

Les connaissances en santé développementale comme moteur de politiques familiales favorables à la santé au Canada

Avril 2012

Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

Cette note documentaire découle des travaux de recherche de la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit et du Human Early Learning Partnership¹. Elle vise à développer un outil d'évaluation des politiques familiales canadiennes qui servira à assurer un suivi et à rendre compte des progrès réalisés.

Introduction

Bien que les Canadiens et les Canadiennes aient investi massivement dans des secteurs comme la santé et l'éducation pendant des années, le pays accuse maintenant un retard en ce qui concerne les ressources destinées à l'enfance. Environ 27 % des enfants canadiens d'âge scolaire n'ont pas les atouts développementaux nécessaires pour réussir dès leur entrée à l'école et plus tard dans la vie (Kershaw, Irwin, Trafford et Hertzman, 2005; Willms, 2002).

Les acteurs de la santé publique sont sans cesse plus conscients des répercussions de cette situation sur la santé des Canadiens et des Canadiennes de tous âges, à court et à long terme. Cette note documentaire offre une définition de la santé développementale, aborde ses déterminants sociaux, présente quelques données statistiques pour le Canada et suggère un cadre de politiques familiales favorables à la santé développementale.

Définition de la santé développementale

L'expression **santé développementale** réfère à une vaste gamme d'états, d'aptitudes, de capacités, de compétences et de réalisations qui définissent et établissent les étapes de la croissance et du développement dans les premières années de vie de l'enfant. Cette expression tient compte de résultats mesurables,

dont la santé physique, la santé mentale, les compétences sociales et émotionnelles, les aptitudes cognitives et le niveau de scolarité (Keating et Hertzman, 1999). La définition de la santé développementale est plus large que d'autres expressions courantes qui renvoient aux résultats associés au développement de l'enfant, comme la maturité scolaire², la santé, la réussite scolaire ou le bien-être. L'expression « santé développementale », utilisée dans cette note documentaire, conçoit le développement de l'enfant dans une perspective globale. Deux raisons en justifient l'usage.

Premièrement, dans nos sociétés, les institutions, structures et systèmes en place sont d'abord conçus pour aborder les aspects du développement de façon séparée : le système de santé cible la santé physique; le système d'éducation se concentre essentiellement sur les aptitudes cognitives; et, en règle générale, les services sociaux accordent la priorité aux besoins sociaux et émotionnels des familles et des collectivités. Par conséquent, les sphères du développement sont souvent traitées isolément autant sur le plan conceptuel que pratique. Ce cloisonnement des aspects du développement de l'enfant donne lieu à des soins souvent fragmentés et mal coordonnés, ce qui oblige les enfants et leur famille à ajuster leurs besoins aux différentes structures bureaucratiques plutôt que ce soit ces structures bureaucratiques qui se coordonnent et collaborent dans le but de répondre globalement aux besoins des jeunes enfants et de leur famille.

² Il convient toutefois de noter que des conceptualisations récentes de la maturité scolaire et du bien-être sont devenues en elles-mêmes des expressions sans cesse plus élargies et holistiques. À titre d'exemple, Janus et Offord (2007) définissent la maturité scolaire comme un phénomène englobant les cinq éléments suivants : la santé et le bien-être physique, les compétences sociales, la maturité affective, les aptitudes langagières et cognitives ainsi que les habiletés de communication et la connaissance générale.

¹ Pour obtenir plus de détails, vous pouvez consulter la version intégrale du rapport en suivant ce lien : <http://www.kidskan.ca/policyassessment>.



La deuxième raison pour laquelle il faut insister sur la nature holistique du développement tient au fait que les résultats enregistrés dans les différentes sphères du développement sont étroitement liés. Autrement dit, le développement dans un domaine dépend du développement dans d'autres domaines et prend appui sur ce dernier. Dans ce processus, les résultats se renforcent mutuellement tout en étant itératifs. À titre d'exemple, un enfant solide sur le plan émotif et qui n'est pas distrait par des anxiétés sociales est susceptible de mieux se concentrer sur ses expériences d'apprentissage. Ainsi, une fois que l'enfant obtient du succès dans ses expériences d'apprentissage et que cette réussite est suivie du renforcement positif des parents, des professeurs et des pairs, la confiance en soi et la motivation de l'enfant tendent à s'accroître davantage. Le développement du cerveau et des habiletés s'effectuent séquentiellement, de « bas en haut », à l'image de la construction d'une maison et de ses diverses composantes (voir la figure 1).

Élément tout aussi important : l'existence de **périodes de vulnérabilité** dans ces domaines interdépendants tout au long des premières années de la vie, comme le montre la figure 1 ci-dessous.

Ainsi, à partir du moment de la conception, et tout au long de la petite enfance, le développement dans les domaines social, cognitif, émotif et physique est très sensible aux influences environnementales dont l'enfant dépend grandement, que cet environnement soit l'utérus, la famille, le voisinage, la collectivité, le service de garde, la prématernelle ou la société dans son ensemble. Cette interaction entre l'enfant en développement, ses environnements et ses expériences fonctionne selon un « processus de service-retour » dans lequel l'enfant interagit constamment avec un parent ou une personne responsable dans un mode d'action-réaction qui non seulement favorise l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant, mais contribue également au développement biologique de l'architecture de son cerveau. Les récentes études sur le développement de cet organe ont illustré de manière convaincante ces concepts développementaux.

Un domaine de la recherche en neuroscience qui a particulièrement retenu l'attention est celui dont les travaux démontrent que les expériences et l'environnement des premières années de la vie ont des conséquences à long terme puisqu'ils modifient la composition chimique de la structure des gènes du cerveau en développement (National Scientific Council on the Developing Child, 2010).

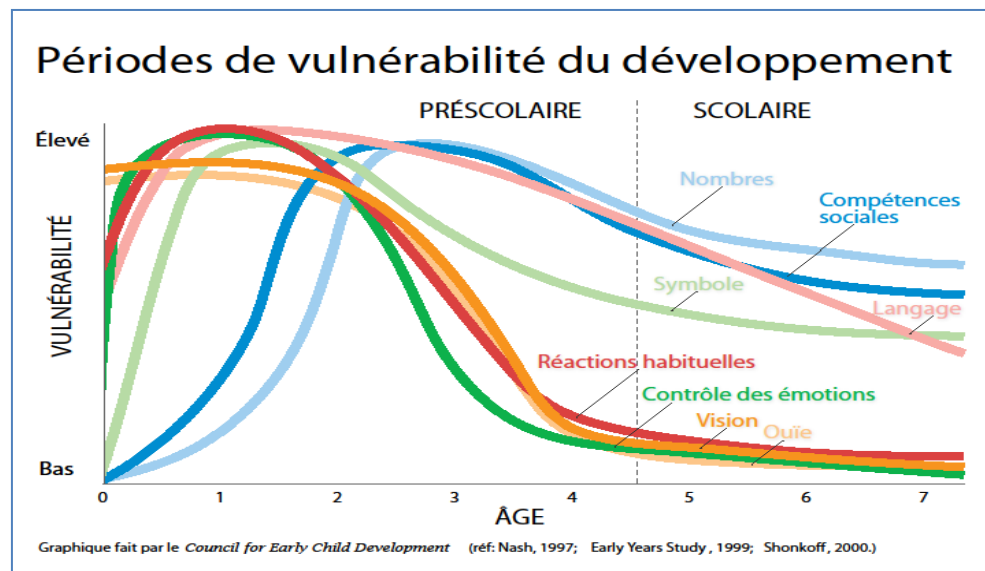


Figure 1 Périodes de vulnérabilité au cours des premiers stades du développement du cerveau

Le développement de cet organe s'effectue de façon séquentielle « de bas en haut » et s'avère particulièrement sensible aux environnements et aux expériences précoces (Council for Early Child Development, 2010).
Utilisé avec permission.

Ainsi, non seulement le cerveau est malléable, mais il est modifié par les environnements et les expériences, positives ou négatives, qui surviennent dans les premières années de la vie. Les expériences négatives peuvent être catégorisées selon divers degrés, comme « tolérable » ou « néfaste ». Il a également été démontré qu'une exposition à des défis ordinaires au quotidien ainsi qu'à des tâches appropriées sur le plan du développement peut s'avérer bénéfique à long terme si les enfants reçoivent les soins, le soutien et la possibilité d'apprendre comment surmonter ces défis et composer avec eux. Autrement dit, une combinaison bien équilibrée de soins et de soutien, d'une part, et l'exposition à des défis, d'autre part, peut préparer les enfants pour la vie de la même façon que des inoculateurs préparent le système immunitaire à bien fonctionner plus tard (Hertzman et Boyce, 2010; Pluess et Belsky; 2009; Boyce et Ellis, 2005).

Déterminants sociaux favorables à la santé développementale de l'enfant

La recherche a démontré qu'il existe des facteurs clés qui servent de pierre d'assise à la santé développementale de l'enfant. Ces piliers, aussi appelés **déterminants sociaux** de la santé développementale (Keating et Hertzman, 1999), peuvent être envisagés selon trois thèmes généraux :

- Les soins : soit des **soins** constants, aimants, sécurisants et stimulants d'au moins une personne en particulier (*caregiver*) (Ainsworth, 1989; Ainsworth et Bowlby, 1991);
- Le soutien : le fait de fournir à l'enfant des aliments sains et nutritifs, un accès à des soins préventifs, de **soutien** et de dépistage ainsi qu'à des soins médicaux;
- La possibilité : la **possibilité** d'avoir accès à des interactions sociales fiables et sans cesse plus complexes ainsi qu'à des activités ludiques et à des expériences d'apprentissage (Bronfenbrenner, 1979; Sroufe, Egeland, Carlson et Collins, 2005).

Dans la plupart des sociétés industrialisées, dont le Canada, la présence de ces trois piliers généraux du développement humain — les soins, le soutien et la possibilité — est grandement tributaire de deux conditions habilitantes :

- la **disponibilité en temps et les ressources de la famille** (le temps de prendre soin personnellement des enfants; un revenu, des ressources financières et des moyens éducatifs adéquats; les connaissances et l'accès à l'information);
- des **services communautaires accessibles et universels**, tels que des programmes et des services d'éducation et de garde ainsi que des soins de santé de haute qualité.

La santé développementale suit généralement un gradient socio-économique (Keating et Hertzman, 1999; McCain et Mustard, 1999), ce qui signifie que les tendances des statuts socio-économiques correspondent de près à celles de nombreux résultats en santé et en éducation. La proportion d'enfants présentant une vulnérabilité développementale au sein d'une population s'accroît (de façon linéaire) avec l'affaiblissement du statut socio-économique : plus ce statut est faible, plus le nombre d'enfants présentant une vulnérabilité développementale est élevé.

Bien que la probabilité de vulnérabilité développementale soit plus élevée au sein des familles dont le statut socio-économique est faible (incluant celles qui vivent dans la pauvreté), le **nombre le plus élevé d'enfants** vulnérables sur le plan de la santé développementale se répartit parmi les familles du spectre socio-économique moyen du Canada (la vaste majorité des enfants provenant de familles de niveau socio-économique moyen). Ces conclusions pointent vers un fait incontournable : une bonne santé développementale, qui permet d'obtenir de meilleurs résultats pour l'enfant et la société, exige une combinaison de politiques et de programmes ciblant les familles situées à l'extrémité la plus faible du spectre socio-économique ainsi que toutes les familles dans l'ensemble du spectre économique. Autrement dit, il faut à la fois des politiques et des programmes ciblés et universels.

Données statistiques clés pour le Canada

Dans le contexte canadien, un certain nombre d'indicateurs des résultats en santé développementale de l'enfant témoignent du fait que plusieurs enfants ne performant pas bien. À titre d'exemple, la prévalence des problèmes de santé mentale et des troubles psychiatriques chez les

enfants varient de 10 % à 20 % (Breton *et al.*, 1999; Offord *et al.*, 1987; Spady, Schopflocher, Svenson et Thompson, 2001); environ 26 % des enfants de 2 à 17 ans souffrent d'embonpoint ou sont obèses (Shields, 2005); environ 3 % des enfants de 5 à 14 ans reçoivent un diagnostic de trouble d'apprentissage (Statistique Canada, 2007); et environ 10 % de tous les enfants abandonnent leurs études (Bowlby, 2005).

Certains ont suggéré, en s'appuyant sur les conclusions de la *National Longitudinal Study on Children and Youth* ainsi que sur des études de l'ensemble de la population réalisées au moyen du *Early Development Instrument* (Janus et Offord, 2007) qu'environ 27 % des enfants canadiens d'âge scolaire ne satisfont pas à l'ensemble des indicateurs développementaux (les compétences sociales, émotionnelles et cognitives appropriées en fonction de leur âge) ou ne possèdent pas tous les atouts développementaux (p. ex., assez de temps de qualité en compagnie d'une personne qui prodigue des soins) nécessaires pour obtenir du succès au moment de leur entrée à l'école et plus tard au cours de leur vie (Kershaw *et al.*, 2005; Willms, 2002).

La santé développementale de l'enfant : les incidences à long terme

La preuve pointe en direction d'un autre fait primordial : la santé développementale en bas âge est fortement liée à la probabilité accrue de résultats positifs plus tard dans la vie, comme la réussite scolaire et professionnelle et une meilleure santé, ainsi qu'à la probabilité réduite de résultats négatifs, comme le chômage, le comportement criminel et la mortalité (Schweinhart, Barnes et Weikart, 1993). Bref, les enfants qui connaissent un développement sain dans la petite enfance sont plus susceptibles de devenir des adultes qui se développent sainement, ce qui a des retombées positives à la fois pour l'individu et pour la société dans son ensemble.

Résultat : la santé développementale de l'ensemble de la collectivité est essentielle pour optimiser le capital humain sur lequel s'appuie le Canada pour maintenir des niveaux élevés de bien-être sociétal, de progrès durable et de prospérité économique. En fait, de multiples analyses internationales montrent que les interventions les plus rentables sur le plan du

capital humain ciblent les jeunes enfants (p. ex., Belfield, Barnett et Schweinhart, 2006; Heckman, 2008).

Une récente étude du gouvernement de la Colombie-Britannique prédit que la mise en œuvre d'une politique familiale globale dans cette province permettra au PIB de croître de 20 % à long terme puisque l'amélioration de la santé développementale dans la petite enfance a pour effet de réduire le taux de criminalité et d'améliorer les résultats plus tard au cours de la vie dans les secteurs de l'emploi, des revenus et de la santé. À court terme, la productivité parentale augmente tandis que les coûts liés au déséquilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, à la pauvreté et à l'aide sociale à l'enfance s'en trouvent réduits (Kershaw, Anderson, Warburton et Hertzman, 2009). Au total, il a été évalué que les avantages pour la société d'une politique familiale globale surpassent les coûts dans un rapport de six contre un (Kershaw *et al.*, 2009).

Un cadre de politiques familiales favorables à la santé développementale

Fondé sur les concepts et les données probantes de la recherche présentés jusqu'à maintenant, un cadre de politiques familiales a été élaboré (voir la figure 2 à la page 5). Il résume les conditions habilitantes essentielles et les bases favorables à la santé développementale des jeunes enfants. Le cadre de politiques illustre les principes qui orientent la relation entre la santé développementale de l'enfant, les déterminants sociaux de la santé développementale et les contextes institutionnels sociaux et sociétaux (la famille, les réseaux sociaux ainsi que les services de santé, d'éducation et de garde des collectivités) sur lesquels se fonde la santé développementale.

Le cadre de politiques familiales met de l'avant quatre principes directeurs :

- l'uniformité;
- l'accès universel;
- la qualité;
- l'adaptabilité à l'environnement et à la culture locale.

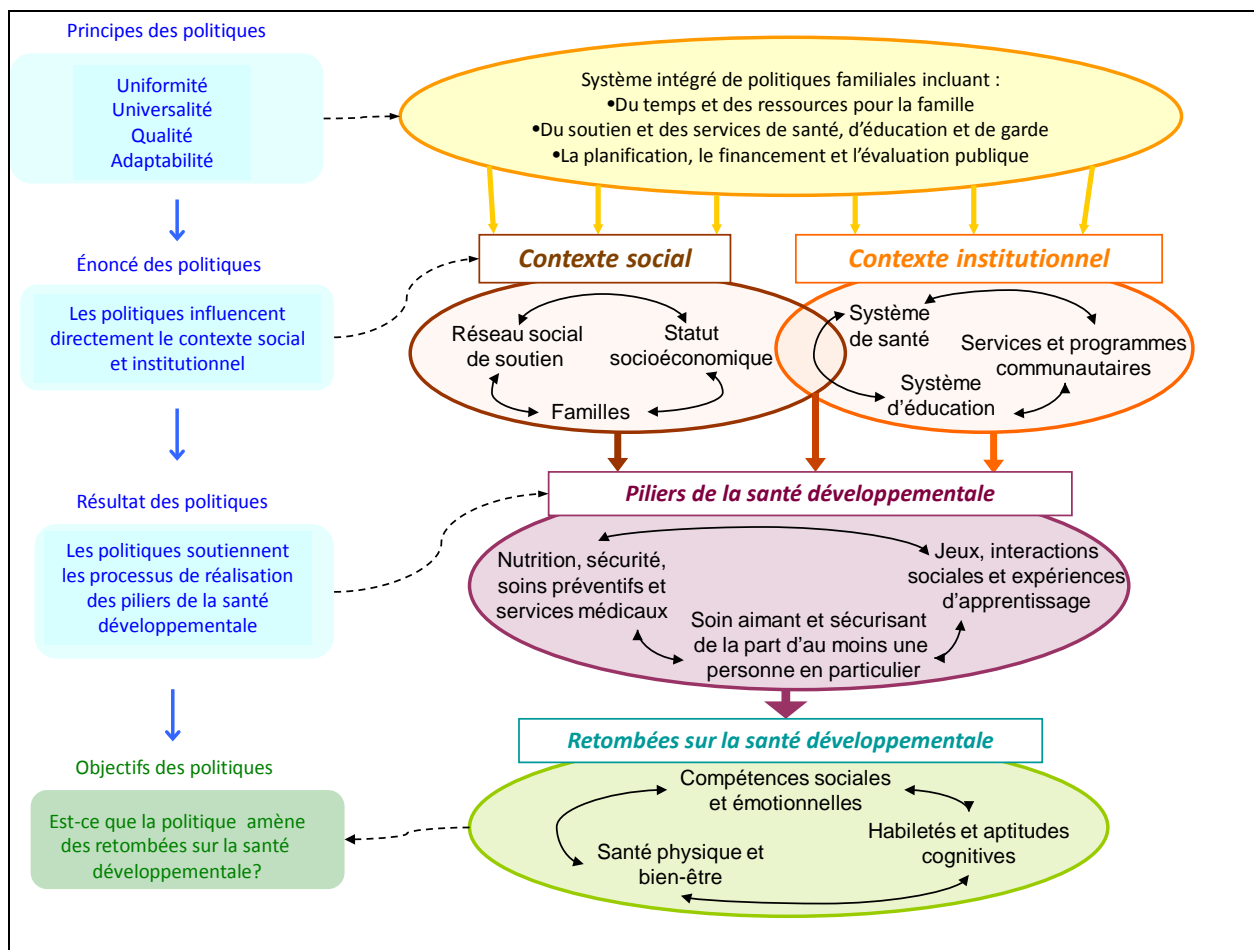


Figure 2 Cadre d'analyse des politiques familiales favorables à la santé développementale

(Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, 2010).
Utilisé avec permission.

L'UNIFORMITÉ

Premièrement, le principe d'uniformité s'appuie sur la recherche qui montre que le développement humain est lié au degré avec lequel les premiers environnements de l'enfant sont prévisibles et les conditions, anticipées. Ainsi, les familles et les collectivités, dans leurs efforts visant à élever des enfants sains sur le plan du développement, doivent être en mesure de s'appuyer sur la disponibilité de certains soutiens dans le temps et dans l'espace, dans l'ensemble des différents contextes locaux (Bronfenbrenner, 1979; 1992; Bronfenbrenner et Morris, 2006).

ACCÈS UNIVERSEL

Deuxièmement, la mise en œuvre des politiques recommandées devrait être guidée par le principe de l'accès universel, lequel doit s'équilibrer avec les approches ciblées pour assurer l'inclusion complète des aspects physique, social et culturel.

QUALITÉ

Troisièmement, les politiques et les programmes doivent promouvoir des environnements qui nourrissent et stimulent avec une efficacité constante tous les jeunes enfants. En règle générale, ce principe renvoie également à la qualité des programmes et des services.

ADAPTABILITÉ À L'ENVIRONNEMENT ET À LA CULTURE LOCALE

Enfin, le processus de mise en œuvre de la politique devrait être guidé par le principe de sensibilité et d'adaptabilité aux contextes local et culturel, en particulier aux compétences, aux ressources et aux besoins des collectivités (Domitrovich et Greenberg, 2000; Elias, Zins et Graczyk, 2003). Le principe de sensibilité et d'adaptabilité aux différents contextes locaux et culturels est étroitement lié au principe d'accès universel. Il a été démontré que les politiques et les programmes, qui sont mandatés pour être mis en œuvre d'une manière universelle et uniforme, mais qui, en parallèle, ne tiennent pas compte ou ignorent les facteurs contextuels, culturels et locaux, échouent souvent puisqu'ils ne parviennent pas en règle générale à s'inscrire dans la durée et vont parfois jusqu'à entraîner des résultats contreproductifs (Rogers, 1995; Smith, Pepler et Rigby, 2004).

Conclusion

Bien que la vulnérabilité développementale en bas âge soit répandue au Canada, elle ne constitue pas pour autant un phénomène irréversible. Pour atteindre des degrés supérieurs et plus équitables de santé développementale pour les jeunes enfants, il faut s'assurer que les familles disposent de ressources adéquates et de temps suffisant, d'une part, et qu'elles jouissent d'un accès universel à des services d'éducation, de garde et de santé de qualité, d'autre part. Des politiques qui tiennent compte de ces préoccupations pourraient être considérées comme des politiques familiales favorables à la santé développementale de l'ensemble des enfants au Canada.

Références

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.
- Ainsworth, M. S. et Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333–341.
- Belfield, C. R., Nores, M., Barnett, S. et Schweinhart, L. (2006). The High/Scope Perry preschool program: Cost–benefit analysis using data from the age-40 followup. *Journal of Human Resources*, 41, 162-190.
- Bowlby, G. (2005). Taux de décrochage provinciaux – Tendances et conséquences. Questions d'éducation. *Enquête sur la population active*, Statistiques Canada, 2 (4). Consulté en ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2005004/8984-fra.htm>
- Boyce, W. T. et Ellis, B. J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17, 271-301.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L. et Lepine, S. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (3), 375-384.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. Dans R. Vasta (dir.), *Six Theories of Child Development: Revised formulations and current issues*. (pp. 187–249). London: Jessica Kingsley Publishing.
- Bronfenbrenner, U. et Morris, P. (2006). The bioecological model of human development. Dans W. Damon et R. M. Lerner (dir.), *Handbook of Child Development, Volume 1, Theoretical Models of Human Development* (6th ed.).(pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley.

- Domitrovich, C. E. et Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11, 193-221.
- Council for Early Child Development. (2010). *The Science of Early Child Development*. Briefing Paper. Consulté en ligne à : http://earlylearning.ubc.ca/media/uploads/publications/cecd_2010_the-science-of.pdf
- Elias, M. J., Zins, J. E. et Graczyk, P. A. (2003). Implementation, sustainability, and scaling-up of social-emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32, 303-319.
- Heckman, J.J. (2008). Schools, Skills and Synapses. *Economic Inquiry*, 46, 289-324. Consulté en ligne à : <http://ftp.iza.org/dp3515.pdf>
- Hertzman, C. et Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*, 31, 329-347.
- Janus, M. et Offord, D. (2007). Development and psychometric properties of the Early Development Instrument (EDI): A measure of children's school readiness. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39, 1-22.
- Keating, D. P. et Hertzman, C. (1999). *Developmental Health and the Wealth of Nations. Social, biological, and educational dynamics*. New York, NY: Guilford Press.
- Kershaw, P., Anderson, L., Warburton, B. et Hertzman, C. (2009). *15 by 15: A comprehensive policy framework for early human capital investment in BC*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership, University of British Columbia.
- Kershaw, P., Irwin, L., Trafford, K. et Hertzman, C. (2005). *The British Columbia Atlas of Child Development* (1st ed., Vol. 40). Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership, Western Geographical Press.
- McCain, M. N. et Mustard, J. F. (1999). *Early Years Study: Reversing the real brain drain*. Toronto, ON: Publications Ontario.
- Nash, M. (1997). How a child's brain develops. *Time*(3), 55.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: Working paper no. 10*. Consulté en ligne à : http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp10/
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T, Woodward, C.A. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44(9), 832-836.
- Pluess, M. et Belsky, J. (2009). Differential susceptibility to rearing experience: The case of childcare. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 396-404.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York, NY: The Free Press.
- Schweinhart, L. J., Barnes, H. V. et Weikart, D. P. (1993). *Significant Benefits: The High/Slope Perry Preschool Study through age 27*. Monographs of the High-Slope Educational Research Foundation, No. 10. Ypsilanti, MI: High/Slope Press.
- Shields, M. (2005). Measured Obesity: Overweight Canadian children and adolescents. Statistics Canada, Analytic Studies and Reports. ISSN: 1716-6713). Consulté en ligne à : http://www.statcan.gc.ca/access_acces/arc/hive.action?loc=/pub/82-620-m/2005001/pdf/4193660-eng.pdf
- Shonkoff, J.P. et Phillips, D. (dir.). (2000). *From Neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Smith, P. K., Pepler, D. et Rigby, K. (dir.). (2004). *Bullying in schools: How successful can interventions be?* New York, NY: Cambridge University Press.

Spady, D.W., Schopflocher, D.P., Svenson, L.W. et Thompson, A.H. (2001). Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician's billing data. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 1153-1159.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. et Collins, W. A. (2005). *The Development of the Person*. New York, NY: Guilford Press.

Statistiques Canada. (2007). *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : Rapport analytique*. Catalogue 89-628-XWF. No. 2. Consulté en ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-628-x/2007002/4125020-fra.htm>

Willms, J.D. (2002). *Vulnerable Children: Findings from Canada's national longitudinal survey of children and youth*, Edmonton, AB: University of Alberta Press.

Avril 2012

Auteurs :

Nazeem Muhajarine, Ph. D.

Chef du Healthy Children Research Team, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit
Professeur et titulaire de la Chaire en santé communautaire et épidémiologie de l'Université de la Saskatchewan

Lynell Anderson, CGA

Chercheuse principale, Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique

Monica Lysack, M. Ed.

Consultante en éducation, Régina, Saskatchewan

Martin Guhn, Ph. D.

Boursier de recherches postdoctorales, Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique

Fleur Macqueen Smith, M.A.

Gestionnaire en transfert des connaissances, Healthy Children Research Team, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit

REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) tient à remercier chaleureusement Nathalie Burlone, Julie Poissant, Jayne Pivik et un réviseur anonyme pour leurs commentaires utiles.

Le 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 : 1524

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 on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the Institut national de santé publique du Québec website at: www.inspq.qc.ca/english.

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 – 3^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-65762-0 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-65763-7 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-65760-6 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-65761-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

