

Viellissement et transport actif sécuritaire : enjeux et pistes d'action pour l'aménagement des voies publiques

Mars 2017

La population canadienne vieillit : une part de plus en plus importante de la population fait partie de la catégorie des aînés – c'est-à-dire les personnes âgées de 65 ans et plus¹.

Cette réalité entraîne réflexions et débats quant aux modifications que l'on doit ou que l'on peut faire dans plusieurs domaines de politiques publiques, dont celui du transport actif sécuritaire. Quels sont les tenants et aboutissants de ce phénomène pour les acteurs de santé publique qui font la promotion du transport actif sécuritaire par des aménagements adéquats de rues et réseaux de rues? Quelles sont les pistes d'action qu'ils pourraient suivre dans leurs efforts de promotion de rues et réseaux de rues favorables à la santé et à la sécurité dans ce contexte? Ce document propose certains éléments de réponse à ces questions dans un cadre exploratoire².

La promotion du transport actif sécuritaire chez les aînés à travers le design des rues et réseaux de rues

Au Canada, les réseaux de voies publiques et les espaces urbains sont organisés depuis les

années 1930-1940 de manière prédominante en fonction de la circulation des véhicules motorisés. Deux conséquences, liées, en découlent. D'une part, les modes actifs de déplacement (marche, vélo, etc.) sont moins conviviaux et sécuritaires et, d'autre part, l'usage de ces modes pour les déplacements utilitaires est marginalisé. C'est dans le sens contraire de cette tendance de fond que se mobilisent depuis quelques années de nombreux acteurs de santé publique lorsqu'ils font la promotion du transport actif sécuritaire.

Viellissement et transport actif

Lorsque l'âge a été mis en jeu dans le cadre de la mobilisation de ces acteurs, il l'a surtout été de manière secondaire. Une exception notable, même si elle est limitée aux trajets domicile-école des jeunes écoliers : les efforts de promotion du transport actif sécuritaire dans les programmes « Mon école à pied à vélo » au Québec ou les divers « Safe routes to school » au Canada anglais³. Ce détachement par rapport au critère de l'âge peut s'expliquer par l'approche de santé populationnelle préconisée dans les actions de santé au Canada, qui amène les acteurs à mettre l'accent sur la population dans son ensemble plutôt que sur des individus ou sur un sous-groupe en particulier. Mais comme le vieillissement démographique fera en sorte que le bilan de santé des aînés sera de plus en plus déterminant dans le bilan de santé de la population dans son ensemble, il semble important d'aborder plus directement le phénomène, et ses tenants et aboutissants. À ce sujet, d'ailleurs, on peut penser que des rues et réseaux de rues plus sécuritaires et conviviaux pour les aînés le seraient pour les usagers de tous âges.

¹ Utiliser l'âge de 65 ans comme critère de définition d'une personne aînée est quelque peu arbitraire. Néanmoins, plusieurs programmes ou services publics ou privés retiennent ce critère. C'est donc une catégorie d'âge effective et relativement partagée, et c'est à ce titre qu'elle est employée dans ce document. Il n'est pas question, ici, de la réifier et on reconnaît facilement que cette convention pourrait évoluer. On admet aussi facilement que cette catégorie couvre plusieurs réalités différentes en termes de mobilité et des facteurs qui lui sont associés. Dans le cas du présent document, par exemple, on distinguera les personnes âgées de plus de 75 ans pour discuter certains enjeux.

² Ce document étant une note de cadrage exploratoire, l'analyse repose sur des exemples qui se veulent illustratifs des enjeux et des pistes de résolution explorées. Le lecteur doit être conscient que les enjeux pourraient être abordés autrement et que les pistes de résolution n'ont pas fait l'objet d'une revue systématique de la littérature.

³ Toutefois, ces efforts n'abordent pas toujours l'enjeu de l'aménagement des rues et réseaux de rues.



Quelques éléments de contexte

Certains des défis de la promotion du transport actif sécuritaire chez les aînés peuvent être appréhendés en dégagant des tendances sociales et démographiques. D'une part, le taux de sédentarité tend à augmenter avec l'avancement en âge des adultes en général, et des personnes aînées en particulier (Ekelund, 2014)⁴. Dans le même ordre d'idées, le recours au transport actif⁵ tend aussi à diminuer avec l'avancement en âge, alors que l'utilisation de la voiture et des transports collectifs augmente (sauf pour les personnes aînées les plus âgées, chez qui l'utilisation de ces modes de transport diminue également)⁶. Mais ce ne sont pas là des phénomènes immuables, comme le montrent les augmentations très significatives de l'usage de la marche et du vélo par les aînés dans certaines municipalités canadiennes ces dernières années. Par exemple, un rapport montre qu'entre 2001 et 2006 le nombre de déplacements à vélo chez les personnes de 65 ans et plus a augmenté de 55 % dans la ville de Toronto (Toronto Public Health, 2012).

D'autre part, il semble que les déterminants environnementaux majeurs de la sécurité des déplacements actifs soient globalement les mêmes pour les aînés que pour les personnes de toutes les autres catégories d'âge : volumes et vitesses de la circulation motorisée; largeur et nombre de voies des rues; infrastructures protectrices ou séparatrices des modes piétons et cyclistes, etc. Par contre, les bilans de sécurité des aînés semblent indiquer qu'ils sont

⁴ Il existe deux approches quant à l'activité physique en santé publique. La première consiste à mettre l'accent sur l'activité physique modérée ou intense, et à suggérer des cibles de temps à atteindre. La seconde, qui est mieux alignée avec le mouvement de promotion du transport actif sécuritaire, consiste à postuler que l'activité physique, même de faible intensité, est bénéfique pour contrer sa figure inverse : la sédentarité.

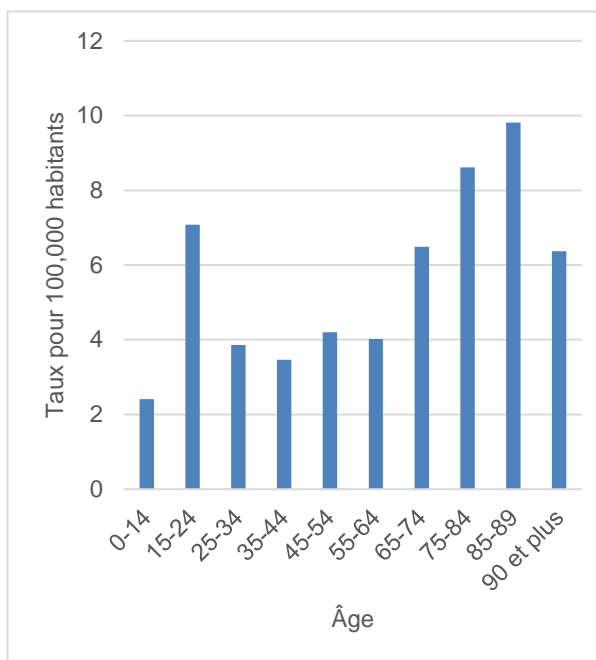
⁵ Il ne faut pas confondre transport actif et marche de loisir. Aussi, il ne faut pas oublier que l'utilisation des transports collectifs implique très souvent un segment de marche, hormis dans les cas du transport adapté ou de navettes conçues expressément pour la desserte de résidences de personnes âgées.

⁶ Statistique Canada a dressé un portrait de l'usage de la voiture par les aînés au Canada. Voir : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.pdf> (lien consulté le 24 janvier 2017).

particulièrement vulnérables dans ces environnements à risque.

Par exemple, pour la période 2009-2014, au Québec, le taux de décès et de blessures graves chez les personnes âgées à la suite d'une collision survenue alors qu'elles marchaient est plus élevé que pour tous les autres groupes d'âge (voir tableau ci-contre). En analysant ce bilan par sous-catégories d'âge, on peut ajouter que le groupe des 65-74 ans présente un taux quelque peu inférieur à celui des 15-24 ans, mais tout de même environ 50 % plus élevé que les groupes de personnes âgées de 25 à 64 ans. Quant aux groupes des 75-84 ans et des 85-89 ans, ils présentent des taux supérieurs d'environ 100 % et 150 % respectivement, par rapport aux groupes situés entre 25 et 64 ans. Le groupe des 90 ans et plus présente pour sa part un taux équivalent à celui de 65-74 ans.

Tableau 1 Décès et blessures graves chez les piétons suite à des collisions sur les voies publiques au Québec 2009-2014



Source des données : Société de l'assurance automobile du Québec (2015).

Même si les données sont généralement moins détaillées, les tendances paraissent similaires dans d'autres juridictions, au Manitoba par exemple (Manitoba Public Insurance, 2012). Diverses explications à cet état de fait sont avancées dans les

recherches. De façon résumée, elles pointent vers des **facteurs individuels** (âge, vitesse de circulation à pied et habiletés cognitives réduites), **situationnels** (usage d'appareils d'aide à la marche) et **environnementaux** (pratiques et normes d'aménagement des rues, comme la largeur des rues ou le temps accordé par la signalisation pour traverser) (Lachapelle et Cloutier, 2017).

Le vieillissement devrait ainsi faire en sorte que soit davantage promu le transport actif sécuritaire afin d'améliorer le bilan de santé de la population canadienne. En outre, il devrait s'ensuivre une action intensifiée sur les rues et réseaux de rues, si l'on souhaite à la fois augmenter la part modale des transports actifs et assurer la sécurité des déplacements des aînés. En surcroît des grands déterminants des parts modales et de la sécurité des déplacements ayant trait à la forme urbaine (densité, mixité fonctionnelle, connectivité, design des espaces publics et des édifices), plusieurs autres phénomènes se profilent de manière enchevêtrée autour de cette éventualité, dont les deux suivants.

1. La baisse des déplacements actifs chez les aînés semble liée à l'insécurité qu'ils ressentent lorsqu'ils circulent dans les rues (Cunningham, Michael, Farquhar et Lapidus, 2005). Cette insécurité paraît associée à divers phénomènes, comme la peur du crime, des chutes ou des volumes et vitesses de circulation motorisée.
2. L'augmentation de la sédentarité et la baisse des déplacements actifs chez les aînés sont probablement liées à diverses transformations de leurs capacités physiques et cognitives. Par exemple, une part de la population aînée éprouve une plus grande difficulté à maintenir un équilibre et à négocier les montées et les descentes de trottoirs. Ces transformations peuvent aussi entraîner un ralentissement de la vitesse de déplacement et une difficulté à parcourir de longues distances en continu.

Enfin, les variations géographiques du vieillissement ne doivent pas être négligées. En effet, les populations de toutes les régions ne vieillissent pas autant, ni au même rythme. Les acteurs de santé publique locaux et régionaux ne vivent ainsi pas tous la même réalité et doivent bien analyser le contexte sociodémographique pour voir si et comment le vieillissement se manifeste dans un secteur désigné.

La seconde partie de ce document se consacre à la question suivante : comment les acteurs de santé publique peuvent-ils faire la promotion du transport actif sécuritaire dans ce contexte de vieillissement?

En somme, le vieillissement de la population canadienne en général et l'augmentation de la proportion des personnes âgées en particulier semblent indiquer que, toutes choses étant égales par ailleurs (ressources financières et énergétiques, offre en transport collectif et actif, etc.) :

- le transport actif serait de moins en moins utilisé;
- de plus en plus de personnes se retrouveraient dans une catégorie d'âge très avancé pour laquelle le transport actif est nettement plus risqué.

Tout cela semble signifier que la promotion du transport actif sécuritaire deviendrait plus importante et nécessiterait une action intensifiée sur les rues et réseaux de rues.

Pistes d'action pour la promotion du transport actif sécuritaire chez les aînés

Tel qu'il a été évoqué plus haut, les grands déterminants du transport actif sécuritaire pour les personnes âgées semblent globalement les mêmes que pour le reste de la population. En effet, la densité, la mixité fonctionnelle, la connectivité des réseaux de déplacement actif, les volumes et vitesses de circulation motorisée sont les principaux déterminants de l'adoption ou non des modes de déplacement actifs et du niveau de sécurité de leurs usages. Dans le cadre de nos travaux, nous avons principalement choisi de nous concentrer sur les politiques et les pratiques d'aménagement des rues et réseaux de rues.

En Amérique du Nord, et particulièrement dans les milieux d'expression anglaise, un nouveau mouvement d'aménagement des rues s'actualise sous le vocable *complete streets* (parfois traduit par l'expression « rues complètes ») ces dernières années⁷. Nous situons d'abord le mouvement des

⁷ À ce jour, il ne semble pas y avoir de mouvement semblable au Québec ou dans les autres milieux francophones au Canada. Cela ne témoigne pas nécessairement d'une absence totale de pratiques ou

rues complètes dans le champ actuel du transport. Ensuite, nous examinons les différentes pistes d'action ouvertes par le mouvement en vue d'une plus grande convivialité et d'une plus grande sécurité des déplacements actifs des aînés.

LE MOUVEMENT DES RUES COMPLÈTES DANS LE CHAMP DES TRANSPORTS

Le mouvement des « rues complètes » présente un certain tronc commun idéologique et normatif parmi les divers acteurs qui s'en réclament. En effet, ces acteurs portent tous une volonté de penser l'aménagement des rues en fonction d'une diversité de modes (et non plus seulement en fonction des véhicules motorisés individuels) et en fonction de personnes d'âge et de niveaux d'habileté variables (et non plus en prenant pour point de référence des adultes possédant un niveau d'habileté moyen). En ce sens, cette approche se situe en décalage avec l'approche prédominante en transport depuis l'après-guerre, qui a clairement mis l'accent sur les modes de transport motorisés individuels que sont le camion et la voiture, et sur des usagers d'âge adulte présentant un niveau d'agilité relativement élevé.

Mais une ligne de partage importante distingue les acteurs du mouvement. En effet, une large majorité d'acteurs insiste exclusivement sur la réalisation d'aménagements en fonction de différents âges et niveaux d'habiletés. En cela, les politiques et les pratiques promues par ces acteurs de rues complètes semblent s'inscrire assez aisément dans la tradition dite du design universel. Cette tradition, qui dépasse nettement les questions d'aménagement des rues et réseaux de rues, s'est institutionnalisée graduellement, en Amérique du Nord, à compter des années 1970 (Story, Mueler et Mace, 1998).

Pour certains autres acteurs, toutefois, il s'agit de promouvoir un design au bénéfice de bien d'autres sous-groupes ou segments de la population que ceux définis par l'âge ou le niveau d'habileté. Par exemple, pour la *National Complete Streets Coalition* des États-Unis : « Les rues sont une dimension fondamentale de collectivités conviviales et actives.

de politiques d'aménagement favorables au transport actif sécuritaire, bien sûr. Pourtant, les acteurs de ces pratiques et de ces politiques ne semblent pas pour l'instant avoir développé de réseau suffisamment formalisé de développement et d'échange de connaissances pour s'identifier par un nom.

Chacun, peu importe son âge, son niveau d'habileté, son revenu, sa race ou son ethnicité, devrait avoir un accès sécuritaire, confortable et pratique aux destinations et places publiques - que ce soit en marchant, en conduisant un véhicule motorisé, à vélo ou en prenant le transport public. Mais trop de nos rues sont aménagées uniquement pour les voitures filant à haute vitesse ou, pire, la congestion chronique »⁸ (traduction libre). Ces préoccupations plus larges en termes d'équité se retrouvent également dans une publication de l'organisation chapeautant la coalition états-unienne pour des rues complètes, suggérant des critères d'évaluation des politiques de rues complètes, mais elles font aussi partie des lignes directrices en matière de rues complètes de la Ville de Toronto⁹ (AARP, 2015).

En adoptant une vision plus large des inégalités à corriger, ces acteurs semblent plutôt s'inscrire dans le mouvement de justice environnementale tel qu'il s'est d'abord manifesté dans les grands programmes autoroutiers des années 1960-1970 aux États-Unis. Ils semblent être en décalage avec la tradition du design universel, qui n'a apparemment pas porté une grande attention aux inégalités économiques ou ethniques qui traversent les politiques et les pratiques d'aménagement des voies publiques et du transport plus généralement. Les acteurs de santé publique se préoccupant d'inégalités de santé peuvent y avoir là une décision à prendre sur le positionnement à adopter en ce qui a trait aux questions d'équité. Mener une réflexion sur ce positionnement s'avère d'autant plus important que les politiques et les pratiques d'aménagement de rues plus conviviales pour les usagers du vélo ou de la marche sont fréquemment identifiées comme un des facteurs alimentant les dynamiques d'embourgeoisement responsables du déplacement des segments de la population les plus défavorisés (Flanagan, Lachapelle et El-Geneidy, 2016).

QUELQUES PISTES D'ACTION POUR LES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

Par ailleurs, le vieillissement et ses tenants et aboutissants ont probablement pour effet de

⁸ Voir : <http://www.smartgrowthamerica.org/complete-streets> (en anglais seulement, lien consulté le 29 mars 2016).

⁹ Voir : <http://www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=bdb604f82477d410VgnVCM10000071d60f89RCRD> (en anglais seulement, lien consulté le 19 mai 2016).

renforcer la justification et l'importance d'un certain nombre d'interventions, de normes ou de principes déjà promus par plusieurs acteurs de santé publique. En effet, la densification, l'accroissement de la mixité des fonctions et de la connectivité des réseaux de voies publiques, ainsi qu'un design plus favorable et sécuritaire pour les modes de transport actifs (pistes cyclables protégées, intersections surélevées et autres dispositifs de protection séparant les modes de déplacement actifs des flux de circulation motorisée ou ralentissant les véhicules motorisés) sont bénéfiques pour l'adoption de modes de transport actifs et la sécurité dans les déplacements. Ces derniers dispositifs sont particulièrement pertinents pour les aînés comme pour d'autres catégories de personnes présentant des niveaux d'habileté et de capacité réduits ou des niveaux d'insécurité élevés.



Figure 1 Un trottoir traversant à Stockholm (Suède)

La surface piétonne étant continue, il n'implique pas de montée et de descente dans la rue pour le piéton. Cela est particulièrement convivial pour les personnes avec des limitations motrices, comme c'est souvent le cas des personnes en âge très avancé. Les traverses piétonnes et les intersections surélevées sont des options parentes en ce sens, même si dans ces deux cas le domaine de la rue est préservé, alors qu'il s'interrompt dans le cas du trottoir continu.

Photographe : Lior Steinberg

Source : <http://www.lvblcity.com/blog/2014/9/sidewalks-instead-of-crosswalks>.

Le vieillissement de la population amènera peut-être par ailleurs les acteurs politiques à insister davantage sur des dispositifs d'aménagement dont on ne fait pas encore beaucoup la promotion, mais qui semblent particulièrement favorables aux aînés les plus âgés, tels que : les trottoirs continus, les traverses piétonnes surélevées ou les rues à priorité

piétonne¹⁰ (voir la Figure 1). À l'instar d'autres interventions, celles-ci forcent les conducteurs de véhicules à adopter des vitesses de circulation réduites, améliorant ainsi les conditions de sécurité et la convivialité des rues plus globalement. De surcroît, elles ont comme caractéristique commune une continuité de la surface de marche – quoique pas dans tous les cas de rues à priorité piétonne. Cette continuité de la surface de marche peut être particulièrement favorable pour des personnes ayant une habileté moindre à négocier les dénivelés. Cela pourrait aussi amener à promouvoir d'autres types d'infrastructures adaptées, comme l'implantation de bancs sur les trajets les plus fréquemment empruntés par des aînés dans leurs activités quotidiennes – et cela, afin que les personnes puissent s'y reposer plus aisément.

Dans certaines régions du pays, des regroupements de personnes aînées se sont déjà passablement impliqués dans les politiques au sujet de la mobilité en général, mais aussi de l'aménagement des rues et réseaux de rues en particulier. C'est le cas par exemple de la Table de concertation des aînés de l'île de Montréal, qui a mené plusieurs projets et activités visant à influencer l'aménagement des rues¹¹. Ces regroupements constituent des alliés potentiels importants pour les acteurs de santé publique.

Divers lieux et réseaux d'échange et de collaboration autour des villes et des collectivités « amies des aînés » peuvent aussi offrir des ressources utiles aux acteurs de santé publique qui cherchent à influencer l'aménagement des rues et réseaux de rues. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada a développé dans son site Web une section consacrée aux collectivités amies des aînés¹². À titre

¹⁰ Pour plus d'information sur les rues à priorité piétonne, il est possible de consulter une fiche d'information du CCNPPS sur le sujet. Voir :

http://www.ccnpps.ca/187/Publications.ccnpps?id_article=156.

Plusieurs autres publications concernant des interventions ou des normes pouvant être favorables aux personnes aînées, entre autres usagers, sont disponibles sur notre site Web : interventions d'apaisement de la circulation; normes municipales de largeurs de voie de circulation réduites et limites de vitesse à 30 km/h sur les rues locales, etc. Voir :

<http://www.ccnpps.ca/187/Publications.ccnpps>.

¹¹ Voir : <http://tcaim.org/dossiers/transport-et-mobilite-des-aines/transport-et-mobilite-des-aines/> (lien consulté le 17 mai 2016).

¹² Voir : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/afc-caa-fra.php> (lien consulté le 19 mai 2016).

de dernier exemple, l'Organisation mondiale de la Santé a mis sur pied le Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés¹³.

L'aménagement ou le réaménagement des rues et réseaux de rues n'est qu'une des dimensions de l'environnement bâti susceptible d'être modifié dans un contexte de vieillissement populationnel. On peut également penser qu'il faudra probablement aussi modifier le design et l'organisation des édifices résidentiels et commerciaux, des stations de transport collectif, des parcs et des places publiques, etc. Mais les rues formant une part importante – voire la plus imposante dans plusieurs villes – des espaces publics contemporains, et leur aménagement actuel créant un environnement à risque assez élevé et peu convivial pour les personnes âgées, il paraît plutôt important de leur porter une attention soutenue.

¹³ Voir : http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/ (lien consulté le 17 mai 2016).

Références

- AARP. (2015). *Evaluating complete streets projects: A guide for practitioners*. Washington, D.C. : AARP Government Affairs, State Advocacy & Strategy Integration. Consulté en ligne à : <http://www.smartgrowthamerica.org/documents/evaluating-complete-streets-projects.pdf>
- Cunningham, G. O., Michael, Y. L., Farquhar, S. A. et Lapidus, J. (2005). Developing a reliable senior walking environmental assessment tool. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(3), 215-217.
- Ekelund, U. (2014). Lifetime lifestyles II: physical activity, the life course, and ageing. Dans D. Kuh, R. Cooper, R. Hardy, M. Richards et Y. Ben-Shlomo. *A Life Course Approach to Healthy Ageing*. (pp. 229 – 245). New York, Oxford University Press.
- Flanagan, E., Lachapelle, U. et El-Geneidy, A. (2016). Riding tandem: Does cycling infrastructure investment mirror gentrification and privilege in Portland, OR and Chicago, IL? *Research in Transportation Economics*, Septembre. Consulté en ligne à : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0739885915300287>
- Lachapelle, U. et Cloutier, M.-S. (2017). On the complexity of finishing a crossing on time: Elderly pedestrians, timing and cycling infrastructure. *Transportation Research Part A*, 96, 54–63. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.tra.2016.12.005>
- Manitoba Public Insurance. (2012). *Traffic Collision Statistics Report 2012*. Winnipeg, Manitoba. Consulté en ligne à : <https://www.mpi.mb.ca/en/PDFs/TCSR2012.pdf>
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2015). *Bilan 2014 : accidents, parc automobile et permis de conduire*. Direction de la recherche et du développement en sécurité routière. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- Story, M. F., Mueler, J.L. et Mace, R.L. (1998). *The universal design file. Designing for people of all ages and abilities*. Revised edition. Raleigh, Caroline du Nord : Center for Universal Design, NC State University.
- Toronto Public Health. (2012). *Road to Health. A Healthy Toronto by Design Report*. Toronto, Canada: City of Toronto. Consulté en ligne à : <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2012/hl/bgrd/backgroundfile-46520.pdf>

Mars 2017

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

Soutien à l'édition : Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Gagnon, F. (2017). *Vieillesse et transport actif sécuritaire : enjeux et pistes d'action pour l'aménagement des voies publiques*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Marie-Soleil Cloutier (Institut national de la recherche scientifique) et Félix Gravel (Conseil régional de l'environnement de Montréal) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

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.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

N° de publication : XXXX

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web 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 données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

