

Usages des savoirs de santé par des organisations à but non lucratif : un regard sur leurs pratiques d'influence des politiques publiques

Janvier 2012

À propos de ce document

Ce court document a été réalisé à la suite d'un partenariat d'une durée de un an (mars 2007 à mars 2008) entre le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) et cinq organisations à but non lucratif (OBNL) engagées dans des processus de politiques publiques touchant la santé de la population.

Le partenariat poursuivait deux principaux objectifs et s'articulait autour de deux séries d'activités. Le premier objectif était d'offrir un soutien aux organisations en question dans leurs efforts d'influence des politiques publiques en leur permettant de réfléchir à leurs propres pratiques. Tout au long du partenariat, une série de discussions thématiques concernant autant leur compréhension du contexte des politiques publiques que leurs pratiques d'influence ont été menées de manière collaborative. Le second objectif était de commencer à documenter et analyser ces pratiques. Ceci afin que les acteurs de la santé publique puissent les appréhender et orienter leurs relations avec des OBNL en vue de la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

Ce document, en plus de faire partie de cette seconde série d'activités, s'insère dans un projet de publications qui cherchent à explorer divers enjeux fréquents entourant les relations actuelles ou à venir entre les acteurs communautaires et les professionnels de la santé publique. Il traite plus particulièrement de la façon dont les OBNL utilisent les savoirs de santé dans leurs pratiques et des considérations que cela soulève pour les professionnels de la santé publique menant ou envisageant de s'engager dans des processus d'échanges de connaissances avec ces intervenants.

Introduction

Des professionnels de la santé agissent de différentes manières sur les déterminants « non biomédicaux » de la santé (Frankish *et al.*, 2007. Traduction libre). L'un des modes d'action employés est le travail avec des OBNL pour influencer les politiques publiques. Ces partenariats sont établis notamment parce que les OBNL et les professionnels de la santé en question partagent des préoccupations communes en matière de déterminants de la santé. De plus, elles disposent de ressources complémentaires (expertises, réseaux associatifs, etc.) qui peuvent être mises à contribution de part et d'autre. Par exemple, la Direction de la santé publique (DSP) de Montréal-Centre a conclu au milieu des années 2000 un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de Montréal. Celui-ci visait à coordonner les revendications de groupes de résidents réclamants des mesures d'apaisement de la circulation dans leur environnement immédiat et à désamorcer les réticences de plusieurs ingénieurs de la circulation de la Ville de Montréal à ce propos. Le partenariat devait parvenir à ses fins notamment au moyen d'échange de connaissances — en permettant à la DSP de faire circuler les savoirs qu'elle avait mis au point concernant les liens entre la circulation motorisée et l'état de santé des Montréalais et en rendant explicites les revendications citoyennes en matière d'apaisement de la circulation. Il devait aussi permettre aux ingénieurs de se familiariser avec les savoirs techniques de l'OBNL à propos des mesures d'apaisement, qui espérait ainsi qu'ils pourraient les intégrer dans leurs pratiques.



L'analyse proposée ici vise à permettre aux professionnels de la santé de réfléchir à certains enjeux traversant ces actuelles ou futures activités d'échange de connaissances avec des OBNL. La première section est consacrée à la méthodologie et au cadre conceptuel qui organise le travail. La section suivante consiste en l'analyse des usages des savoirs par les OBNL. La dernière présente une discussion des tenants et aboutissants pour l'échange de savoirs entre des OBNL et des professionnels de la santé en vue de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé.

Méthodologie et cadre conceptuel

Dans nos analyses, il a été possible d'utiliser, avec le consentement des OBNL, les résultats des discussions thématiques conduites dans le cadre du projet et de mener des entrevues avec des membres de ces organisations. De plus, les OBNL nous ont donné accès à des documents d'une grande pertinence (mémoires présentés à des audiences publiques, communiqués de presse, etc.). Les sites Internet des organisations ont également été mis à profit. L'étude qui suit résulte d'une analyse transversale des cinq organisations. Étant donné le nombre limité d'organisations étudiées, la présente analyse n'a évidemment pas la prétention d'être représentative de l'ensemble des pratiques d'utilisation des savoirs de santé par les OBNL au Canada.

Aux fins de l'analyse, nous entendons par politique publique une action stratégique que mène une autorité publique, seule ou en partenariat avec d'autres organisations publiques ou privées, afin d'influer sur certains aspects de la population qui pourraient poser problème. C'est ainsi que le processus de politique publique inclut autant les activités liées à la production et au cadrage des problèmes liés à la population que celles liées à la mise en œuvre des actions visant à y répondre, notamment la mise en place de mécanismes, plans, stratégies, politiques, services, projets, etc. Par savoirs de santé, nous entendons des savoirs produits par des autorités de la santé publique ou d'autres types de chercheurs concernant les déterminants non biomédicaux de la santé et explicitement posés ainsi. La notion de savoirs désigne non seulement les données produites par l'entremise des recherches, mais aussi les cadres théoriques et conceptuels employés.

L'encadré qui suit présente brièvement les OBNL (les lettres qui les identifient seront utilisées au fil de l'analyse).

- | | |
|---|---|
| A | Portland Hotel Society Community Services Inc. Offre des services à bas seuil d'accessibilité à Vancouver, en Colombie-Britannique. |
| B | Quint Development Corporation. Développe et gère des programmes dans une approche de développement économique communautaire à Saskatoon, en Saskatchewan. |
| C | Partenaires pour la revitalisation des anciens quartiers. Développe et gère des programmes de revitalisation urbaine à Salaberry-de-Valleyfield, au Québec. |
| D | Centre d'écologie urbaine. Gère des programmes et fait du plaidoyer pour des projets écologiques à Montréal, au Québec. |
| E | Équiterre. Développe et gère des programmes et plaide pour des politiques écologiques au Québec. |

Usages des savoirs de santé par les OBNL

Un des buts sous-tendant les activités d'échange de connaissances est que les savoirs qui font l'objet d'échanges soient utilisés par d'autres acteurs dans le cadre de leur pratique. Dans le cas qui nous préoccupe, nous espérons que les savoirs concernant la santé et ses déterminants soient utilisés par les OBNL afin d'orienter leurs efforts de promotion de politiques publiques favorables à la santé. Il semble ainsi important de se demander comment les savoirs de santé deviennent signifiants, importants, intéressants pour les OBNL dans le cadre de leur pratique. Un examen des façons dont ils en font usage fournit des pistes de réponses à cette question¹.

Comme toutes les OBNL ont déjà utilisé d'une façon ou d'une autre des savoirs de santé, il convient dans un premier temps de décrire comment elles les utilisent en qualifiant d'abord 1) les degrés de systématicité et d'intensité de ces usages, puis 2) les

¹ Nutley et ses collaborateurs défendent un argument analogue afin de justifier leur examen des façons dont les « évidences » produites par la recherche scientifique sont utilisées dans les processus de politiques publiques (Nutley, Walter et Davies, 2007).

types de savoirs de santé auxquels elles ont recours. L'on se penchera dans un deuxième temps sur ce qu'elles « font avec »² ces savoirs. Deux usages sont décrits : 3) le cadrage des problèmes, et 4) la justification des solutions mises de l'avant.

1. LA SYSTÉMATICITÉ ET L'INTENSITÉ DES USAGES

Si l'on entend par « usage systématique et intense » un usage relativement organisé et constant dans la majorité des pratiques d'influence des politiques publiques, on peut dire que seule l'OBNL A fait un tel usage des savoirs de santé.

La plupart des OBNL utilisent de façon peu systématique et intense les savoirs de santé. Par exemple, l'OBNL D n'a utilisé explicitement qu'à une reprise des savoirs de santé dans ses actions d'influence des politiques publiques affectant l'état de santé de la population montréalaise. L'OBNL B en utilise, depuis peu, assez systématiquement dans le cadre d'un seul de ses projets ou programmes, et cela, même si elle en a plus d'une quinzaine en opération. Cela est d'autant plus remarquable qu'à peu près tous ces projets et programmes pourraient être liés conceptuellement d'une façon ou d'une autre à la santé et aux iniquités de santé entre les populations habitant les cinq secteurs centraux de Saskatoon dont elle se préoccupe et celles habitant les autres secteurs de la ville.

Les usages varient aussi dans le temps et entre les divers axes de programmation des OBNL. Par exemple, l'OBNL B a commencé à employer de manière assez intense et explicite les savoirs de santé à un moment relativement avancé du processus de développement d'un de ses projets d'un immeuble communautaire devant inclure notamment des services de santé, des logements sociaux et un marché d'alimentation offrant des « produits sains »³. Elle a en effet commencé à le faire environ trois ans après avoir débuté le développement du projet. On note également des différences au sein même des OBNL, entre les domaines d'activité ou les axes de programmation : l'OBNL E n'a employé aucun savoir de santé dans le

cadre de ses actions concernant le commerce équitable ou l'efficacité énergétique, mais en a en revanche employé en transport (Équiterre, 2005) et en agriculture écologique (Équiterre, 2010).

2. LES TYPES DE SAVOIRS DE SANTÉ UTILISÉS

De façon générale, les OBNL utilisent des savoirs « épidémiologiques », c'est-à-dire des savoirs caractérisant les états de santé d'une population donnée et les liant ou non à certains déterminants sociaux, économiques, politiques ou environnementaux de la santé. L'OBNL C a employé une recherche qui associait l'état de santé des occupants de certains logements avec l'état de salubrité de ces logements (Viens, Jacques et Masson, 2003).

Par ailleurs, un autre type de savoir a été utilisé : l'OBNL A a employé des savoirs concernant les effets de politiques publiques sur la santé de la population qu'elle cherche à rejoindre. Le fait qu'une seule organisation ait employé ce type de savoir n'est peut-être pas tout à fait surprenant étant donné le peu d'évaluations des effets des politiques publiques sur la santé disponibles.

Il est enfin notable que seule l'OBNL B a utilisé des statistiques montrant des inégalités entre l'état de santé de la population qu'elle dessert et celui ou ceux des populations habitant les autres secteurs de la ville, ne faisant aucun lien explicite avec ce qui a déterminé ces différences dans les états de santé.

3. LA DÉFINITION, OU LE CADRAGE DES PROBLÈMES

Outre l'OBNL A qui le fait systématiquement, l'OBNL C a fait référence, dans une étude réalisée en partenariat avec l'autorité régionale de santé, à plusieurs recherches canadiennes et étatsuniennes pour lier les caves en terre battue aux problèmes de santé touchant les résidents de maisons qui en possèdent (Viens *et al.*, 2003. Traduction libre). Dans cette étude, les auteurs lient d'abord les problèmes de santé des occupants à l'humidité excessive dans les logements aux caves en terre battue. Ils soumettent également divers ordres de raisons pour expliquer que c'est une population à statut socio-économique généralement faible qui habite ces logements, qui sont regroupés dans des secteurs précis de la ville. Les auteurs invoquent en effet des raisons historiques (les conditions de vie des ouvriers), socio-économiques (faibles revenus,

² Michel De Certeau a employé ce concept pour attirer l'attention vers les usages imprévus de produits culturels. Voir : De Certeau, M. (1991). *L'invention du quotidien – Art de faire*. Paris : Gallimard.

³ Pour en savoir plus sur le processus qui a mené à ce changement, voir le document de Val Morrison à : http://www.ccnpps.ca/156/Publications.ccnpps?id_article=623.

rapport revenus-loyers, taux de chômage, activités économiques en baisse, etc.) et autres pour expliquer cet état de fait. Le schéma étiologique développé dans cette étude a d'ailleurs par la suite formé le fondement d'une politique municipale.

4. JUSTIFIER LES SOLUTIONS

Les OBNL utilisent aussi les savoirs de santé pour justifier les solutions qu'elles mettent de l'avant. Il s'agit d'un type d'usage particulièrement présent chez l'OBNL A, qui est d'ailleurs celle qui utilise systématiquement les savoirs de santé.

Les autres OBNL utilisent aussi des savoirs de santé pour justifier les solutions mises de l'avant même dans des cas où le problème n'est pas premièrement cadré avec des concepts de santé ou n'est pas explicitement lié à la santé. L'OBNL B a mobilisé deux arguments de santé (sur un total de trois arguments principaux) pour justifier son projet de centre communautaire. Dans son site Internet dans la section « Pourquoi? », on peut en effet lire que le projet est important, car les résidents des quartiers centraux ont un accès limité à une « alimentation saine » et qu'il y a plusieurs « disparités de santé » entre les populations habitant ces quartiers et celles des autres quartiers de la ville :

Près de quatre fois plus de personnes des quartiers à bas revenus sont amenées à l'hôpital après une tentative de suicide comparativement au reste de la ville; le nombre de suicides est aussi quinze fois plus élevé que dans les quartiers les plus fortunés. (...) Les hospitalisations pour le diabète étaient (en 2001) trois fois plus élevées dans les quartiers à bas revenus que dans le reste de la ville, et près de treize fois plus élevées que dans les banlieues est (les secteurs les plus fortunés). (...) Seulement 46 % des enfants des quartiers centraux ont été vaccinés à l'intérieur des calendriers établis alors que 95 % des enfants dans les quartiers les plus fortunés sont couverts. (...) Les bébés nés dans les quartiers à bas revenus de Saskatoon sont cinq fois plus susceptibles de décéder qu'un bébé d'un secteur moyen de la ville (Station 20 West. Community Enterprise Centre, 2010, traduction libre).

L'OBNL E a employé des recherches effectuées en santé environnementale pour justifier un programme de garderies offrant des aliments biologiques alors que le problème n'était ni d'abord ni de manière

prédominante formulé en termes de santé (Équiterre, 2010).

En somme, les OBNL utilisent parfois dans leurs pratiques d'influence des politiques publiques les savoirs de santé. Les savoirs utilisés sont surtout de nature épidémiologique. Seule l'OBNL A a mobilisé des savoirs concernant les effets de politiques publiques sur la santé. Les OBNL ont parfois recours à des savoirs de santé pour bien cadrer les problèmes auxquels elles cherchent à apporter des solutions — elles en font des « utilisations conceptuelles », comme le formuleraient Nutley et ses collègues (Nutley *et al.*, 2007, 301). Elles s'en servent aussi pour justifier les solutions qu'elles proposent, et ce, même si le problème n'est pas cadré de manière évidente ni prédominante en termes de santé — c'est-à-dire qu'elles en font des « usages stratégiques ou tactiques », comme le formuleraient encore une fois Nutley et ses collègues (Nutley, Walter et Davies, 2007). Elles le font de manière partielle, employant certains éléments des recherches et non leur ensemble. Il est aussi possible d'avancer qu'elles le font de manière non systématique et, somme toute, relativement peu intense. La description de ces usages a suscité les réflexions qui suivent concernant les activités d'échanges de connaissances actuelles ou à venir entre des OBNL et des professionnels de la santé.

Quelques considérations pour l'échange de connaissances avec des OBNL

Comment ces usages peuvent-ils affecter les activités d'échange de connaissances avec les OBNL? Quelles considérations ces pratiques soulèvent-elles pour les professionnels de la santé? La discussion se fait en reprenant chacun des points énumérés dans la section précédente.

1. En premier lieu, le fait que toutes les organisations aient utilisé à un moment ou à un autre, et d'une façon ou d'une autre, des savoirs de santé est intéressant en soi. Cela tend à suggérer que même des OBNL qui ne se donnent pas d'abord pour mission d'améliorer la santé de la population mobilisent des conceptualisations qui sont compatibles avec les savoirs de santé. Autrement dit, les « schèmes de compréhension » des organisations sont compatibles avec les savoirs de santé. Cette

compatibilité « idéologique » a déjà été démontrée comme une caractéristique déterminante de l'utilisation de contenus culturels (Hermes, 1995).

2. L'usage systématique et intense des savoirs de santé par l'OBNL A, et non systématique et peu intense par les autres, constitue un second point d'intérêt. Les deux cas de figure suggèrent qu'il y a à la fois une volonté palpable d'en faire usage et un potentiel d'usage qui peut être actualisé davantage. Pour réfléchir à ces conditions, un examen des raisons qui permettent de comprendre ces deux formes d'usage semble utile.

D'abord, pourquoi l'OBNL A utilise-t-elle de manière systématique et intense les savoirs de santé? D'une part, il s'agit d'une OBNL qui définit sa population cible au moyen de catégories issues des pratiques de santé, soit les personnes vivant des problèmes importants de toxicomanie et de santé mentale. Autrement dit, les savoirs de santé produits par toutes sortes de chercheurs (coroners, autorités régionales de santé, chercheurs universitaires) à propos de ces segments de la population sont ainsi hautement compatibles avec les pratiques classificatoires et les schèmes de compréhension et appréhension de la réalité de cette OBNL. Ensuite, et de façon conséquente, les personnes travaillant dans cette OBNL sont hautement familiarisées avec les concepts de santé — à la fois parce que plusieurs possèdent une formation en santé et parce que l'organisation opère plusieurs programmes en partenariat avec l'autorité régionale de santé. Autrement dit, le personnel de cette OBNL possède une maîtrise conceptuelle lui permettant d'assimiler et d'utiliser des savoirs plutôt spécialisés dans ses pratiques d'influence des politiques publiques. De plus, le financement d'un programme de recherche important autour des effets d'un des services de cette OBNL a mené à la publication de plus de 30 articles scientifiques.

Par contraste, les autres ne définissent pas toujours leur population cible au moyen de catégories de santé. Elles n'emploient pas de personnel formé en santé et ne développent ou gèrent pas de programmes de services en partenariat avec les autorités de santé. Par ailleurs, elles n'ont à leur disposition que de manière épisodique des recherches liant

spécifiquement les déterminants sociaux, environnementaux, économiques ou politiques aux états de santé des populations pour le bénéfice desquelles elles travaillent. En outre, ces savoirs ne sont pas toujours actualisés ni organisés en fonction des collectivités pour le bénéfice desquelles elles agissent.

Pour que le potentiel d'usage des savoirs de santé par les OBNL puisse être actualisé, il semble donc que les professionnels de la santé peuvent travailler à créer certaines conditions pour que cela soit possible. En effet, ces OBNL peuvent s'assurer que les savoirs sont actualisés assez fréquemment pour qu'ils demeurent pertinents à leurs yeux. Elles peuvent aussi s'assurer que la catégorisation des populations qu'elles emploient est compatible avec celle des organisations avec qui elles souhaitent travailler. Enfin, elles devraient probablement s'assurer que les personnes travaillant dans les OBNL partenaires puissent s'approprier les connaissances et les concepts issus des savoirs de santé. La création de « lieux » favorisant les échanges de savoirs réguliers et continus (comme le développement et la gestion mixte de programmes de services semble le permettre, selon ce qui a été décrit plus haut) favorise la création de l'ensemble de ces conditions.

3. Que les OBNL fassent principalement usage de savoirs « épidémiologiques » ou de surveillance de l'état de santé des populations plutôt que des savoirs évaluant les effets de politiques publiques sur la santé est peu étonnant et s'explique somme toute assez facilement. Il existe, de fait, fort peu d'évaluations des effets des politiques publiques (autres que les politiques de santé elles-mêmes) sur la santé. Par exemple, il y a un nombre croissant d'études documentant les effets des émissions véhiculaires sur différents types de maladies (cancer, maladies cardiorespiratoires, etc.), mais peu d'études ont documenté les effets des politiques de transport sur les émissions polluantes et les états de santé.
4. Que les OBNL se servent des savoirs de santé pour cadrer les problèmes en fonction desquels elles agissent devrait attirer l'attention des professionnels de la santé. En effet, les acteurs en santé soulignent souvent avoir de la difficulté à « faire passer le message » sur les déterminants non biomédicaux de la santé, à la fois chez les autres professionnels de la santé et

dans la population en général (y inclus les médias).

Ne serait-ce que comme « nouveau » public plutôt d'emblée réceptif, les OBNL forment déjà un réseau intéressant de circulation de cette façon de cadrer les problèmes de santé et de les mettre à l'agenda politique. En raison de leurs réseaux et, dans certains cas, de l'accès privilégié qu'ils ont avec les médias d'information, les OBNL constituent des acteurs visiblement importants à coopter pour faire en sorte que ce cadre soit davantage partagé.

5. Dans la justification de leurs solutions, les OBNL invoquent parfois des solutions qui sont distinctes, voire en tension avec les modes d'action promus par les autorités de la santé. L'utilisation d'un rapport d'une autorité de santé sur les inégalités de santé par une OBNL (B) est exemplaire à ce propos. Celle-ci visait à justifier son projet de centre communautaire multifonctionnel en s'appuyant sur les données du rapport alors que le document recommandait plutôt des actions visant le développement de la petite enfance.

Conclusion

En conclusion, les autorités de la santé souhaitant entreprendre des échanges avec les OBNL doivent accepter que celles-ci n'agissent pas comme de simples intermédiaires relayant « fidèlement » les savoirs de santé produits : elles devraient tenir pour acquis que les OBNL agissent plutôt comme des médiateurs de ces savoirs, c'est-à-dire qu'elles les utiliseront partiellement et de manière à les intégrer à leur pratique et aux principes éthiques qui les sous-tendent.

Références

- Équiterre. (2005). *Un nouveau lien autoroutier prolongeant l'autoroute 25? Une idée d'un autre temps. Mémoire déposé le 9 juin 2005 au Bureau d'audience publique sur l'environnement*. Consulté en ligne à : http://www.equiterre.org/sites/fichiers/Equiterre_Memoire_Autoroute_25.pdf.
- Équiterre. (2010). *Projet garderie bio*. Consulté en ligne le 15 juin 2009 : <http://www.equiterre.org/fiche/projet-garderie-bio>.
- Frankish, J. C., Moulton, G. E., Quantz, D., Carson, A. J., Casebeer, A. L., Eyles, J. D., Labonte, R. et Eboy, B. E. (2007, Jan/Feb). Addressing the non-medical determinants of health. A survey of Canada's health regions. *Canadian Journal of Public Health*, 98(1), 41-37. Consulté en ligne à : <http://pchr.net/media/paper2.pdf>.
- Gagnon, F. (Non publié). *Le concept de politique publique : ses sens, ses usages et ses ancrages pragmatiques*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Hermes, J. (1995). *Reading women's magazines: An analysis of everyday media use*. United Kingdom : Cambridge University Press.
- Nutley, S. M., Walter, I. et Davies, H. T. O. (2007). *Using evidence: How research can inform public services*. United Kingdom : Cambridge University Press.
- Station 20 West. Community Enterprise Centre. Consulté en ligne le 15 juin 2009 : <http://station20west.org/why.html>.
- Viens, C., Jacques, L. et Masson, E. (2003). *Pour des quartiers en santé, projet intersectoriel de développement durable. Volet salubrité des habitations avec cave en terre battue. Protocole d'évaluation de l'implantation et des résultats*. Longueuil : Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Janvier 2012

Date de fin de rédaction : juin 2009

Auteur : François Gagnon, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : 1428

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-64413-2 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-64414-9 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-64411-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-64412-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec

