vegas

Coût de l'énergie

On prend pour acquise la poursuite indéfinie de l'ère du pétrole à bon marché
(30 \$ ou moins le baril sur les marchés, 0,75 \$ ou moins le litre à la pompe)

Mesures accompagnatrices (de type Kyoto, santé publique ou autre)

Aucune.

Qualité de vie urbaine (pollution, bruit, accidents)

Aucune prise en considération

Frais mensuels de transport

Auto :	100 \$ par mois*
Transport collectif :	65 \$ par mois

Distribution modale attendue (moyenne annuelle, localisation de type Ste-Justine)

Auto :	85%
Transport collectif :	10%
Marche / Vélo :	5%

Société pro-transport collectif

Modèle Munich

Sortie programmée de l'ère du pétrole impliquant des prix de plus en plus élevés
(envisager 100 \$ le baril sur les marchés et 2,50 \$ le litre à la pompe)

Péages sur les ponts de 2 \$ par passage
Taxe de stationnement de 2 \$ par espace et par jour
Déductibilité fiscale des titres de transport collectif

Contraintes nombreuses et sévères à la circulation des véhicules en ville

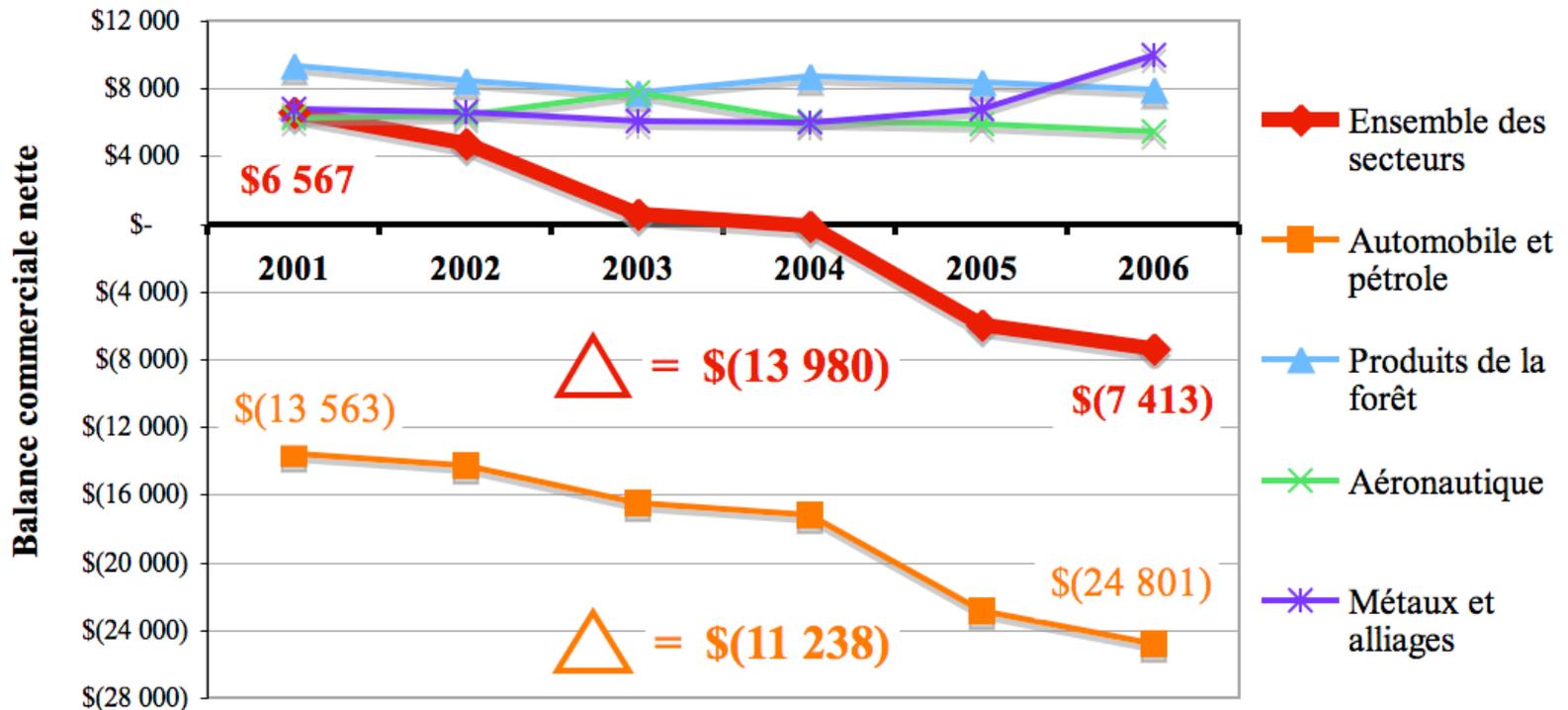
Auto :	550 \$ par mois**
Transport collectif :	40 \$ par mois

Auto :	30%
Transport collectif :	50%
Marche / Vélo :	20%

* 50 \$ pour l'essence, 50 \$ pour le stationnement

** 150 \$ pour l'essence, 300 \$ pour le stationnement, 50 \$ pour les péages, 50 \$ pour la taxe de stationnement

Dégradation récente de la balance du commerce extérieur du Québec, dû essentiellement à la forte augmentation de la facture automobile et pétrolière (millions de dollars)





**Le développement durable
est l'avenir de Montréal**

Merci !

www.projetmontreal.org