

Initiative sur la santé de la population canadienne • Institut de la santé publique et des populations

# LE CHEMIN À PARCOURIR

Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information



CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research  
Instituts de recherche en santé du Canada

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé  
377, rue Dalhousie  
Bureau 200  
Ottawa (Ontario) Canada  
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-029-5

© 2002 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title of:  
Charting the Course  
A Pan-Canadian Consultation on Population and Public Health Priorities  
ISBN 1-55392-028-7

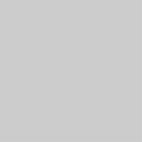
LE CHEMIN À PARCOURIR

UNE CONSULTATION PANCANADIENNE  
SUR LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE  
SANTÉ PUBLIQUE ET DES POPULATIONS

Instituts de recherche en santé du Canada,  
Institut de la santé publique et des populations

Institut canadien d'information sur la santé,  
Initiative sur la santé de la population canadienne

Mai 2002



# PRÉFACE

En été 2001, les membres du Conseil consultatif de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada, et les membres du Conseil de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé ont recommandé le travail en collaboration de l'ISPP et l'ISPC, afin d'identifier les priorités pour la recherche sur la santé publique et des populations et la transmission des connaissances. En septembre et octobre 2001, les deux organismes ont travaillé conjointement sur des séances de consultation menées dans dix villes canadiennes.

Ces séances de consultation ont fourni une importante référence pour exprimer les priorités en une réaction positive de la part de la communauté de la santé publique et des populations.

De même, la collaboration entre l'ISPC et l'ISPP a permis aux deux organismes de communiquer leurs objectifs et priorités respectifs aux chercheurs, aux décideurs, aux praticiens et aux représentants des organismes non gouvernementaux. Cette initiative conjointe a jeté la lumière sur les contributions uniques que chaque organisme peut apporter à la santé publique et des populations au Canada. Elle a aussi permis à l'ISPP et à l'ISPC d'identifier les secteurs d'intérêt commun qui concordent avec la communauté de la santé publique et des populations, et de préparer le terrain pour un partenariat futur qui améliorera la santé publique et des populations au Canada.



# TABLE DES MATIÈRES

	Page
Remerciements .....	.ii
Sommaire .....	.iii
Introduction .....	.1
Organismes parrains .....	.2
Approche de la consultation .....	.5
Profil des participants .....	.6
Thèmes et questions à facettes multiples .....	.7
Implications de l'ISPP et l'ISPC .....	.19
Conclusion .....	.22
Annexe 1      Aperçu des orientations stratégiques :	
Institut de la santé publique et des populations d'IRSC .....	.23
Annexe 2      Initiative sur la santé de la population canadienne — Fonctions principales, thèmes stratégiques, secteurs de recherche et politiques stratégiques .....	.26
Annexe 3      Ordre du jour général des séances de consultation .....	.30
Annexe 4      Sommaire des consultations régionales .....	.31

# REMERCIEMENTS

Le présent rapport s'appuie sur les résultats des discussions menées en petits groupes dans 10 villes canadiennes. Nous tenons à remercier les chercheurs dans le domaine de la santé publique et des populations, les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens, qui ont participé aux débats.

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé témoignent également leur vive gratitude à l'égard des plusieurs personnes qui ont soutenu le développement des séances de consultation ainsi que ce rapport. Nous tenons à remercier :

- les membres du Conseil consultatif de l'ISPP et du Conseil de l'ISPC, ainsi qu'un membre du Conseil d'administration des IRSC qui ont soutenu la planification des séances régionales et l'identification des participants potentiels, et ont participé aux débats régionaux;
- Le personnel de l'ISPP/IRSC et de l'ISPC/ICIS, particulièrement M<sup>me</sup> Erica Di Ruggiero et D<sup>r</sup> John Frank de l'ISPP et M<sup>me</sup> Joan Campbell, M<sup>me</sup> Carmen Connolly, M<sup>me</sup> Lindsey McKay, D<sup>r</sup> John Millar, M. Stephen Samis et enfin M<sup>me</sup> Jacqueline Tetroe de l'ISPC;
- M. Brian Hyndman qui a rédigé le rapport, et M<sup>me</sup> Joan Campbell, l'éditrice.

# SOMMAIRE

En automne 2001, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada, et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé ont mené conjointement une série de consultations dans 10 villes au Canada, dans le but d'obtenir la rétroaction des intervenants et de fournir l'information sur les processus d'établissement des priorités de l'ISPP et de l'ISPC.

Plus de 400 personnes ont participé à ces séances de consultation, dont des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des praticiens, partageant tous un intérêt commun pour la santé publique et des populations. Répartis en petits groupes, elles ont répondu aux questions sur :

- les priorités clés pour la recherche et la transmission des connaissances en santé publique et des populations;
- la capacité locale requise pour appuyer la création, la synthèse, le courtage et la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations;
- les possibilités de collaboration entre l'ISPP et l'ISPC et les intervenants.

Les résultats clés émanant des séances de consultation proposent l'entreprise d'actions de la part de l'ISPP et l'ISPC. Parmi les suggestions faites, l'appui de la recherche et la transmission des connaissances qui abordent :

- les effets de la pauvreté et de l'inégalité du revenu sur la santé;
- les interactions ou les voies d'accès parmi les déterminants de santé;
- les interventions au niveau de la population;
- la manière d'impliquer et d'influencer les responsables de l'élaboration des politiques.

De plus, les participants souhaitent voir l'ISPP et l'ISPC appuyer un meilleur accès aux bases de données qu'ils intégreront de façon plus efficace, et soutenir l'élaboration d'un meilleur consensus sur les méthodologies appropriées en matière de recherche et de normes de l'expérience clinique dans le secteur de la santé publique et des populations.

Le message lancé à la recherche sur la santé publique et des populations est vif : impliquer les utilisateurs finaux (par exemple les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens) de la nouvelle recherche sur la santé publique et des populations dans le processus de recherche. Les participants s'attendent à ce que l'ISPP et l'ISPC appuient les approches qui vont de la « transmission » à un « échange » plus interactif des connaissances sur la santé publique et des populations. Pour ce faire, il est important de développer des mécanismes et de fournir les moyens d'encouragement nécessaires pour favoriser les échanges entre les chercheurs dans le domaine de la santé publique et des populations et les responsables de l'élaboration des politiques dans toutes les régions et dans tous les secteurs.

Un autre thème clé constitue le besoin d'aborder les inégalités régionales dans la recherche et la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations. Comparativement au reste du pays, la région de l'Atlantique avait enregistré

la plus grande lacune, particulièrement dans la disponibilité des programmes de doctorat et du financement (incluant les restrictions imposées par les fonds de contrepartie). D'autres régions avaient également enregistré certains inconvénients qui se traduisent au Québec par le sentiment d'isolement, en Ontario par l'érosion des interventions de la santé publique et des populations, et en Colombie-Britannique par le manque d'une capacité réceptrice de la santé publique et des populations pour l'échange des connaissances.

Les participants ont estimé que l'ISPP et l'ISPC pourraient contribuer à l'innovation et à l'échange des connaissances sur la santé publique et des populations en encourageant l'étude des obstacles institutionnels à la création et à la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations aux universités, aux évaluations par les pairs et dans le cadre de la formation.

L'ISPP et l'ISPC utiliseront les résultats de la consultation pour établir leurs priorités stratégiques en matière de santé publique et des populations.

# INTRODUCTION

## OBJECTIF DE LA CONSULTATION

En automne 2001, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé ont mené une série de consultations dans dix communautés canadiennes, dont St. John's, Halifax, Fredericton, Montréal, Ottawa, Toronto, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Vancouver, afin d'obtenir la rétroaction des intervenants sur leurs orientations stratégiques et priorités. Plus de 400 personnes ont participé à ces séances de consultation, dont des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des praticiens, partageant tous un intérêt commun pour la santé publique et des populations.

Le rapport suivant inclut les thèmes clés soulevés lors de ces séances de consultation. Il est réparti en cinq sections, soit :

1. Les mandats, la structure et les priorités des organismes parrains, à savoir l'ISPP et l'ISPC.
2. L'approche utilisée pour obtenir la rétroaction des participants à la consultation.
3. Le profil des membres participant aux séances de consultation.
4. Un sommaire des thèmes à facettes multiples soulevés par les participants au cours de la consultation.
5. Les thèmes clés que les participants ont identifiés et leur incidence pour l'établissement des priorités par l'ISPP et l'ISPC.

Le présent rapport est destiné à fournir l'information sur les processus d'établissement des priorités de l'ISPP et l'ISPC. Les opinions et les conclusions ci-décrites sont tirées des délibérations de la consultation uniquement, elles ne représentent aucunement l'adoption officielle de la part des organismes parrains.

## ORGANISMES PARRAINS

### L'INSTITUT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES POPULATIONS D'IRSC

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est le principal organisme promoteur de la recherche sur la santé au Canada. L'objectif d'IRSC est d'exceller, selon les normes internationales reconnues d'excellence scientifique dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada.

Unique à l'échelle internationale, l'ISPP d'IRSC représente une synthèse de l'ancienne et nouvelle recherche sur la santé publique. Le mandat global de l'Institut inclut les priorités conventionnelles de la santé publique telles que la protection de la population des risques de danger (à savoir les risques environnementaux) et la santé des populations, plus récemment introduite, qui constitue une étude interdisciplinaire des déterminants fondamentaux de la santé individuelle et des populations. Veuillez vous référer au sommaire des objectifs et priorités de l'Institut dans **l'Annexe 1**, tel souligné dans son Aperçu des orientations stratégiques pour 2001-2002.

Un Conseil consultatif de l'Institut appuie l'ISPP d'IRSC dans la réalisation de ses objectifs et priorités. Composé de 17 individus du Canada et d'ailleurs, le Conseil est un agent de coordination essentiel pour : réunir l'expertise, les débats et les délibérations au sujet des priorités de l'ISPP-IRSC; orienter la mise en application des plans de l'ISPP-IRSC; diffuser l'information à grande échelle et impliquer le grand public.

*Le mandat global de l'Institut inclut les priorités conventionnelles de la santé publique telles que la protection de la population des risques de danger (à savoir les risques environnementaux) et la santé des populations, plus récemment introduite, qui constitue une étude interdisciplinaire des déterminants fondamentaux de la santé individuelle et des populations.*



## L'INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE DE L'ICIS

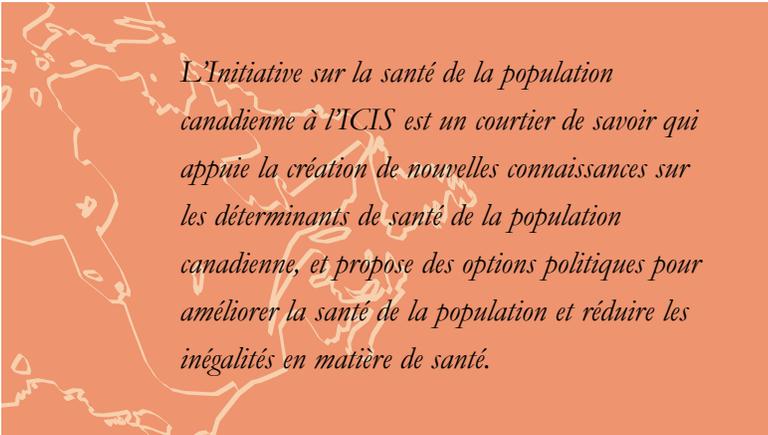
Depuis 1994, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) travaille à élaborer et à tenir à jour le système canadien global d'information sur la santé. Mandaté par les ministres canadiens de la Santé, l'Institut est un organisme national sans but lucratif qui communique les connaissances et développe les outils pour améliorer les politiques canadiennes en matière de santé et santé de la population, renforcer le système de santé et permettre aux chefs de file du secteur de la santé de prendre des décisions éclairées.

L'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'ICIS est un courtier de savoir qui appuie la création de nouvelles connaissances sur les déterminants de santé de la population canadienne, et propose des options politiques pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités en matière de santé. L'objectif principal de l'ISPC

est de mobiliser la couche sociale intellectuelle et promouvoir les stratégies de collaboration au profit de la santé de la population.

**L'Annexe 2** inclut les fonctions de base de l'ISPC, les thèmes stratégiques, les secteurs de recherche et les priorités politiques.

L'ISPC est appuyé par un Conseil composé de 11 membres issus de divers paliers du secteur de la santé de la population. Le but du Conseil est de fournir le leadership et la coordination à l'ISPC pour réaliser sa vision de créer de nouvelles connaissances et aider les Canadiens à mieux comprendre les grands déterminants de la santé, et appuyer la réalisation d'une recherche pertinente aux politiques qui améliorera la santé et le bien-être des Canadiens.



*L'Initiative sur la santé de la population canadienne à l'ICIS est un courtier de savoir qui appuie la création de nouvelles connaissances sur les déterminants de santé de la population canadienne, et propose des options politiques pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités en matière de santé.*

## LE PARTENARIAT ENTRE L'ISPP ET L'ISPC

Le but commun derrière l'appui de la création et la transmission des connaissances sur la santé de la population est la base d'un partenariat en voie de développement entre l'ISPP et l'ISPC dans le but d'optimiser les ressources et de miser sur les points forts complémentaires des deux organismes. Ces derniers ont reconnu les synergies potentielles et l'efficacité de travailler conjointement pour réunir la rétroaction des intervenants communs. Les séances de consultation illustrées dans ce rapport ont été conçues et mises en place grâce aux efforts conjoints de l'ISPP et l'ISPC. Comprendre les priorités, en matière de recherche et de

transmission des connaissances, des intervenants clés dans le domaine de la santé publique et des populations au Canada était une importante contribution au partenariat. En effet, les réactions positives des intervenants face à la consultation conjointe donnent à penser que le partenariat de l'ISPP et l'ISPC peut contribuer de façon considérable à répondre aux besoins des individus et organismes impliqués dans la santé publique et des populations.



# APPROCHE DE LA CONSULTATION

Les séances de consultation étaient organisées au moyen d'une combinaison des débats pléniérs et structurés en petits groupes. Neuf séances ont eu lieu en anglais et une dans les deux langues (à Montréal). Chaque séance a utilisé un format standardisé, tel illustré dans l'ordre du jour à **l'Annexe 3**.

Les groupes variaient en nombre de six à 11 personnes. Ils comprenaient tous un facilitateur/animateur, et un rapporteur. Les notes enregistrées et la documentation sur les tableaux-papiers formaient la base des transcriptions écrites.

Sur la base des priorités déjà identifiées par l'ISPP et l'ISPC, chaque groupe était appelé à répondre aux questions suivantes :

1. Au cours des prochaines trois à cinq années, quelles seraient les priorités pour la recherche et la transmission des connaissances dans le domaine de la santé publique et des populations au Canada?
2. Quel est le renforcement des capacités local nécessaire pour appuyer la création, le courtage et la transmission des nouvelles connaissances sur la santé publique et des populations en politiques et en pratiques?
3. Quelles sont les possibilités de collaboration de l'ISPP et l'ISPC avec les organismes intervenants impliqués dans la santé publique et des populations?

## PROFIL DES PARTICIPANTS

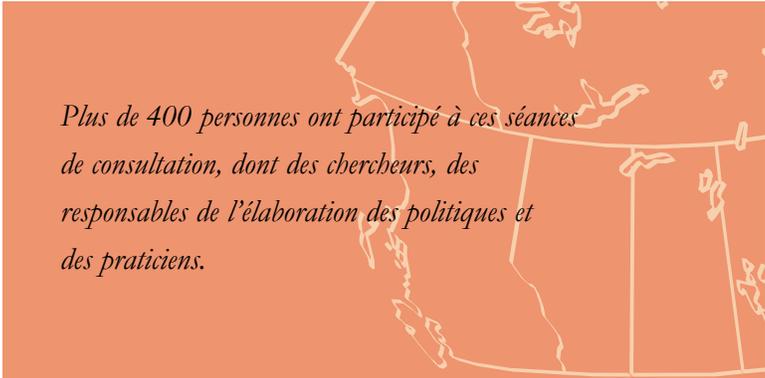
Plus de 400 personnes ont participé à ces séances de consultation, dont des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des praticiens. Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, la description ci-dessous reflète la diversité des participants.

Les participants chercheurs représentaient les secteurs et organismes suivants : les universités, y compris les facultés de médecine, les soins infirmiers, la dentisterie, la réadaptation et les départements particulièrement impliqués dans la santé publique et des populations, les sciences sociales et les autres départements (à savoir l'anthropologie, la sociologie, la géographie, l'histoire, la psychologie, le travail social, la philosophie, l'urbanisme, l'économie); les hôpitaux d'enseignement et les instituts et centres de recherche en santé publique et des populations.

Les responsables de l'élaboration des politiques représentaient les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux dont le mandat touche de près la recherche sur la santé publique et des populations, incluant

les ministères provinciaux de la Santé; les conseils régionaux et locaux de la santé et de la planification sociale; les centres fédéraux et provinciaux d'études et de recherches visant les politiques sur la santé publique et des populations.

Enfin, les praticiens représentaient les centres locaux (à savoir les services de santé publique, les autorités régionales de la santé, les centres de santé communautaire en Ontario); les Centres locaux de services communautaires (CLSC) au Québec, les associations professionnelles et les organismes non gouvernementaux (ONG)/organismes bénévoles.



*Plus de 400 personnes ont participé à ces séances de consultation, dont des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des praticiens.*

# THÈMES ET QUESTIONS À FACETTES MULTIPLES

## PRIORITÉS CLÉS POUR LA RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DES CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES POPULATIONS (QUESTION 1)

On a demandé aux groupes de discussions structurés de définir les priorités clés pour la recherche et la transmission des connaissances. Les réponses étaient classées en trois catégories :

- 1) Les thèmes prioritaires de la recherche
- 2) Les méthodes de recherche appropriées, les normes de l'expérience clinique et l'infrastructure des données
- 3) Les priorités de la transmission des connaissances

Les débats qui suivent résument le dialogue autour de ces thèmes. **L'Annexe 4** illustre les aperçus tirés des séances de consultation à l'échelle régionale.

*Les réponses étaient classées en trois catégories :*

- 1) Les thèmes prioritaires de la recherche.*
- 2) Les méthodes de recherche appropriées, les normes de l'expérience clinique et l'infrastructure des données.*
- 3) Les priorités de la transmission des connaissances.*

*Dans l'ensemble de ces séances, on a identifié les effets de la pauvreté et de l'inégalité du revenu sur la santé des individus et des collectivités comme étant un thème de recherche prioritaire.*

### Les thèmes de recherche prioritaires

#### *Les effets de la pauvreté et de l'inégalité du revenu sur la santé*

Dans l'ensemble de ces séances, on a identifié les effets de la pauvreté et de l'inégalité du revenu sur la santé des individus et des collectivités comme étant un thème de recherche prioritaire. Les participants ont exprimé le besoin de faire plus de recherches qui abordent deux aspects de la relation entre la répartition inéquitable du revenu et l'état de santé. Certains ont appelé à faire plus de recherches sur **les manières avec lesquelles l'inégalité du revenu influe sur l'état de santé**, tandis que d'autres ont exprimé le besoin de se pencher plus sur **l'efficacité des programmes et des interventions politiques** pour améliorer les effets négatifs de l'inégalité du revenu sur la santé.

*Ils ont particulièrement identifié le besoin d'une recherche sur les interactions, à savoir les relations occasionnelles entre les facteurs sociaux, environnementaux, psychologiques et biologiques qui contribuent à l'état de santé.*

Cela dit, tous les participants sont d'accord sur le besoin d'une recherche qui vise particulièrement les solutions aux risques de santé que pose l'inégalité du revenu. En préconisant le besoin d'un thème pratique, un participant a attiré l'attention en indiquant que la recherche sur la pauvreté ne soulage pas la pauvreté, même au sein de ceux qui constituent le centre d'une telle recherche.

### **Interactions parmi les déterminants de santé**

Les participants ont indiqué la priorité de mettre plus d'accent sur l'interaction parmi les déterminants de la santé des populations. Ils ont particulièrement identifié le besoin d'une recherche sur les interactions, à savoir les relations occasionnelles entre les facteurs sociaux, environnementaux, psychologiques et biologiques qui contribuent à l'état de santé. Par exemple, quelles sont les variables intermédiaires (à savoir la pauvreté et la répartition du revenu) et modifiables qui influent sur la santé? Quelle est l'influence de l'environnement sur les comportements et les résultats en matière de santé?

Plusieurs participants ont également estimé que la recherche sur les relations entre les déterminants de la santé devrait adopter une perspective développementale à long terme.

### **La santé et le milieu naturel**

Les priorités de la recherche sur la salubrité de l'environnement ont mis l'accent sur les effets de l'environnement sur la santé des individus dans des régions particulières, qu'elles soient rurales ou urbaines. Le besoin d'identifier les facteurs qui contribuent aux problèmes de santé liés à l'environnement, tels que l'asthme et la chémoception, ainsi qu'à la dégradation de l'environnement (par exemple, les effets de l'exploitation porcine sur l'environnement) était une priorité récurrente. Par exemple, parmi les thèmes nécessitant une recherche plus poussée, on a identifié le diagnostic et le traitement de l'hypersensibilité d'origine environnementale; les moyens de protection des ressources incluant l'eau potable, l'air et les aliments; les effets de l'exposition à des pesticides chimiques.

*La récente émergence des questions sur la salubrité de l'environnement, telles que les effets de l'eau potable contaminée sur la santé en Ontario et à Saskatchewan, pourrait nécessiter un intérêt plus accentué sur les aspects plus conventionnels de la santé publique : la protection sanitaire utilisée pour s'occuper de l'eau potable, les maladies transmissibles et la contamination du sol et de l'air. Au début du 21<sup>ème</sup> siècle, ces problèmes de la protection sanitaire durent, sont plus complexes que jamais, impliquent plus d'intervenants et nécessitent d'accorder une plus grande attention à la prévention.*

Comme l'a indiqué un participant, la récente émergence des questions sur la salubrité de l'environnement, telles que les effets de l'eau potable contaminée sur la santé en Ontario et à Saskatchewan, pourrait nécessiter un intérêt plus accentué sur les aspects plus conventionnels de la santé publique : la protection sanitaire utilisée pour s'occuper de l'eau potable, les maladies transmissibles et la contamination du sol et de l'air. Au début du 21<sup>ème</sup> siècle, ces problèmes de la protection sanitaire durent, sont plus complexes que jamais, impliquent plus d'intervenants et nécessitent d'accorder une plus grande attention à la prévention.

### **Interaction des gènes et de l'environnement**

Nombreux sont les participants qui ont fait part de leur inquiétude face à la recherche sur les interactions des gènes et de l'environnement, une priorité stratégique de l'ISPP. Les participants ont estimé, plus précisément, qu'il faudrait soit restructurer et étudier cette priorité plus profondément pour établir la contribution relative des facteurs environnementaux et génétiques à la maladie et au rôle unique de la recherche au Canada, soit de ne plus considérer les interactions des gènes et de l'environnement en tant que priorité. C'est probablement un sentiment lié à la tradition déjà ancienne de la santé publique et de la promotion de la santé, qui consiste à mettre l'accent sur les changements environnementaux pour améliorer la santé des populations.

### **Interventions au niveau de la population**

Un autre thème récurrent consistait à faire plus de recherches sur l'efficacité des interventions visant la promotion de la santé de l'ensemble des collectivités ou de la population. Les participants ont identifié la nécessité d'une recherche appliquée sur l'impact des interventions au niveau de la population et des collectivités qui abordent un grand éventail de thèmes sur la santé, incluant celui des enfants et des jeunes, des personnes âgées, des femmes et des immigrants; la santé mentale et la maladie, le chômage, la santé en milieu de travail et l'isolement social figuraient également dans cette catégorie. De plus, on a soulevé des questions sur ce que peuvent faire les gouvernements provinciaux et territoriaux à court terme.

### **Méthodes de recherche, normes de l'expérience clinique, infrastructure des données**

En étudiant les priorités de la recherche et de la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations, les participants ont passé un bon bout de temps à mettre l'accent sur les questions au sujet des méthodes de recherche appropriées, des normes de l'expérience clinique et de l'infrastructure des données. Ces débats se sont concrétisés par de nombreuses propositions de démarches.

*La recherche participative est le processus d'inclure les membres de la communauté dans la planification, l'application et l'analyse des initiatives de recherche qui abordent leurs préoccupations communes en matière de santé. Nombreux d'ailleurs sont les participants qui ont jugé ce processus prioritaire car il s'agit d'une recherche qui tient compte de l'expérience des personnes, incluant les Autochtones, en tant que source de connaissances.*

### **Méthodes de recherche**

Les participants ont fait plusieurs suggestions pour appuyer les méthodologies de recherche spécifiques, incluant l'accent plus poussé sur la recherche qualitative telle que la recherche participative, les mesures de rendement du système de santé, les études longitudinales sur la santé à l'échelle nationale, les analyses multivariées et les études économiques telles que les modèles de prise de décision sur l'équilibre avantages-coûts pour évaluer les programmes de la santé publique. Ils ont appelé à faire plus de recherches qualitatives et de recherches sur l'application de l'expérience clinique qualitative par les responsables de l'élaboration des politiques.

La recherche participative est le processus d'inclure les membres de la communauté dans la planification, l'application et l'analyse des initiatives de recherche qui abordent

leurs préoccupations communes en matière de santé. Nombreux d'ailleurs sont les participants qui ont jugé ce processus prioritaire car il s'agit d'une recherche qui tient compte de l'expérience des personnes, incluant les Autochtones, en tant que source de connaissances. Afin de favoriser un climat plus coopératif au profit de la recherche participative, les participants ont mis l'accent sur la nécessité d'étudier les obstacles systémiques, tels que la valeur relativement faible donnée à ce type de recherche par le monde universitaire, incluant le manque de moyens d'encouragement pour réaliser une recherche participative. Certains ont également indiqué que l'évaluation par des pairs devrait accorder plus de reconnaissance et de légitimité à la recherche participative et aux méthodes de recherche qualitative en général.

### **Normes de l'expérience clinique**

D'autres participants ont appelé à viser davantage les thèmes plus fondamentaux qui consistent à démontrer l'efficacité des interventions en santé publique et des populations, et l'entente sur les normes acceptables de l'expérience clinique en santé publique et des populations. Par exemple, quelle est l'expérience clinique acceptable/efficace? Ils ont constaté le besoin de porter une réflexion critique sur les concepts, les méthodes et les unités appropriées d'analyses pour la recherche sur la santé des populations.

Lors des débats sur l'expérience clinique, plusieurs participants ont exprimé leur scepticisme à l'égard de la valeur qu'apporteraient les mécanismes existants de méta-analyse à la santé publique et des populations, tels que ceux employés par « Cochrane Collaboration », une initiative internationale qui recueille les revues systématiques sur l'efficacité des interventions médicales et liées à la santé. Ils se sont interrogés sur la validité du « *gold standard* » de Cochrane (les essais cliniques aléatoires) dans le contexte de la santé des populations, et si de telles approches répondent aux besoins des utilisateurs de la recherche sur la santé publique et des populations.

### **Infrastructure des données**

Au cours de toutes les séances, les participants ont soulevé des questions sur l'accès aux bases de données et à l'infrastructure. Ils ont fourni trois idées clés sur les bases de données relatives à la santé au profit de la recherche et de la transmission des connaissances. D'abord, on a besoin d'améliorer l'accès aux bases de données existantes et le lien qui faciliterait la planification et les politiques (par exemple, la liaison des données de l'Enquête nationale sur

*Participants ont appelé à viser davantage les thèmes plus fondamentaux qui consistent à démontrer l'efficacité des interventions en santé publique et des populations, et l'entente sur les normes acceptables de l'expérience clinique en santé publique et des populations.*

*Défis tels que l'obtention du financement pour un échantillonnage adéquat et des dimensions de cohorte appropriées pour les plus petites régions géographiques ainsi que les « politiques d'envergure nationale » qui semblent disqualifier certaines séries de données locales pour des raisons de financement.*

la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes avec les bases de données sur les services de santé, afin de maîtriser la relation entre l'état de santé et l'utilisation des services de santé). Dans le cadre de ce sujet, quelques participants ont souligné l'importance d'accroître la capacité des chercheurs à utiliser les bases de données connexes.

Ensuite, les participants ont mis l'accent sur la nécessité de prendre appui sur l'infrastructure des bases de données existantes pour éviter le réinvestissement dans les ressources, en procédant, selon une suggestion faite, à la compilation d'un inventaire des banques de données pertinentes provinciales et nationales.

Enfin, les participants ont mentionné les défis résidant dans l'extrapolation des données régionales à partir des bases de données nationales, et la nécessité d'une infrastructure de base de données qui soit plus penchée sur les priorités des régions et communautés en matière d'information sur la santé. Les participants ont identifié des défis tels que

*Les modèles conventionnels et unidirectionnels de la transmission des connaissances doivent être remplacés par des approches interactives d'échange des connaissances qui impliquent les utilisateurs de la recherche (responsables de l'élaboration des politiques et décideurs, praticiens) tôt et souvent dans le processus de la recherche.*

l'obtention du financement pour un échantillonnage adéquat et des dimensions de cohorte appropriées pour les plus petites régions géographiques ainsi que les « politiques d'envergure nationale » qui semblent disqualifier certaines séries de données locales pour des raisons de financement.

### **Priorités de transmission des connaissances : De la transmission à l'échange**

#### **Comprendre, impliquer et influencer les responsables de l'élaboration des politiques**

Les participants de toutes les régions du pays n'ont pas cessé de mentionner l'importance d'impliquer les responsables de l'élaboration des politiques dans la transmission des connaissances. Ils ont affirmé que les modèles conventionnels et unidirectionnels de la transmission des connaissances doivent être remplacés par des approches interactives d'échange des

connaissances qui impliquent les utilisateurs de la recherche (responsables de l'élaboration des politiques et décideurs, praticiens) tôt et souvent dans le processus de la recherche.

Deux démarches devraient être entreprises à titre de priorité. D'abord, nous devons développer une meilleure vision de la nature des connaissances de la recherche à traduire en politiques et comment le faire. Il faut aussi identifier les facteurs qui influencent les décisions et les stratégies efficaces pour influencer le processus de prise des décisions.

Ensuite, les participants ont remarqué l'importance de développer les mécanismes et les liens entre les chercheurs et les utilisateurs de la recherche tels que les responsables de l'élaboration des politiques. On considère l'implication des producteurs et des utilisateurs de la recherche, de l'identification des thèmes à la réalisation de la recherche et en passant par la diffusion des résultats, est la stratégie la plus efficace pour assurer l'utilisation des connaissances de la recherche dans la prise de décisions sur la santé publique et des populations.

Selon les participants, l'implication active des responsables de l'élaboration des politiques et des décideurs est un prérequis essentiel pour réduire l'écart entre les connaissances et la pratique. Des suggestions d'implication des responsables de l'élaboration des politiques, mentionnons l'intégration des critères de financement pour

*On considère l'implication des producteurs et des utilisateurs de la recherche, de l'identification des thèmes à la réalisation de la recherche et en passant par la diffusion des résultats, est la stratégie la plus efficace pour assurer l'utilisation des connaissances de la recherche dans la prise de décisions sur la santé publique et des populations.*

assurer l'interaction authentique avec les responsables de l'élaboration des politiques; les échanges professionnels à court terme entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques; les forums pour encourager l'interaction entre les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens.

Bien que les participants furent généralement unanimes sur la nécessité d'une plus grande intégration des responsables de l'élaboration des politiques, un participant a fait part de sa préoccupation : avoir les responsables de l'élaboration des politiques autour de la table scientifique pourrait des fois bloquer le processus créatif. S'il faut toujours impliquer tous les acteurs dès le début, on risquerait de mettre en veilleuse la recherche.

### **Mécanismes pour la synthèse et la transmission/l'échange des connaissances**

Durant toutes les séances, les participants ont abordé les avantages et les inconvénients de la synthèse, de l'échange et de la

transmission des connaissances acquises au cours de l'initiative de recherche. Ils ont identifié trois démarches prioritaires à entreprendre. D'abord, il faut faire plus de recherche sur les facteurs qui contribuent à la transmission efficace des connaissances. Il est en effet particulièrement important d'étudier les facteurs qui ont une influence positive sur la prise en charge et la mise en oeuvre par les groupes d'intérêts et d'autres intervenants impliqués dans la promotion de la santé. Puisque la sensibilisation ne mène pas nécessairement à une action constructive, nous avons également besoin de comprendre les mécanismes qui donnent lieu à une transmission efficace des connaissances.

Ensuite, on a besoin de mettre l'accent sur les moyens efficaces pour communiquer les connaissances sur la santé publique et des populations aux groupes d'intervenants clés et au public, incluant l'utilisation efficace et novatrice de plusieurs moyens médiatiques (imprimé ou électronique) et d'un langage accessible à tous.

Enfin, les participants ont mis l'accent sur la nécessité d'investir plus dans la synthèse, la diffusion et la transmission des connaissances. Les suggestions incluaient

*Il est important d'encourager la collaboration pour le développement d'une synthèse et d'une méta-analyse de haute qualité des connaissances sur la santé publique telles que les interventions efficaces au niveau de la population.*

des demandes de propositions spécifiques pour appuyer la recherche de synthèse d'un délai suffisant pour faciliter l'implication des intervenants, ainsi que la nécessité de ressources et d'appuis pour aborder les obstacles systémiques à la transmission des connaissances. À cet égard, il est important d'encourager la collaboration pour le développement d'une synthèse et d'une méta-analyse de haute qualité des connaissances sur la santé publique telles que les interventions efficaces au niveau de la population. Les participants, pour franchir particulièrement un grand obstacle, ont précisé que les universités doivent commencer à récompenser les implications dans les activités de transmission et d'échange des connaissances par la promotion et les processus de titularisation.

## Création des capacités locales (Question 2)

### **Proposer des primes pour développer et transmettre les nouvelles connaissances sur la santé publique et des populations**

On a demandé aux participants quelles étaient les capacités locales nécessaires pour appuyer la création, le courtage et la

*Il est important de créer des fonds pour encourager la recherche complexe et innovatrice, et de mettre en place des mécanismes de reconnaissance pour de tels efforts.*

*Les participants ont convenu en général que l'élargissement de la liste des partenaires qui travaillent avec les chercheurs en santé publique et des populations est primordial pour créer les capacités nécessaires pour une transmission efficace des connaissances.*

transmission des nouvelles connaissances sur la santé publique et des populations. Dans l'ensemble des régions, les participants ont exprimé la nécessité d'avoir plus de ressources pour appuyer l'innovation dans le développement et la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations. Parmi les suggestions de renforcement de la création des connaissances : octroyer des primes pour engager et retenir le corps professoral et lui apporter le soutien pour mener la recherche en plus de l'enseignement; établir des choix de carrière en santé publique et des populations et élaborer de *nouvelles règles d'évaluation* pour faciliter ce genre de changement (p. ex. les indicateurs qui évaluent le rendement au delà du nombre de publications). Les participants ont identifié le besoin d'apporter des changements favorables à la méthode de formation des chercheurs, et de changer le type de connaissances qui sont évaluées pour encourager les chercheurs à procéder autrement. Il est important de créer des fonds pour encourager la recherche *complexe* et innovatrice, et de mettre en place des mécanismes de reconnaissance pour de tels efforts. Le thème commun qui marque toutes les réponses était la nécessité de dépasser les approches conventionnelles

*La capacité de création et de transmission des connaissances varie considérablement d'une région à une autre (les possibilités ne sont pas égales).*

axées sur les disciplines, afin de faciliter la formation interdisciplinaire et la transmission des connaissances.

Les propositions particulières de renforcement de la transmission et du courtage des connaissances comprennent des primes offertes par les organismes de financement pour la dissémination de la recherche et l'inhibition de la subvention en cas d'échec (p. ex. plus de soutien aux publications accessibles des résultats de la recherche, manuels connexes, monographies); l'accueil de forums nationaux pour promouvoir l'échange des connaissances en relation avec les manifestations et réunions existantes (p. ex. la conférence nationale de l'ACSP); des ateliers de concertation pour la synthèse des connaissances; l'utilisation des vidéoconférences offertes sur Internet et le financement du mentorat des intervenants pour impliquer les chercheurs régionaux dans le dialogue sur l'échange des connaissances.

### **Élargir les partenariats pour appuyer la création et la transmission des connaissances**

Les participants ont convenu en général que l'élargissement de la liste des partenaires qui travaillent avec les chercheurs en santé publique et des populations est primordial

pour créer les capacités nécessaires pour une transmission efficace des connaissances. Par ailleurs, ils ont constaté que les chercheurs en santé publique et des populations nécessitent plus de primes et de mécanismes (p. ex. des postes de liaison entre les communautés dans les universités pour aider à rapprocher les chercheurs des communautés locales) pour créer et soutenir les partenariats et appuyer le travail entre les disciplines. Par exemple, il faut appuyer la création d'un forum qui réunira des participants de diverses disciplines et dont l'expertise pourrait aider à répondre à certaines questions propres à la recherche.

### **Les inégalités régionales dans la capacité locale**

Les participants ont identifié une autre priorité concernant la nécessité d'aborder les inégalités régionales dans les capacités locales pour la transmission et l'échange des connaissances. Les séances ont révélé que la capacité de création et de transmission des connaissances varie considérablement d'une région à une autre (les possibilités ne sont pas égales). Les participants ont également identifié la nécessité d'aborder les inégalités dans la constitution des réseaux et

*Les participants ont identifié un grand obstacle à la création de la recherche et la capacité de transmission de connaissances dans les provinces de l'Atlantique Canada, à savoir le besoin d'accéder aux financements de contrepartie d'autres sources, une exigence de plusieurs organismes de subvention de la recherche.*

*Les participants voudraient voir plus d'accent mis sur les activités qui intensifient la relation entre les chercheurs de toutes les provinces.*

la connectivité parmi les chercheurs en santé publique et des populations dans les régions du pays, ainsi que l'importance de favoriser la synergie au sein des provinces et territoires.

- **Capacité de recherche** — Les plus grandes lacunes dans la capacité de recherche en santé publique et des populations sont survenues dans la région de l'Atlantique. Les besoins en capacité de recherche locale comprennent les programmes de doctorat, le financement des étudiants diplômés, plus de possibilités d'avancement (à savoir les échelons de carrière), et un centre régional en santé de la population. Les participants à St. John's, Halifax (comprendait des participants de l'Île-du-Prince-Édouard), et Fredericton ont identifié les obstacles incluant la répartition inéquitable du financement de la recherche dans les provinces de l'Atlantique Canada. Il y a besoin de développer et de soutenir les partenariats valables pour créer une capacité à tous les niveaux. En général, on estime que c'est aux organismes de financement d'aborder expressément ces inégalités régionales dans la capacité de recherche.

Les participants ont identifié un grand obstacle à la création de la recherche et la capacité de transmission de connaissances dans les provinces de l'Atlantique Canada, à savoir le besoin d'accéder aux financements de contrepartie d'autres sources, une exigence de plusieurs organismes de subvention de la recherche (p. ex. le Programme de partenariats régionaux des IRSC est problématique dans les petites provinces, car les partenaires potentiels n'ont pas d'argent). Les défis de taille associés à l'aide financière dans une région défavorisée du point de vue économique a poussé plusieurs participants à demander la suppression du critère concernant le financement de contrepartie pour ce qui est des initiatives de recherche dans les provinces de l'Atlantique Canada. Le fait qu'il n'existe pas de suppléments gouvernementaux provinciaux pour la recherche intensifie l'inégalité.

- **Capacité de transmission des connaissances** — Les participants des provinces de l'Atlantique Canada ont identifié la priorité d'investir voire réinvestir dans la création et la transmission des connaissances. Au Québec, les réseaux et les centres qui visent la transmission des connaissances sont financés. Toutefois, les chercheurs et les utilisateurs de la recherche au Québec se sentent parfois isolés du reste du Canada. Les participants voudraient voir plus d'accent mis sur les

activités qui intensifient la relation entre les chercheurs de toutes les provinces. L'Ontario profite d'un système grand et complexe destiné à la transmission et l'échange des connaissances, toutefois les participants ont mentionné la nécessité de réinvestir dans le programme de la santé publique et des populations et les interventions politiques appuyées par ce système. La région des Prairies a judicieusement mis au point les systèmes de données, incluant l'infrastructure pour l'échange des connaissances sur la santé dans les milieux ruraux et la santé des Autochtones au Manitoba, et un soutien global soutenu de la recherche en santé publique et des populations en Alberta. En Colombie-Britannique, les caractéristiques positives du système de transmission des connaissances comprennent les bases de données apparentées et de bonnes équipes de recherche. Toutefois, les participants ont fait part de leur préoccupation à l'égard de l'absence d'une *capacité réceptrice* pour l'échange des connaissances.

- **Capacité réceptrice de la santé publique** — Dans plusieurs séances tenues partout au Canada, les participants ont constaté que la régression de l'infrastructure de la santé publique et la capacité inégale entre les régions constituent de grands obstacles pour concrétiser les connaissances en santé des populations en politiques et pratiques. La capacité des systèmes de santé publique au Canada pour aborder

*La régression de l'infrastructure de la santé publique et la capacité inégale entre les régions constituent de grands obstacles pour concrétiser les connaissances en santé des populations en politiques et pratiques.*

tout le cadre des fonctions varie d'une région à une autre. Le « téléchargement » continu aux gouvernements municipaux et régionaux effectué par quelques provinces de responsabilité pour des services publiques de base a aggravé la situation actuelle. Ainsi, la « pratique » de la santé publique dans la majorité du Canada est devenue l'objet de plusieurs influences locales en matière des programmes réellement dispensés et jusqu'où le développement des programmes et politiques est avisé par les progrès en connaissances sur les déterminants de la santé.

### Possibilités de collaboration (Question 3)

Les participants ont identifié la priorité de devoir établir des ponts et faciliter une plus grande collaboration parmi les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens. Ils ont aussi appelé à encourager les partenariats avec les universitaires, les ONG, les départements de santé publique, les organismes bénévoles et les autres groupes d'intervenants ingérents, que ce soit dans le secteur de la santé ou ailleurs (p. ex. l'établissement de relations avec les chambres de commerce, la liaison

des écoles d'ingénierie et des facultés des sciences de l'environnement avec les chercheurs en santé). Il faut également reconnaître le rôle des organismes dans le courtage de la valeur de la recherche à leurs groupes constitutifs. Quelques participants ont proposé des modèles et des lieux spécifiques pour encourager une plus grande collaboration, telle que l'appui de la collaboration entre les instituts des IRSC et les gouvernements dans les plus petites provinces.

Pour aborder la *Question 3*, plusieurs participants se sont montrés enclins à renforcer et à répéter les réponses données aux *Questions 1 et 2*. Celles-ci comprennent : la fourniture de ressources pour créer des partenariats, la promotion de la collaboration intersectorielle, l'implication des intervenants clés dans l'identification des priorités de recherche, l'octroi de primes aux chercheurs en santé publique et des populations impliqués dans les partenariats de collaboration, et l'étude des inégalités régionales dans la capacité pour la recherche et la transmission des connaissances.

Les participants à plusieurs séances ont fait part des possibilités de collaboration avec le secteur privé, quoique d'autres ont émis des

réservations sur l'étendue de l'abus d'influence des programmes de recherche par les autres sociétés dans lesquelles le Canada détient des intérêts. Un certain nombre de participants ont suggéré des possibilités de collaboration spécifiques ou des exemples de collaboration applicables (p. ex. le travail avec les associations bénévoles pour le courtage de la recherche; la stimulation des débats/dialogues publics au moyen des conférences, des séances de consultation, des établissements locaux, qui réunissent divers secteurs de la société; le travail avec beaucoup de penseurs multidisciplinaires).

Il est intéressant d'observer que la collaboration intersectorielle n'était pas identifiée en tant que priorité dans aucune des séances en Ontario. Cela peut être attribuable à la présence de lieux pour la collaboration intersectorielle en Ontario qui n'existent pas ailleurs.

Se référer aux sommaires régionaux dans **l'Annexe 4** pour plus de détails.

# IMPLICATIONS DE L'ISPP ET L'ISPC

La synthèse des dialogues de consultation a débouché vers les thèmes et questions clés suivants sur la santé publique et des populations. Dans chaque cas, les participants ont identifié les implications pour l'étude et les démarches potentielles entreprises par l'ISPP et l'ISPC.

## Recherche et transmission/ échange des connaissances sur la santé publique et des populations (Question 1)

- L'ISPP et l'ISPC devraient appuyer activement la recherche (et la transmission des connaissances) qui aborde les impacts de la pauvreté et de l'inégalité du revenu sur la santé. Ce soutien devrait être orienté vers l'encouragement de la recherche au Canada sur les impacts de l'inégalité du revenu sur la santé, ainsi que la recherche sur l'efficacité des programmes et des interventions politiques conçus pour aborder les impacts néfastes de l'inégalité du revenu sur la santé.
- L'ISPP et l'ISPC devraient appuyer la recherche et la transmission des connaissances qui abordent les interactions/voies d'accès entre les déterminants de santé ainsi que l'impact des interventions au niveau de la population.
- La priorité en termes d'interactions entre les gènes et l'environnement que l'ISPP a identifié doit être restructurée dans un plus grand contexte, entre autres la prévention des maladies chroniques.
- L'ISPP et l'ISPC devraient soutenir la recherche et la transmission des connaissances visant à comprendre, à impliquer et à influencer les responsables de l'élaboration des politiques. Ces activités devraient inclure la recherche sur les stratégies pour influencer le processus décisionnel et les mécanismes qui appuient l'implication directe des responsables de l'élaboration des politiques dans la recherche et l'échange des connaissances.
- La synthèse et la transmission/échange des connaissances appuyées par l'ISPP et l'ISPC devraient mettre l'accent sur les facteurs qui contribuent à l'échange efficace des connaissances; les moyens efficaces de communiquer les connaissances sur la santé publique et

*La priorité en termes d'interactions entre les gènes et l'environnement que l'ISPP a identifié doit être restructurée dans un plus grand contexte, entre autres la prévention des maladies chroniques.*

*Les initiatives d'accès aux bases de données et d'infrastructure appuyées par l'ISPP et l'ISPC devraient mettre l'accent sur un meilleur accès, une plus grande intégration et des liens renforcés entre les bases de données en place. Il faudrait également appuyer les efforts pour fournir un meilleur accès aux bases de données pour l'analyse et l'utilisation à l'échelle régionale et communautaire.*

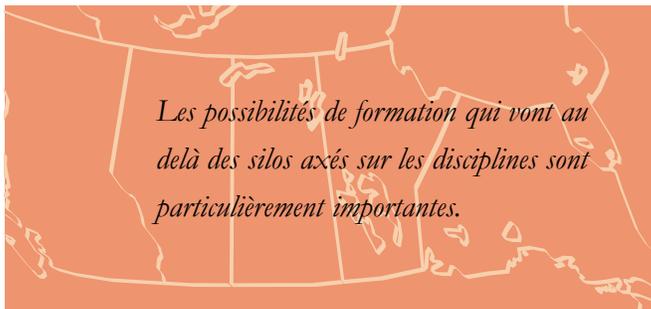
des populations aux intervenants clés; la réduction des obstacles à la transmission/échange des connaissances dans le secteur de la santé des populations.

- Les initiatives d'accès aux bases de données et d'infrastructure appuyées par l'ISPP et l'ISPC devraient mettre l'accent sur un meilleur accès, une plus grande intégration et des liens renforcés entre les bases de données en place. Il faudrait également appuyer les efforts pour fournir un meilleur accès aux bases de données pour l'analyse et l'utilisation à l'échelle régionale et communautaire.
- L'ISPP et l'ISPC devraient faciliter la concertation destinée à encourager un plus grand accord sur les méthodologies de recherche appropriées et les normes relatives aux preuves dans le domaine de la santé publique et des populations.

## **Appuyer la création, la synthèse, le courtage et la transmission/ l'échange des connaissances sur la santé publique et des populations (Question 2)**

- L'ISPP et l'ISPC ont besoin d'établir et d'appuyer des mécanismes pour impliquer les responsables de l'élaboration des politiques dans le processus de création et de transmission des connaissances.
- L'ISPP et l'ISPC devraient investir dans les initiatives qui encouragent et stimulent la transmission/l'échange des connaissances. Les suggestions comprennent l'aide financière pour soutenir les ateliers de concertation qui appuient la synthèse des connaissances et un forum national qui implique les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques pour encourager l'échange des connaissances.
- L'ISPP et l'ISPC devraient promouvoir le développement de partenariats entre les chercheurs en santé publique et des populations et les autres intervenants, afin de faciliter le processus de transmission des connaissances. Les priorités consistent à octroyer des primes aux chercheurs et à leur fournir les

*L'ISPP et l'ISPC devraient promouvoir le développement de partenariats entre les chercheurs en santé publique et des populations et les autres intervenants, afin de faciliter le processus de transmission des connaissances.*



mécanismes nécessaires pour encourager et soutenir les partenariats avec les groupes d'intervenants particuliers dans le secteur de la santé et ailleurs.

- L'ISPP et l'ISPC doivent mettre en place des mesures qui réduiront les inégalités régionales en capacité pour le développement et la transmission des connaissances. Une attention particulière doit être prêtée aux obstacles causés par les exigences en matière de financement de contrepartie comme tel est le cas dans les provinces de l'Atlantique et d'autres régions défavorisées.

- L'ISPP et l'ISPC doivent être proactifs dans l'appui de l'innovation dans le développement et la transmission/échange des connaissances en santé publique et des populations au Canada. Les stratégies éventuelles comprennent les moyens d'encouragement pour retenir les étudiants universitaires et diplômés et les possibilités de formation pour encourager et appuyer l'innovation. Les possibilités de formation qui vont au delà des silos axés sur les disciplines sont particulièrement importantes.

### Possibilités de collaboration intersectorielle (Question 3)

- L'ISPP et l'ISPC devraient appuyer les initiatives qui conduisent à une plus grande collaboration au sein des secteurs/régions en appui à la recherche et à la transmission/l'échange des connaissances sur la santé publique et des populations.

## CONCLUSION

Le présent rapport illustre les points saillants des thèmes et priorités clés à facettes multiples que les participants ont soulevés lors des séances de consultation menées dans 10 villes canadiennes. De là, il suggère l'entreprise de nouvelles initiatives. Il n'est pas destiné à servir en tant que revue globale de toutes les questions abordées par le biais du processus de consultation. Il constitue plutôt un aperçu et une synthèse de haut niveau des résultats de la consultation.

Les résultats de la consultation indiquent qu'il existe plusieurs chercheurs, responsables de l'élaboration des politiques, praticiens et autres intervenants impliqués dans la santé publique et des populations au Canada. D'une façon générale, quelques exceptions faites, ils appuient les priorités stratégiques pour la recherche et la transmission et l'échange des connaissances identifiées auparavant par l'ISPP et l'ISPC. Les participants reconnaissent tous les obstacles d'infrastructure et institutionnels à la recherche et à la transmission/l'échange des connaissances. Cela dit, il existe un consensus national sur l'importance d'appuyer les efforts provinciaux et territoriaux pour lier les chercheurs entre eux et avec les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens. La consultation a également révélé une opinion partagée selon

laquelle la recherche en santé publique et des populations appuyée par l'ISPP et l'ISPC, devrait impliquer les utilisateurs finaux des connaissances de la recherche dans le processus de la recherche, et la transmission des connaissances devrait aller vers un « échange plus interactif des connaissances ».

Sur la base des survols de cette consultation, l'ISPP et l'ISPC sont en voie de mettre au point un programme coordonné de recherche et d'échange de connaissances en santé publique et des populations, pour s'assurer qu'ils répondent aux besoins exprimés par ce groupe varié de chercheurs, de responsables de l'élaboration des politiques, de praticiens et d'autres intervenants.



*Cela dit, il existe un consensus national sur l'importance d'appuyer les efforts provinciaux et territoriaux pour lier les chercheurs entre eux et avec les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens.*

# ANNEXE 1

## APERÇU DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES : INSTITUT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES POPULATIONS D'IRSC 2001-2002

### Sommaire

#### Aperçu

Unique au monde, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) d'IRSC représente une synthèse des valeurs anciennes et nouvelles en matière de recherche en santé publique. Le vaste champ d'activités de l'Institut englobe des enquêtes de santé publique sur la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé et la protection de la population contre les risques (p. ex. la lutte contre les maladies infectieuses et la recherche sur l'hygiène du milieu et la santé au travail) ainsi que le domaine plus récent de la *santé des populations*. La santé des populations peut se décrire comme l'étude interdisciplinaire des déterminants fondamentaux de la santé à l'échelle de l'individu et de la population, particulièrement pour ce qui touche à l'interaction des milieux social et physique avec les prédispositions génétiques, telles qu'elles s'exercent dans des sociétés entières, sur toute la durée de vie.

#### Objectifs

Les principaux objectifs de l'ISPP visent à transcender ces différents domaines secondaires. Ces objectifs sont les suivants :

1. Améliorer les capacités du Canada en matière de recherche de haut niveau sur la santé publique et des populations, lesquelles sont habituellement de nature interdisciplinaire, et catalyser l'élaboration, au Canada, de projets et de résultats de recherches respectés mondialement dans ce domaine en misant à cette fin sur nos forces nationales au chapitre de la recherche.
2. Jeter un pont entre les chercheurs et les utilisateurs des résultats de recherche sur la santé publique et des populations, à savoir les décideurs et les administrateurs de programmes des secteurs public, privé et bénévole qui ont une incidence sur la santé, de façon à accroître l'intégration et la transmission des recherches, favorisant ainsi la mise en place de politiques et de pratiques de santé publique fondées sur des données probantes.
3. Démontrer la *valeur ajoutée* évidente que présente le financement de recherches stratégiques (par opposition à des recherches entreprises exclusivement par des chercheurs) dans ce domaine, conformément à la transformation continue d'IRSC.

4. Agir à titre de partenaire efficace dans le cadre des activités menées entre les instituts d'IRSC et englobant les quatre domaines de la recherche en santé (sciences fondamentales, études cliniques, services et politiques de la santé et santé publique et des populations).

### **Priorités en cours**

La situation actuelle de la recherche sur la santé publique et des populations au Canada n'est pas bien connue. Il est tout particulièrement difficile de faire le suivi de la participation de cette communauté diversifiée de chercheurs. De plus, l'absence, depuis toujours, d'une tribune commune où il serait possible de discuter des priorités canadiennes en matière de santé publique et des populations suggère que l'ISPP doit tenir lui-même un rôle de lieu de rencontre national, de façon à rassembler ces groupes en vue de déterminer les priorités du Canada. Vu ce contexte historique et après de longues délibérations, le Conseil consultatif de l'ISPP a choisi six thèmes ou priorités d'ordre général dans le cadre des initiatives de cette première année d'activités. Ces priorités sont décrites ci-après, non selon leur ordre d'importance. Elles évolueront en fonction des commentaires des intervenants obtenus au cours des discussions tenues par l'Institut d'un bout à l'autre du pays, à l'automne 2001, et serviront de base au plan stratégique de l'ISPP pour la période de trois à cinq ans commençant en novembre 2001. Le plan en question sera présenté au Conseil d'administration.

## **1. FORMATION EN MATIÈRE DE RECHERCHE INNOVATRICE : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DU CANADA**

**Vision :** L'ISPP d'IRSC facilitera, avec la participation active des intervenants en santé publique et des populations de toutes les régions du Canada, l'établissement d'un mécanisme de formation en santé publique et des populations détaillé et de qualité supérieure accessible dans l'ensemble du Canada, c'est-à-dire une école nationale de la santé publique et des populations, virtuelle et étendue sur l'ensemble du réseau.

## **2. CONCEPTION ET ÉLABORATION DE BASES DE DONNÉES SUR LA SANTÉ AXÉES SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS**

**Vision :** L'ISPP d'IRSC collaborera avec Santé Canada, les provinces, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé/Initiative sur la santé de la population canadienne et d'autres intervenants de premier plan, en vue de la planification et de l'élaboration concertée d'un système national de bases de données intégrées sur la santé des populations, rattachées les unes aux autres et ayant pour objet de répondre aux besoins en recherche du XXI<sup>e</sup> siècle, tout en répondant aux besoins des décideurs en matière de contrôle continu de l'état de santé des Canadiens.

## **3. INTERACTIONS ENTRE LES GÈNES ET L'ENVIRONNEMENT**

**Vision :** L'ISPP d'IRSC veillera à ce que le Canada acquière la capacité d'intégrer les sciences de la santé des populations et les

méthodes de recherche génétique, afin d'offrir des explications détaillées et fondamentales quant à la cause des maladies multifactorielles courantes (et complexes sur le plan génétique) de la société moderne, qui sont conjointement déterminées par notre héritage génétique et la séquence des milieux sociaux et physiques auxquels nous sommes exposés au fur et à mesure que nous vieillissons.

#### 4. L'ENVIRONNEMENT (MAISON/FAMILLE; GARDERIE/ÉCOLE; TRAVAIL/LOISIRS; PLACEMENT EN ÉTABLISSEMENT PAR OPPOSITION À VIE À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES; VOISINAGE/ COLLECTIVITÉ) EN TANT QUE DÉTERMINANT DE LA SANTÉ PENDANT LA DURÉE DE VIE

**Vision :** L'ISPP d'IRSC créera un réseau riche et diversifié de chercheurs, de décideurs et d'administrateurs de programmes de toutes les régions du Canada, afin de déterminer, de façon continue, les questions cruciales en matière de recherche découlant des caractéristiques physiques et sociales de ces *micro-environnements*, lesquels pourraient faire l'objet de certaines modifications en vue de l'amélioration de l'état de santé de la population. L'ISPP d'IRSC s'associera alors à d'autres bailleurs de fonds, pour veiller à ce que ces questions soient traitées dans le cadre d'un programme d'enquêtes interdisciplinaires innovatrices, qui serait soumis à un examen par les pairs et dont les

résultats seraient transmis aux utilisateurs de résultats de recherche en mesure d'améliorer ces environnements.

#### 5. INTERVENTIONS À L'ÉCHELLE DE LA POPULATION EN VUE D'AMÉLIORER LA SANTÉ PUBLIQUE

**Vision :** L'ISPP d'IRSC dirigera l'élaboration de nouvelles capacités de recherche, de sorte que l'on puisse exécuter et évaluer avec rigueur les interventions en matière de politiques et de programmes qui sont susceptibles d'améliorer substantiellement l'état de santé des populations ciblées; et fera la démonstration de ces capacités et, à cette fin, financera des études d'intervention canadiennes créatives, que l'on utilisera subséquemment pour assurer l'orientation pratique des décideurs et des administrateurs de programmes. On s'attardera tout spécialement sur les *programmes d'interventions multiples* qui se sont avérés les plus efficaces en vue de la résolution des principaux problèmes de santé publique.

#### 6. SANTÉ MONDIALE

**Vision :** L'ISPP d'IRSC défendra et facilitera, de concert avec d'autres organismes canadiens se consacrant à la collaboration internationale et au soutien technique, l'élaboration et l'utilisation de nos capacités de recherche nationales en vue de la résolution des problèmes de santé énormes auxquels font face les pays en voie de développement et de nombreux pays à revenu intermédiaire.

## ANNEXE 2

### INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE FONCTIONS PRINCIPALES, THÈMES STRATÉGIQUES, SECTEURS DE RECHERCHE ET POLITIQUES STRATÉGIQUES

#### Fonctions principales

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) vise à réunir des chercheurs talentueux et des décideurs de partout au pays afin d'établir un rapprochement entre la recherche de pointe sur la santé de la population et la prise de décisions. On a initié, en 1997, un essai pilote à la suite d'une recommandation du Forum national sur la santé. Le budget fédéral de 1999 a alloué, par le biais de l'Initiative du Carnet de route en matière d'information sur la santé, 19,9 millions de dollars additionnels à l'ISPC, répartis sur quatre ans. Dans le cadre du Carnet de route II, le budget fédéral a renouvelé, en décembre 2001, le financement de l'ISPC pour quatre autres années (2003 à 2006).

La vision de l'ISPC consiste à faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités, et à contribuer au développement des politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens. L'ISPC, en tant qu'acteur clé dans le domaine de la santé de la population, entreprendra les fonctions principales suivantes :

- Établir de nouvelles connaissances sur les déterminants de la santé.
- Contribuer au développement d'une infrastructure et d'un système national d'information sur la santé de la population.
- Appuyer la synthèse de l'information sur la recherche et l'analyse des options politiques.
- Informer les Canadiens par la production de rapports sur leur santé et bien-être.

#### Thèmes et questions stratégiques de l'ISPC

##### *1. Pourquoi certaines collectivités sont-elles en santé et d'autres non?*

- Les différences dans l'état de santé des divers groupes au sein de la population canadienne, dont l'état de santé a traditionnellement été différent (particulièrement, les strates socio-économiques, hommes-femmes et autochtones/non-autochtones), deviennent-elles plus petites, plus grandes ou demeurent-elles les mêmes?

- Pourquoi le niveau de l'état de santé chez certaines collectivités au Canada est-il plus élevé ou moins élevé que prévu, compte tenu des circonstances socio économiques de la collectivité?
- Quels sont les impacts et les effets des politiques publiques et des changements sociaux, qui ne sont pas nécessairement conçus pour avoir un effet sur la santé, sur la santé des Canadiennes et des Canadiens?
- Dans quelle mesure et comment les caractéristiques communautaires, notamment l'inégalité et la cohésion, ont-elles un effet sur la santé des individus, abstraction faite des influences des facteurs au niveau de l'individu?
- Quelles sont les dimensions les plus pertinentes de la « collectivité » — géographiques (y compris l'environnement naturel et les milieux bâtis), sociales, ethniques — du point de vue des déterminants de la santé? En particulier, comment des facteurs tels que la participation à la vie urbaine, la cohésion et le ressort psychologique peuvent-ils contribuer à la promotion et au maintien de la santé et quelles sont les démarches des politiques publiques qui pourraient promouvoir ces attributs?
- Qu'est-ce qui fait que certaines collectivités autochtones ont une meilleure santé que d'autres?

## ***2. Dans quelle mesure les principales politiques et les programmes majeurs au Canada améliorent-ils la santé de la population?***

- Comment le système de santé canadien (dans son ensemble et en terme de ses composantes) influence-t-il l'état de santé des collectivités et des groupes au sein de la population, comparativement à d'autres formes d'intervention, par exemple, la prévention de la pauvreté, le développement de l'enfant, les programmes pour les personnes âgées?
- Que pourrait être l'impact de la réduction des disparités dans la santé de la population canadienne sur le système de santé? Quel serait l'impact sur le système de santé si on se penchait sur les déterminants fondamentaux et immédiats des maladies et des conditions évitables?
- Quels sont les avantages, en matière d'état de santé, des interventions conçues pour améliorer la santé au niveau de la population? Par exemple, quels sont les impacts sur la santé des initiatives en matière de communication, d'éducation, de milieu de travail, de développement économique et communautaire? Quelles stratégies clés pourraient être intégrées à une méthode complète pour se pencher sur les

déterminants de la santé et les déterminants des maladies et des conditions évitables les plus répandues qui touchent la santé de la population canadienne?

### **3. Comment les rôles sociaux au travail, dans la famille et au sein de la collectivité affectent-ils l'état de santé au cours d'une vie?**

- Comment les expériences vécues dans l'enfance influencent-elles la santé plus tard? Quelle est l'importance de la période de temps où l'expérience se produit, en ce qui concerne la notion que l'expérience précoce est particulièrement importante? Quelle est l'influence de l'environnement social d'un enfant sur sa perception du risque et quel rôle joue la résilience face à l'inégalité du revenu et de l'éducation? Quels modèles d'interventions en santé mentale pour les enfants et les jeunes favoriseraient la résilience pour la vie?
- Quelles caractéristiques des expériences de travail influencent la santé au fil du temps? Certaines modalités de travail au Canada sont-elles plus saines que d'autres?
- Comment la dynamique des rôles de la famille et de la collectivité influence-t-elle l'état de santé d'une personne?
- Quels sont les déterminants modifiables du « vieillissement sain » au Canada?
- Quel est le lien entre les déterminants psychosociaux externes de la santé et

les structures internes moléculaires et biologiques?

### **4. Quels sont les effets des facteurs généraux dans l'organisation sociale sur la santé de la population au Canada et dans d'autres pays riches?**

- Y a-t-il d'autres pays riches où les politiques, les pratiques et l'organisation sociale favorisent une meilleure santé que celle dont jouit la population canadienne? Si tel est le cas, qu'est-ce que le Canada pourrait apprendre de ces pays qui pourrait améliorer notre état de santé? Comment les principaux problèmes de santé évoluent-ils au Canada par rapport à d'autres pays riches?
- Quelles sont les répercussions sur la santé de la distribution de la richesse et du revenu au Canada par rapport à d'autres pays? Quelles sont les répercussions politiques qui découlent de ces connaissances?
- Comment les enfants canadiens se développent-ils comparativement aux enfants dans d'autres pays riches?
- Les politiques en milieu de travail dans d'autres pays, notamment l'organisation du travail, les conditions de travail psychosociales, l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, la politique sur les congés, la sécurité économique et la mobilité en milieu de travail, sont-elles plus positives ou moins positives pour la santé que les politiques au Canada?

- Existe-t-il des compromis entre des milieux de travail favorables à la santé ainsi que les politiques sociales, et la productivité ainsi que la croissance économique? Les sociétés doivent-elles choisir entre la santé et la richesse?
- Comment les aînés canadiens vieillissent-ils comparativement aux aînés dans d'autres pays riches?

### **5. Dans une perspective mondiale, quelle est la relation du Canada et la santé de la population?**

- Exportons-nous une mauvaise santé? Par exemple, l'intensité de la consommation des ressources du mode de vie de la population canadienne et les changements prévus dans le Protocole de Kyoto influencent-ils notre santé et celle des habitants d'autres pays?
- La grande dimension de l'empreinte écologique du Canada est-elle durable mondialement? C'est-à-dire, nous approprions-nous les ressources photosynthétiques mondiales nécessaires à d'autres sociétés pour maintenir notre niveau de santé?
- Comment le rôle du Canada dans une « économie mondialisante » (p. ex. structure des échanges, pratiques de travail, contenu en énergie et en pollution des produits échangés) influence-t-il notre santé et celle des autres?
- Que pouvons-nous apprendre de l'expérience des autres pays sur les liens entre une santé durable, un

développement durable et des soins de santé durables, afin d'améliorer la santé de la population?

### **Secteurs de recherche de l'ISPC**

- Les inégalités dans les collectivités métropolitaines
- Développement de la jeune enfance, la santé des enfants et des adolescents
- Les Autochtones
- La santé mentale
- La santé des groupes de population (par exemple les femmes, les immigrants, les pauvres)
- L'influence du marché du travail et des professions sur la santé
- Développement des indicateurs de la santé communautaire
- Les déterminants de la maladie et de la prestation de services (p. ex. asthme, douleur chronique, caractéristiques de l'ordonnance)
- Transmission des connaissances et développement des politiques

### **Politiques stratégiques de l'ISPC, 2001 à 2002**

- La pauvreté et la santé
- La santé des Autochtones
- L'obésité

# ANNEXE 3

## ORDRE DU JOUR GÉNÉRAL DES SÉANCES DE CONSULTATION

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)/  
Institut de la santé publique et des populations (ISPP)  
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/  
Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC)

### Consultation

### ORDRE DU JOUR

#### *Organisées conjointement par :*

**L'Institut de la santé publique et des populations, IRSC** : D<sup>r</sup> John Frank, directeur scientifique,  
M<sup>me</sup> Erica Di Ruggiero, directrice adjointe

**L'Initiative sur la santé de la population canadienne, ICIS** : D<sup>r</sup>. John Millar, vice-président, Division de  
la recherche et santé de la population, M<sup>me</sup> Carmen Connolly, Directrice, ISPC  
Hôte conjoint

- 1) Bienvenue et présentations
- 2) Aperçu de l'ISPP, l'ISPC et du partenariat entre l'ISPP et l'ISPC (Séance plénière suivie de questions et de réponses)
- 3) Revue de l'exercice et des débats des petits groupes (incluant une pause)
- 4) Présentation des conclusions
- 5) Synthèse et récapitulation

# ANNEXE 4

## SOMMAIRES DES CONSULTATIONS RÉGIONALES

### Consultation régionale n° 1 : Fredericton (Nouveau-Brunswick) — Le 24 septembre 2001

#### *Participants à la séance de consultation*

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement provincial (p. ex. les ministères de la Santé et de la Famille et des Services communautaires), des facultés universitaires impliquées dans la recherche et la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations (entre autres les sciences infirmières, la sociologie) et des centres de recherche universitaires (p. ex. Fergusson Centre for Family Violence).

#### *Priorités en matière de recherche*

Voici les priorités définies par les participants : les répercussions de l'inégalité du revenu sur la santé, les facteurs qui contribuent aux allergies provoquées par les produits chimiques et l'environnement, et les interactions entre les déterminants de la santé au cours de la vie (p. ex. le développement de l'enfant, le travail et la santé). De plus, les participants ont demandé qu'on accorde plus d'importance à l'évaluation de l'impact des interventions au niveau de la population à l'égard de

problèmes comme la santé mentale, l'isolement rural et urbain, la santé en milieu scolaire, le vieillissement ainsi que les individus et les familles qui font face à des déficiences chroniques. Les participants ont émis un certain scepticisme face à la recherche sur les interactions de l'environnement et l'héritage génétique, notamment le point d'intérêt de l'ISPP dans ce contexte.

Lors de l'étude des normes appropriées de l'expérience clinique de la recherche, les participants ont déclaré que les paramètres de la recherche fondée sur l'expérience clinique devraient être élargis au delà de l'essai clinique aléatoire. Les méthodes qualitatives et participatives de la recherche-action étaient vues comme moyens plus appropriés pour examiner l'expérience des individus pour éclaircir les problèmes liés à la santé publique et des populations.

#### *Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances*

Les participants ont apporté des suggestions pour promouvoir l'infrastructure des bases de données sur la santé publique et des populations, incluant un meilleur accès aux banques de données et une augmentation des ressources pour appuyer la collecte des

données sur la santé publique et des populations dans les secteurs géographiques plus petits tels que le Nouveau-Brunswick. Les participants ont également cité à titre de priorité la nécessité d'impliquer les responsables de l'élaboration des politiques dans le processus de transmission des connaissances afin de mieux faire connaître la nature de fortune des décisions prises par le gouvernement.

### ***Besoins en matière de renforcement des capacités locales***

Les participants ont suggéré de prévoir des primes pour la transmission des connaissances, par exemple de plus longs congés pour activités professionnelles permettant aux universitaires d'effectuer des recherches, le discernement de prix et plus de soutien des chercheurs en santé publique et des populations pour gravir des échelons de carrière. Les participants ont accordé la priorité à la promotion des partenariats avec les groupes d'intervenants clés, tels que les organismes bénévoles (p. ex. la Fondation des maladies du cœur), et ce pour une transmission efficace des connaissances.

Les participants ont fait part de leur préoccupation quant aux inégalités régionales existantes dans la capacité de transmission des connaissances. Cette inégalité, aggravée par le manque d'appui qu'accorde le gouvernement provincial à la recherche en santé publique et des populations, contribue à la perception selon laquelle la province est souvent exclue de la

recherche sur la santé publique et des populations et de la transmission des connaissances.

### ***Possibilités de collaboration***

Selon les participants, toutes initiatives de collaboration devraient mettre l'accent sur la réduction des inégalités régionales prédominantes en recherche et transmission des connaissances sur la santé publique et des populations. Des organismes de collaboration proposés, citons le « Rural and Small Towns Program » et les organisations non gouvernementales de la santé.

### ***Consultation régionale n° 2 : St. John's (Terre-Neuve) — Le 25 septembre 2001***

#### ***Participants à la séance de consultation***

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement provincial (le ministère de la Santé et des Services communautaires), des centres communautaires (p. ex. le Conseil des services communautaires), des facultés universitaires impliquées dans la recherche et la transmission des connaissances sur la santé publique et des populations (p. ex. les sciences de la santé, l'enseignement, la santé communautaire, les sciences infirmières, la sociologie, la pharmacoépidémiologie) et des centres de recherche universitaires (entre autres le Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research).

### **Priorités en matière de recherche**

Voici les priorités définies par les participants : les impacts de l'inégalité du revenu sur la santé, et les mécanismes et interactions entre les déterminants de la santé. Le travail et la santé représentaient le secteur prioritaire de premier choix.

Les autres secteurs prioritaires de la recherche comprenaient la santé et l'environnement biophysique visant particulièrement les facteurs qui favorisent les allergies et d'autres problèmes de santé liés à l'environnement; l'impact des interventions au niveau de la population sur l'amélioration de l'état de santé; l'impact des facteurs protecteurs (p. ex. le ressort psychologique) sur la santé personnelle et des populations. Les participants ont exprimé leur intérêt à l'égard de l'application de la recherche participative en tant que méthode appropriée pour créer les connaissances sur la santé des populations à l'échelle communautaire et autochtone.

### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Les participants ont demandé de mettre l'accent sur l'accès réseauté aux bases de données existantes au lieu de développer d'autres bases de données à l'échelle nationale. Cela dit, ils ont exprimé la nécessité d'élaborer des bases de données spécifiques (p. ex. la maladie cardiovasculaire, le diabète).

Comme tel était le cas avec d'autres séances régionales, l'idée d'impliquer les responsables de l'élaboration des politiques dans la transmission des connaissances a suscité un grand intérêt au sein des participants. La séance tenue à St. John's a identifié des stratégies spécifiques, dont la formation des conseillers en politiques pour communiquer les connaissances de la recherche et détacher les représentants du gouvernement aux projets de recherche. Les participants ont également accordé la priorité au suivi de la recherche pour mieux comprendre les répercussions de la diffusion des connaissances sur la santé publique et des populations.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

Les participants ont suggéré de prévoir plus de moyens d'encouragement pour la diffusion des connaissances, plus de délai aux demandes de propositions pour développer des partenariats communautaires et plus de ressources afin d'atteindre le secteur non universitaire par le biais des initiatives de transmission des connaissances. À la réponse aux inégalités dans la capacité de créer et transmettre les connaissances dans cette région, les participants ont fait des suggestions, entre autres les initiatives de formation et l'établissement d'un centre régional de la santé de la population.

### **Possibilités de collaboration**

Les participants ont suggéré de prévoir plus de fonds pour la dissémination et la transmission des connaissances, à savoir l'implication des intervenants au début du développement des questions de la recherche et de collaborer plus avec le secteur privé (p. ex. les compagnies pharmaceutiques). Les participants ont identifié des organismes de collaboration, à savoir le Conseil du premier ministre sur le développement social, le *Newfoundland Centre for Applied Health Research* et le *Atlantic Innovation Fund*.

### **Consultation régionale n° 3 : Halifax (Nouvelle-Écosse) — Le 26 septembre 2001**

#### **Participants à la séance de consultation**

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement provincial (p. ex. ministères de la Santé et de l'Environnement), du gouvernement fédéral (p. ex. Santé Canada), d'écoles et de facultés universitaires (p. ex. *Atlantic Veterinary College*) et de centres de recherche universitaires (p. ex. *Atlantic Health Promotion Research Centre*).

#### **Priorités en matière de recherche**

Voici les priorités définies par les participants : répercussions sur la santé de la pauvreté/de l'inégalité des revenus, interactions entre les déterminants de la santé (prenant en compte

des variables intermédiaires comme les moyens de protection et le rôle des interventions en santé publique et des populations dans la réforme des services de soins de santé). De plus, les participants ont demandé qu'on accorde plus d'importance à l'évaluation et aux répercussions d'interventions en santé des populations à l'égard de problèmes comme la santé des femmes, la sécurité alimentaire, l'isolement de certaines régions rurales et le chômage chronique. Tout au cours de la séance, les participants ont souligné la valeur de la recherche qualitative comme moyen valable d'examen des problèmes en santé publique et des populations.

Les participants ont eu des réactions partagées à l'égard des recherches sur les interactions héritage génétique — environnement. En effet, certains participants ont émis un certain scepticisme (p. ex. « que peut faire le Canada en particulier dans ce domaine? ») et d'autres y ont vu l'occasion d'approfondir la recherche en *pharmacogénétique* afin de réduire les effets nocifs des médicaments.

#### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Les participants ont mentionné comme grande priorité en matière de transmission des connaissances une meilleure harmonisation des bases de données en santé publique et des populations et la diminution des restrictions d'accès aux bases de données. Parmi les autres priorités en matière de

transmission des connaissances, on note des efforts plus soutenus afin de transmettre les résultats de recherches aux responsables de l'élaboration des politiques et des processus plus complets permettant d'évaluer l'état des connaissances sur tout problème de santé publique et des populations.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

Les participants ont suggéré des moyens d'encouragement favorisant la diffusion et la transmission de connaissances, de plus longs congés pour activités professionnelles permettant aux universitaires d'effectuer des recherches. De plus, on jugeait important que les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs jouent un rôle plus important dans le processus de production et de transmission des connaissances. Les suggestions à cet égard comprenaient une formation en recherche à l'intention des décideurs et l'établissement de mécanismes de dialogue permanents entre chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques (« afin que les résultats des recherches n'aient pas à être condensés en moins d'une page [pour augmenter la possibilité que les responsables de l'élaboration de politiques les lisent] »).

Les inégalités régionales en matière de capacités de recherche en santé publique et des populations et de transmission des connaissances ont été considérées comme un obstacle majeur. Les participants ont jugé qu'il fallait revoir le modèle des « subventions paritaires » pour le soutien à la recherche,

étant donné que les principaux intervenants de la région de l'Atlantique disposent de ressources financières limitées.

### **Possibilités de collaboration**

Selon les participants, l'attribution directe de ressources aux intervenants était un préalable nécessaire de la création d'occasions de collaboration (« ... sinon, on ne fait que les exploiter »). Parmi les organisations avec lesquelles il est possible de collaborer, on a noté le *PEI Health Research Institute*, l'*Atlantic Health Promotion Research Centre* et le *Centre for Aging* de l'université Mount St. Vincent.

### **Consultation régionale n° 4 : Montréal (Québec) — Le 28 septembre 2001**

#### **Participants à la séance de consultation**

Les participants comprenaient des représentants d'hôpitaux d'enseignement universitaire, du gouvernement québécois, des Centres locaux de services communautaires (CLSC), des facultés et écoles universitaires (p. ex. les sciences infirmières) et d'organismes du gouvernement fédéral (p. ex. Statistique Canada).

#### **Priorités en matière de recherche**

Parmi les priorités évoquées, notons la recherche sur les interactions entre les déterminants de la santé, avec un accent particulier sur les façons dont les facteurs environnementaux influencent les

comportements relatifs à la santé et les résultats pour la santé. Parmi les autres suggestions, soulignons les problèmes de santé urbaine, la santé mondiale, la salubrité de l'environnement (particulièrement la préservation de « ressources saines », comme l'eau), et les répercussions à l'échelle de la population d'interventions visant la santé en milieu de travail, les groupes marginaux et les crimes avec violence. Un meilleur soutien de la part d'équipes interdisciplinaires de chercheurs a été considéré comme le meilleur moyen d'évaluer les effets des interventions à l'échelle de la population.

En ce qui concerne la priorité de recherche de l'ISPP sur les liens héritage génétique — environnement, les participants ont souligné la nécessité d'adopter une façon de faire équilibrer (« ... c'est beaucoup plus facile de travailler du côté génétique de l'équation que du côté environnement; mais nous devons aborder les deux aspects »). D'autres participants ont remis en question le choix de ce thème comme priorité de recherche.

### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Les participants ont demandé qu'un plus grand nombre de liens soient établis entre les bases de données en santé publique et des populations et que la qualité des données soit plus élevée. On a considéré comme préalable nécessaire à la transmission des connaissances un plus grand effort pour comprendre, faire participer et influencer les

responsables de l'élaboration des politiques. Les participants ont recommandé des occasions d'échange d'informations (« former les chercheurs dans le domaine de l'élaboration des politiques et faire de même pour l'autre côté ») comme stratégie efficace permettant de faire participer les décideurs au processus de transmission des connaissances en santé publique et des populations.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

Parmi les suggestions formulées, notons des mécanismes permettant de stimuler la transmission des connaissances entre les disciplines (p. ex. « créer un lieu d'échanges permettant de réunir des gens issus de disciplines différentes ») et financer des postes d'« *agents de liaison* » afin de faire le pont entre les chercheurs et les collectivités locales. La diminution du sentiment d'isolement entre chercheurs en santé publique et des populations d'une part et, d'autre part, ceux des autres régions a été considérée comme une grande priorité dans la création d'un réseau efficace de transmission des connaissances en santé publique et des populations dans tout le Canada.

Les participants ont demandé que soient instaurés des moyens d'encouragement à l'appui de l'innovation dans le développement et la transmission de nouvelles connaissances en matière de santé publique et des populations. Les participants ont notamment suggéré d'affecter des ressources à des structures innovatrices de production et de transmission des

connaissances (« encourager les chercheurs à fonctionner différemment ») et de modifier les moyens d'évaluation du rendement des chercheurs (p. ex. accorder une plus grande valeur à la recherche communautaire).

### **Possibilités de collaboration**

Les participants ont jugé que les efforts de collaboration devraient se concentrer sur une amélioration de la coordination avec les organisations provinciales et une meilleure intégration des autres sources de fonds de recherche en santé publique et des populations. L'Institut national de la santé publique du Québec a été suggéré comme partenaire potentiel.

### **Consultation régionale n° 5 : Winnipeg (Manitoba) — Le 1<sup>er</sup> octobre 2001**

#### **Participants à la séance de consultation**

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement provincial (ministères de la Santé, de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration du Manitoba), du gouvernement fédéral (Santé Canada), d'organismes du domaine de la santé (p. ex. *Society for Manitobans with Disabilities*), groupes d'intérêts (p. ex. *Manitoba Federation of Labour*), de facultés universitaires intéressées à la recherche et à la transmission des connaissances en matière de santé publique et des populations (p. ex. alimentation et nutrition, microbiologie médicale, sociologie, dentisterie) et de

centres de recherche universitaires (p. ex. *Northern Health Research Unit*).

### **Priorités en matière de recherche**

Les participants ont demandé que l'on se penche davantage sur les interactions entre les déterminants de la santé (« voies qui influencent la santé publique »). Parmi les autres priorités en matière de recherche mentionnées lors de la séance, citons la recherche sur l'environnement et l'agriculture (p. ex. répercussions des porcheries sur la salubrité de l'environnement), le vieillissement de la population et les méthodes par lesquelles les collectivités amortissent les répercussions sur la santé des *défis structurels* (c.-à-d. facteurs créant les inégalités en matière de santé).

Les participants ont jugé prioritaire la détermination de méthodes de recherche et de normes de validation appropriées en matière de santé publique et des populations. Plus précisément, les participants ont demandé que « l'on effectue plus d'études sur la méthodologie de la recherche » afin que l'on crée un consensus sur les meilleures méthodes de recherche en santé publique et des populations. Les participants ont aussi demandé que l'on appuie davantage la recherche qualitative, en mettant particulièrement l'accent sur la réalisation d'études qualitatives susceptibles d'intéresser les responsables de l'élaboration des politiques.

### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Les participants ont souhaité l'établissement de liens entre les bases de données nationales sur la santé (p. ex. Enquête nationale sur la santé de la population) et les bases de données sur les fichiers de soins de santé afin de faire le suivi des liens entre l'état de santé de la population et l'utilisation des services de santé. Ils ont aussi souligné la nécessité de maintenir un équilibre entre le soutien aux bases de données nationales et la satisfaction des besoins d'information en santé publique et des populations aux paliers local et régional, tout comme la pertinence d'alliances plus étroites entre les universités et la collectivité. On a mentionné à plusieurs reprises le modèle des *Alliances de recherche universités-communautés (ARUC)* du Conseil de recherches en sciences humaines comme stratégie efficace d'établissement de partenariats entre l'université et la collectivité.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

L'absence de moyens d'encouragement à l'innovation dans la production de nouvelles connaissances en santé publique et des populations a été jugée comme une lacune importante en matière de renforcement des capacités. Plus particulièrement, certains participants ont estimé que les ressources insuffisantes affectées au soutien de nouveaux chercheurs en santé publique et des populations constituaient un obstacle important à la production et à la transmission des connaissances (« nous gaspillons de

beaux talents parce que nous ne pouvons obtenir d'aide... nous perdons des diplômés et des professeurs parce que nous n'arrivons pas à être compétitifs en matière de rémunération ou de soutien à la recherche »). Une collaboration intersectorielle plus poussée a été aussi jugée nécessaire afin d'assurer le renforcement des capacités permettant la transmission des connaissances.

### **Possibilités de collaboration**

Selon les participants, l'ISPP et l'ISPC pourraient jouer un rôle de *courtier* dans la création de partenariats en recherche. La nature et la portée de la collaboration devraient être adaptées à la structure des services en santé publique et des populations dans la province/la région visée. Il faudrait accorder une attention particulière au concept des *collectivités comme intervenants*.

### **Consultation régionale n° 6 : Saskatoon (Saskatchewan) — Le 2 octobre 2001**

#### **Participants à la séance de consultation**

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement provincial (p. ex. directeur des services médicaux de la province) et de centres de recherche universitaires (p. ex. *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU)*, *Prairie Region Health Promotion Centre*). Une représentante de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada était aussi présente.

### **Priorités en matière de recherche**

Les participants ont demandé que l'on insiste davantage sur la recherche appliquée concernant la promotion de la santé (« mais il faut examiner de près toutes les composantes des projets de promotion de la santé »). Parmi les autres suggestions, notons un approfondissement de la recherche sur le renforcement des capacités, la santé globale et l'évaluation des interventions à l'échelle de la population visant des groupes marginaux (p. ex. populations autochtones et collectivités rurales isolées). La recherche visant les actions fondées sur la participation a été mentionnée comme une méthode valable permettant d'aborder ces priorités.

Les participants ont aussi demandé que l'on cherche davantage à déterminer les moyens les plus pertinents de prouver et d'étayer par des documents l'efficacité des interventions en santé publique et des populations. On a notamment suggéré d'élaborer des indicateurs complets sur les interventions efficaces et un meilleur soutien favorisant la synthèse de la recherche sur les *meilleures pratiques*.

### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Selon les participants, pour transférer efficacement les connaissances, il faut mieux comprendre de quelle façon les décideurs transforment les connaissances en politiques (« comment s'élaborent réellement les politiques? »). On a aussi mentionné qu'il était important de transposer les résultats de

recherche en termes concrets dans le but de favoriser l'accumulation de connaissances en santé publique et des populations. On a toutefois souligné qu'une sensibilisation accrue, à elle seule, n'était pas une condition suffisante pour une transmission efficace des connaissances.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

Les participants ont souligné qu'il fallait corriger les inégalités entre les régions en matière de capacité de recherche. Parmi les autres suggestions, notons des moyens d'encouragement pour soutenir l'innovation dans l'élaboration de nouvelles connaissances santé publique et des populations. Plus précisément, le soutien devrait prendre la forme d'un financement à long terme pour les postes en santé publique et des populations dans les départements des universités et au ministère de la Santé, de même que l'élaboration d'un ensemble convenu d'indicateurs sur l'évaluation du rendement des chercheurs en santé publique et des populations. Plus précisément, les participants avaient l'impression que ces indicateurs devaient « dépasser le nombre de publications et de qualité des articles » en incorporant d'autres façons de participer au processus de transmission des connaissances.

### **Possibilités de collaboration**

Selon les participants, ces occasions doivent porter principalement sur le ciblage et l'essai de modèles de partenariats entre chercheurs en santé publique et des populations d'une

part et, d'autre part, intervenants de la collectivité. Parmi les partenaires potentiels mentionnés par les participants, notons le *Health Science First Nations Initiative*, le *Saskatchewan Child Action Plan* et le *Aboriginal Health Transfer*.

### Consultation régionale n° 7 : Edmonton (Alberta) — Le 3 octobre 2001

#### **Priorités en matière de recherche**

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement fédéral (p. ex. Santé Canada), des gouvernements municipaux (p. ex. *Edmonton Social Planning Council*), de centres de recherches universitaires (p. ex. *Alberta Centre for Well-being*), de facultés universitaires (p. ex. département de sociologie, Université de l'Alberta), de la régie de la santé de la région de la capitale et du secteur privé (Division de la technologie de l'information de la Banque Canadienne Impériale de Commerce).

#### **Priorités en matière de recherche**

Voici les priorités suggérées en matière de recherche : répercussions des inégalités du revenu comme déterminant de la santé; répercussions des interventions visant à réduire les inégalités en matière de santé; *voies d'acheminement* biologique des aspects sanitaires positifs et négatifs de l'environnement social; répercussions de l'environnement sur la santé (p. ex. air, eau)

des populations urbaines; études longitudinales sur la santé, qui mettent l'accent sur les effets des changements des politiques et des interventions à l'échelle de la population visant à améliorer l'état de santé de cette dernière.

Les participants ont aussi discuté des paramètres de ce que seraient des « données probantes » en matière de santé publique et des populations. Certains participants se sont dit déçus de l'orientation étroite du Centre de collaboration Cochrane qui semblait favoriser la méthode classique fondée sur les essais cliniques aléatoires considérés comme l'« étalon » de l'efficacité.

#### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Comme ce fut le cas lors des autres séances, les participants ont souhaité que l'on ait un meilleur accès aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs afin de faciliter la transmission efficace des connaissances en matière de santé publique et des populations. Cependant, un des participants s'est inquiété du fait que la participation active des responsables de l'élaboration des politiques au façonnement des questions et des hypothèses de recherche pourrait « paralyser le processus créateur et, peut-être, freiner la recherche ».

Parmi les autres priorités suggérées, notons des recherches plus poussées sur les stratégies efficaces de diffusion des connaissances et des activités en

collaboration visant l'élaboration de synthèses de qualité et la rédaction de méta-analyses sur les interventions en matière de santé publique et des populations. Cette dernière suggestion s'accompagnait toutefois d'une mise en garde : en effet, ces initiatives devraient être accompagnées d'une stratégie dynamique de diffusion et de promotion (c.-à-d. « non seulement un centre de documentation, qui devient souvent une sorte d'entrepôt »).

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

Parmi les besoins recensés, notons un meilleur soutien aux publications des documents de transmission des connaissances (p. ex. résultats de recherche, manuels, monographies) et des moyens d'encouragement accordés aux chercheurs en santé publique et des populations les incitant à travailler avec des représentants d'autres secteurs, d'autres disciplines, comme des subventions de démarrage versées à des projets de recherche multidisciplinaires. La création de liens d'échange permettant une interaction entre les chercheurs, responsables de l'élaboration de politiques et praticiens a été proposée comme une des stratégies permettant de stimuler la production et la transmission de connaissances en santé publique et des populations. Les participants ont aussi souhaité que des sommes supérieures soient remises aux étudiants diplômés en santé publique et des populations afin de soutenir la production de nouvelles connaissances dans ce domaine.

### **Possibilités de collaboration**

Contrairement à ce qui s'est produit lors des autres séances de consultation, les participants à la séance d'Edmonton ont formulé un grand nombre de suggestions sur les organisations avec lesquelles une collaboration pourrait être organisée. En effet, ils ont mentionné les organismes suivants : l'*Edmonton Social Planning Council*, l'*Alberta Centre for Wellness*, l'*Alberta Heritage Fund for Medical Research*, la *Max Bell Foundation*, le *Centre for Health Promotion Studies* et l'Institut Pembina.

### **Consultation régionale n° 8 : Vancouver (Colombie-Britannique) — Le 4 octobre 2001**

#### **Participants à la séance de consultation**

Les participants comprenaient des représentants du gouvernement provincial (ministère des Services de santé et ministère de la Planification de la santé), d'organisations gouvernementales provinciales (p. ex. *British Columbia Centre for Disease Control*), du gouvernement fédéral (Santé Canada), d'organismes de réglementation (commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique), d'organisations de services de santé communautaire (p. ex. régie de la santé de Vancouver/Richmond), écoles et facultés universitaires intéressées à la recherche et à la transmission des connaissances en santé publique et des populations (p. ex. hygiène

professionnelle et environnementale, anthropologie, sciences de l'information sur la santé et géographie) et de centres de recherche universitaires (p. ex. *Centre for Health Services and Policy Research*).

### **Priorités en matière de recherche**

Voici les suggestions touchant la recherche : importance du *pouvoir* (c.-à-d. de la maîtrise des décisions) et des relations de pouvoir entre les groupes comme déterminants de la santé, interactions entre les déterminants sociaux et bio-psychologiques de la santé, santé des sans-abri et santé environnementale (air, eau, sol, nourriture). Les participants ont déclaré être d'accord avec la recherche fondée sur la participation comme moyen pertinent et légitime d'effectuer de la recherche en santé publique et des populations.

Les participants ont aussi demandé la création d'importants « groupes de réflexion multidisciplinaires » à l'appui des activités de recherche en santé publique et des populations. Les participants ont fait part de leur volonté de soutenir la recherche sur l'efficacité des interventions en matière de santé publique et des populations (c.-à-d. celles qui fonctionnent).

### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Les participants ont demandé que les bases de données existantes en matière de santé publique et des populations soient utilisées

plus efficacement. Afin de garantir l'utilisation efficace des bases de données, on a notamment suggéré l'augmentation des liens et le renforcement de la capacité d'utiliser des bases de données reliées entre elles. Certains participants ont fait part de leur frustration devant les limites des bases de données nationales en santé publique et des populations concernant les priorités régionales en matière d'information (« s'il n'y a pas de représentant national, il n'y a pas de subvention »). Afin de garantir que la transmission des connaissances oriente les décisions en matière de programmation et de politique, les participants ont aussi demandé que l'on examine de près les tactiques et les stratégies qui se sont révélées efficaces auprès des décideurs.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

À plusieurs reprises, les participants ont souligné qu'il fallait absolument élargir le nombre de partenariats avec les autres groupes d'intervenants afin d'améliorer les capacités de production et de transmission des connaissances en santé publique et des populations. Les participants ont formulé un certain nombre de suggestions sur les partenariats en transmission des connaissances comme l'établissement de liens entre les chercheurs en santé publique et des populations et les écoles de génie et les départements de sciences de l'environnement. Parmi les autres suggestions de répartition des ressources, notons la formation en matière de transmission des connaissances, l'évaluation

et la révision des programmes actuels en santé publique et des populations et la création d'une « école virtuelle de la santé publique ».

### **Possibilités de collaboration**

Les participants ont suggéré qu'à l'avenir les efforts de collaboration portent sur la création d'instituts interdisciplinaires intéressés à la recherche et à la transmission des connaissances en santé publique et des populations. Parmi les partenaires potentiels, les participants ont mentionné le Réseau canadien de recherche en politiques publiques, la Base de données sur l'état civil (santé des Autochtones) et les programmes interdisciplinaires de l'Université de Victoria et de l'Université de la Colombie-Britannique.

### **Consultation régionale n° 9 : Toronto (Ontario) — Le 9 octobre 2001**

#### **Participants à la séance de consultation**

Les participants comprenaient des représentants de bureaux locaux de santé publique (p. ex. *Hamilton-Wentworth*, région de Waterloo), le Programme de recherche, d'éducation, et de développement en santé publique (REDSP), de facultés universitaires, de centres de recherche universitaires (p. ex. *Centre for Health Promotion*, Université de Toronto), de centres de ressources en promotion de la santé (p. ex. Centre ontarien d'information en prévention) et de groupes d'intérêt oeuvrant dans le domaine de la santé

(p. ex. Coalition des communautés en santé de l'Ontario).

### **Priorités en matière de recherche**

Parmi les suggestions formulées, notons la recherche sur les répercussions des inégalités de revenu sur la santé, les interactions entre les déterminants de la santé et les effets des interventions à l'échelle de la population sur des problèmes comme les comportements liés au *mode de vie*, l'obésité, la santé des immigrants et le vieillissement de la population. La recherche sur le renforcement des capacités de la collectivité, particulièrement la recherche utilisant des méthodes fondées sur la participation, a aussi été considérée comme une innovation méritant le soutien de l'ISPP et l'ISPC.

La recherche sur les interactions entre l'héritage génétique et l'environnement, une des priorités de l'ISPP, a suscité des réactions mitigées. Pour certains participants, ces travaux constitueraient l'occasion de préciser l'apport relatif des facteurs environnementaux et des facteurs génétiques dans la maladie, mais d'autres estimaient que la génétique n'était pas un domaine pertinent pour les chercheurs en santé publique et des populations.

### **Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances**

Certains participants ont demandé l'établissement de meilleurs liens entre les

bases de données sur la santé publique et des populations afin de faciliter la planification et l'élaboration des politiques. D'autres participants ont aussi considéré l'élaboration de nouvelles bases de données sur les facteurs de risque biologiques comme une priorité en matière de transmission de connaissances.

Afin de faciliter la transition de la transmission des connaissances à l'échange des connaissances, les participants ont demandé que soient adoptés de meilleurs moyens de communiquer les connaissances en matière de santé publique et des populations (« au-delà des méthodes classiques ») et l'établissement de programmes de récompense offrant plus de moyens d'encouragement aux activités de transmission des connaissances.

### **Besoins en matière de renforcement des capacités locales**

Les participants ont insisté sur la nécessité d'appuyer un plus vaste ensemble de partenariats avec d'autres secteurs (c.-à-d., hors la santé publique et des populations) de même que de renforcer la collaboration avec les responsables de l'élaboration de politiques. *Making Connections*, projet ontarien visant à mieux sensibiliser le public aux déterminants de la santé, a été donné à titre d'exemple de partenariat réussi entre chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques. Dans le but de favoriser la production des connaissances et le renforcement des capacités de transmission de ces connaissances, on a jugé prioritaire

d'investir plus de ressources afin de favoriser un « cheminement de carrière stable » pour les nouveaux chercheurs en santé publique et des populations.

La discussion sur les besoins en production et en transmission des connaissances a mis en exergue le fait que les infrastructures ontariennes en matière de santé publique et des populations (relativement à celles des autres régions du Canada) étaient relativement importantes, complexes et bien financées. Cependant, en même temps, les participants s'inquiétaient de l'érosion des programmes et services centraux (p. ex. programmes des bureaux locaux de santé publique) soutenus par ce réseau par suite des compressions budgétaires provinciales et du téléchargement.

### **Possibilités de collaboration**

Le renforcement des partenariats avec les ministères provinciaux de la Santé a été cité comme priorité. Cependant, contrairement à ce qui s'est produit lors des autres séances de consultation, le mécanisme de soutien de la collaboration intersectorielle n'a pas été jugé prioritaire. C'est peut-être à cause des infrastructures de partenariat relativement importantes (comparativement à la situation dans les autres régions) que possède la province.

## Consultation régionale n° 10: Ottawa (Ontario) — Le 29 octobre 2001

### *Participants à la séance de consultation*

Les participants comprenaient des représentants des unités d'enseignement en santé publique (p. ex. le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) d'Ottawa-Carleton, les centres nationaux de recherche (p. ex. l'Institut national du cancer du Canada), les facultés (p. ex. le département de la santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Queen's) et les groupes d'intérêt impliqués dans la santé (p. ex. la *Registered Nurses Association of Ontario*).

### *Priorités en matière de recherche*

Parmi les priorités évoquées, notons l'association entre la santé et le revenu, particulièrement jusqu'à quelle mesure peut-on acquérir une bonne santé par le biais du revenu, voire même l'acheter par le biais des transmissions sociales.

D'autres priorités évoquées comprenaient la promotion de la santé des jeunes, la santé globale (p. ex. les comparaisons internationales), et l'évaluation des interventions au niveau de la population (particulièrement celles en rapport avec le développement de l'enfance et la jeunesse). Les participants ont appuyé généralement la recherche sur les interactions des gènes et de l'environnement, une priorité de l'ISPP à la condition que l'aspect environnemental de la relation soit plus visé.

La nature et l'étendue des méthodes de recherche de la santé publique et des populations ont fait l'objet de plusieurs discussions au cours de la séance. Les participants ont évoqué les priorités incluant le développement des modèles économiques de prise de décision pour les programmes de la santé publique et des cadres méta-analytiques plus appropriés pour compiler les preuves de la santé publique et des populations (à savoir des alternatives à la collaboration Cochrane).

### *Priorités en matière de transmission/d'échange des connaissances*

Identifier et aborder les obstacles d'accès aux bases de données et au réseau. Tel étaient les prérequis clés pour améliorer la transmission des connaissances. De plus, les participants ont demandé qu'on fasse plus de recherche sur les moyens efficaces de communiquer les connaissances sur la santé publique et des populations au public et d'augmenter les moyens d'encouragement des chercheurs pour travailler en partenariat avec les spécialistes de la transmission des connaissances.

### *Besoins en matière de renforcement des capacités locales*

Pour faciliter la transmission des connaissances, les participants ont émis des suggestions spécifiques, incluant un atelier de concertation pour la synthèse des connaissances et le développement de partenariats en dehors du secteur de la santé,

entre autres des partenariats entre le gouvernement et les universités. Les participants ont développé des détachements de court terme entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques, ainsi ce moyen encouragerait l'implication des responsables de l'élaboration des politiques dans le processus de transmission des connaissances.

### ***Possibilités de collaboration***

Les participants ont identifié les organismes collaborateurs, dont le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), Sauve qui pense (un bureau central sur la prévention des blessures), et la *Campbell Collaboration* (au lieu de *Cochrane Initiative*). Les participants ont estimé que les projets de collaboration appuyés par l'ISPP et l'ISPC devraient mettre l'accent sur l'identification des modèles de meilleures pratiques pour la recherche et la transmission des connaissances et pour assurer la promotion de la santé.