



Institut de la santé publique et
des populations


IRSC CIHR

POP Nouvelles

Automne 2012

Volume 2

Numéro 4

Message de la directrice scientifique

J'écris cette lettre dans l'avion qui me ramène de Bruxelles, où j'ai participé aux discussions d'un groupe consultatif d'experts indépendant sur l'avenir de la recherche en santé publique sous le régime du Programme-cadre pour la recherche et l'innovation de l'Union européenne. Ce n'est là qu'un exemple du travail de collaboration avec l'étranger accompli par notre institut pour stimuler l'échange de connaissances sur un éventail de questions pertinentes pour nos orientations stratégiques. Le fait de contribuer à ce genre de discussion permet d'accroître la portée et l'impact des efforts de notre institut pour développer la recherche interventionnelle en santé des populations.

Plusieurs occasions d'interaction de ce genre se sont récemment présentées. J'ai assisté au Congrès mondial des associations de santé publique en Éthiopie en avril. Certains faits saillants de cette conférence sont rapportés dans le présent bulletin. Erica Di Ruggiero a participé à la conférence de l'American Public Health Association; Sarah Viehbeck et moi avons pris part à la Conférence de l'Association européenne de santé publique; Emma Cohen et Kim Gaudreau ont assisté à la conférence des ISFH concernant la recherche sur le genre et la santé; j'ai aussi participé au deuxième Symposium mondial de recherche sur les systèmes de santé. Ces événements offrent des occasions importantes de collaborer avec des partenaires pour promouvoir les initiatives conjointes entre les IRSC et des organismes de financement étrangers, et ils ont déjà donné lieu à plusieurs initiatives et possibilités de financement conjointes, notamment : série de symposiums de recherche interventionnelle en santé des populations organisés conjointement avec le

CDC, réunions avec le comité de rédaction de *Preventive Medicine* qui ont abouti au numéro spécial de cette revue sur la recherche interventionnelle en santé des populations, et efforts conjoints pour renforcer l'éthique de la recherche en santé des populations.

Les membres du conseil consultatif de l'Institut (CCI) continuent d'apporter une contribution essentielle à la création de ces réseaux et des possibilités connexes. Je désire remercier les membres du CCI qui ont terminé leur mandat cet été et qui ont laissé une empreinte durable sur l'Institut. Susan Kirkland a été une vice-présidente hors pair dont les connaissances en évaluation nous ont été fort utiles. Margaret Whitehead a terminé son deuxième mandat au CCI. La profondeur de sa réflexion sur les déterminants de la santé l'évaluation de nos projets et les liens qu'elle a contribué à forger avec les conseils de recherche du R.-U. ont été grandement appréciés. Tim Evans, une de nos sommités en santé mondiale, a jeté sur nos débats son regard critique et pragmatique. Norman Daniels, notre repré-



Dre Nancy Edwards

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

sentant en ce qui a trait à l'éthique, nous a prodigué ses conseils d'expert en la matière. Tous nous manqueront. Mais le renouvellement du CCI se poursuit : à notre réunion d'octobre, nous avons accueilli trois nouveaux membres qui ajouteront à l'expérience internationale et à la diversité du conseil. David Peters est professeur et directeur associé au département de la santé internationale ainsi que directeur du programme de systèmes de santé à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. C'est un Canadien originaire du Manitoba. Mark Petti-crew est professeur en évaluation de la santé publique au Département de recherche sur la santé sociale et la salubrité de l'environnement, à la Faculté de la santé et des politiques publiques de la London School of

Hygiene and Tropical Medicine; il a travaillé avec le Centre de recherche interventionnelle en santé des populations financé par l'ISPP à l'Université de Calgary, et il a participé à notre conférence sur la recherche interventionnelle en santé des populations plus tôt cette année. Angus Dawson est professeur d'éthique en santé publique et directeur du Medicine, Ethics,

Society & History à l'Université de Birmingham, au Royaume-Uni. Le Dr Dawson est le nouveau représentant en matière d'éthique de notre CCI. Attaché à l'Université de Toronto de 2007 à 2009, il joue toujours un rôle dans plusieurs projets au Canada. Il fait entre autres partie du groupe de travail qui a récemment publié, pour Santé publique Ontario, le livre blanc sur les considérations éthiques liées

aux interventions en santé publique indépendantes de la recherche. Nous nous réjouissons à l'avance de leurs contributions aux délibérations de notre conseil.

Je vous souhaite à vous et à vos réseaux un automne et un hiver formidables, et c'est avec plaisir que je vous retrouverai en 2013!

— À L'INTÉRIEUR DE CE BULLETIN —

Article sur les chaires de recherche appliquée en santé publique : Dr James Dunn ...	3
Article sur les subventions programmatiques : Voies vers l'équité	4
Le coin des étudiants	7
Redéfinir les modèles de soins offerts aux femmes autochtones porteuses du VIH en Papouasie	7
Recherche sur les approches de santé publique à l'égard de la réduction des préjudices associés à la toxicomanie	8
Réflexions d'étudiants sur leur emploi d'été à l'ISPP	9
Conférences sur la santé publique	10
Congrès mondial de santé publique	10
Influence et engagement politiques croissants des associations nationales de santé publique en Afrique : progrès et défis – aperçu de l'atelier	10
Vers l'équité mondiale en santé : occasions et menaces – séance plénière	11
Trouver l'espace aérien : la contribution des associations de santé publique à la protection contre l'exposition à la fumée du tabac – aperçu de la séance	12
Principaux enseignements	13
L'Association canadienne de santé publique	14
Santé publique — Pensée systémique 3.0	14
Perspectives de l'inégalité face à la santé : l'insécurité alimentaire du niveau local au niveau mondial	16
Pleins feux sur les étudiants : Nonsikelelo Mathe	17

Article sur les chaires de recherche appliquée en santé publique : Dr James Dunn

Article par Andrea Hill, étudiante, ISPP des IRSC

Le réaménagement du quartier de logements sociaux Regent Park à Toronto n'en est peut-être qu'à ses premières phases, mais un des principaux chercheurs dans le domaine du logement et de la santé au Canada est d'ores et déjà convaincu que le projet est sur la bonne voie.

« Les premiers résultats de l'étude de Regent Park font état d'améliorations de la satisfaction à l'égard du logement et du quartier, ainsi que des sentiments de sécurité et de sûreté des gens », dit James Dunn, titulaire d'une chaire de recherche appliquée en santé publique des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Agence de santé publique du Canada. « C'est une sorte d'affirmation que ce qu'ils font est bien. »

Dunn, qui est professeur agrégé à l'Université McMaster et chercheur à l'Hôpital St. Michael's de Toronto, étudie d'abord comment les interventions et les politiques en matière de logement influent sur la santé des populations. Il a commencé à étudier les effets sur la santé du réaménagement en six phases de Regent Park en 2005, peu après que la ville de Toronto eut approuvé des plans pour rebâtir le quartier de 12 500 habitants. Le quartier ne comprenait alors que des logements sociaux pour les personnes ayant les revenus les plus faibles. Il est aujourd'hui graduellement transformé en quartier à revenus mixtes. Le projet de revitalisation, qui entre dans sa deuxième phase, est censé durer 15 ans.

Étudier les effets d'un pareil réaménagement va de soi pour Dunn, qui se passionne depuis longtemps pour

les façons dont les situations de vie des gens influent sur leur santé.

« Nous savons qu'il existe un gradient social dans la santé qui fait que plus votre revenu est élevé, meilleure est votre santé, mais cela sous-estime probablement le niveau d'inégalité réel dans la société canadienne », dit Dunn. « Le logement est un facteur d'inégalité assez important, mais cela ne se voit pas dans le revenu déclaré des gens. »

Dunn a entrepris sa carrière en recherche transversale, qui consiste à étudier la santé et les conditions de vie des gens à un moment donné dans le temps. Or, il s'est rapidement rendu compte que de précieuses informations sur le logement et la santé pouvaient être obtenues en suivant ces gens au cours d'une période prolongée.

« Chaque jour, les gens déménagent d'un domicile à un autre », explique Dunn. « Donc, si je réussissais par un moyen quelconque à saisir cette réalité pour en faire l'objet d'une étude, cela serait incroyablement utile du point de vue de la recherche et de la prise de décision. »

Et c'est exactement ce qu'il est en train d'accomplir.

À Regent Park, son équipe de recherche interview des locataires à diverses étapes du réaménagement.



Dr James Dunn

Chaire de recherche appliquée en santé publique des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Agence de santé publique du Canada
Professeur agrégé, Université McMaster
Chercheur, Hôpital St. Michael's

Les entrevues de départ ont été réalisées durant la première phase du projet, et d'autres auront lieu au fur et à mesure de son avancement.

Suivre des gens au cours d'une longue période est difficile, dit Dunn. C'est un long processus qui garantit qu'une somme essentielle de connaissances est obtenue et considérée.

« Les gens ont des vies compliquées et ils peuvent être difficiles à joindre », explique Dunn. « Garder

leur trace et les suivre au fil du temps coûte très cher parce que, assez souvent, ils déménagent, changent de numéro de téléphone ou font autre chose du genre. »

En plus d'étudier la santé des locataires de Regent Park, Dunn évalue aussi une initiative de réaménagement de quartier en cours à Hamilton, et examine dans la région du Grand Toronto la santé mentale des adultes et le développement des enfants des familles qui accèdent au logement subventionné pour la première fois.

C'est ce genre de recherche de pointe qui a valu à Dunn d'être nommé l'an

dernier professeur invité William Lyon Mackenzie King en études canadiennes au Centre Weatherhead pour les affaires internationales de l'Université Harvard. Pendant son séjour au campus de Boston, Dunn a communiqué ses expériences en recherche à des étudiants et à des collègues, en plus de côtoyer des sommités de la recherche sur le réaménagement des quartiers.

« Une expérience fabuleuse à plusieurs de points de vue... j'ai énormément appris », dit Dunn.

À Harvard, Dunn dit qu'il a été en mesure de nouer des liens qui pourront être d'une valeur inestimable

dans son expérimentation de nouvelles technologies susceptibles d'améliorer sa recherche au Canada. En particulier, il prévoit faire l'acquisition d'un véhicule spécial muni de caméras hautement perfectionnées qui lui permettront d'analyser des vidéos de quartiers pour y observer des signes de désordres physiques et sociaux, des facteurs en corrélation avec les résultats sur le plan de la santé d'une population. L'équipement, qui a déjà été utilisé pour étudier des quartiers aux États-Unis, pourrait être mis en service à Hamilton dès ce printemps. Ce sera la première fois qu'une technologie semblable sera utilisée au Canada.

Article sur les subventions programmatiques : Voies vers l'équité

*Les Drs Pat Martens, Marni Brownell, Alan Katz et Dan Chateau sont les chercheurs principaux, auxquels se greffent 14 autres chercheurs, d'une de 11 subventions programmatiques pour la santé et l'équité en santé financées par l'ISPP des IRSC et d'autres partenaires. Notre subvention est désignée par l'acronyme anglais « PATHS » (pour Pathways To Health and Social Equity, ce qui pourrait se traduire par « Voies vers l'équité en santé et sur le plan social »). Il s'agit d'un programme de recherche sur les mesures qui fonctionnent pour réduire l'écart socioéconomique de la santé et le mieux-être chez les enfants du Manitoba. La **Dre Martens (PM)**, directrice du Centre manitobain des politiques en matière de santé (CMPS), s'entretient de cette recherche avec **Elaine Burland (EB)**, gestionnaire de projet de recherche du même centre.*

EB : Pouvez-vous décrire votre programme de recherche?

PM : Nous entreprenons une série de sous-projets interdépendants qui consisteront chacun à évaluer l'effet de diverses interventions visant à améliorer le sort des enfants sur le plan de la santé et des conditions sociales. Dans la dernière étape du programme, nous nous pencherons sur les résultats combinés de l'exposition à ces interventions.

EB : Quel est le but de votre programme de recherche?

PM : Notre but est de comprendre et

d'évaluer l'impact d'interventions particulières sur la santé et le bien-être des enfants au moyen de bases de données administratives. Nous évaluerons les interventions pour voir lesquelles semblent améliorer le sort des enfants, en d'autres mots, lesquelles sont associées à une meilleure santé et au mieux-être ainsi qu'à la réduction des iniquités. De plus, nous explorerons les bienfaits et les impacts sur l'iniquité en santé qui peuvent découler de l'intégration des programmes et des politiques de santé pour les enfants. Pour certains résultats, nous examinerons d'autres facteurs qui entravent ou facilitent la

réduction des iniquités chez les enfants.

Ce travail aidera à améliorer les méthodes populationnelles de mesure de l'équité à l'aide de données administratives, créant ainsi une capacité de comprendre ce qui fonctionne pour réduire l'iniquité dans le sort des enfants.

EB : Qui fait partie de l'équipe de recherche?

L'équipe est composée de chercheurs, d'étudiants diplômés, de responsables des politiques et de planificateurs à l'échelle régionale et provinciale, de



Drs Alan Katz, Elaine Burland, Pat Martens, Marni Brownell and Dan Chateau de l'équipe voies vers l'équité

membres d'ONG et de cliniciens. Le CMPS compte une équipe de scientifiques de renommée internationale et héberge un des dépôts de données administratives les plus complets au monde, si bien que nous ne pourrions être mieux placés pour réaliser la recherche en question. Nous bénéficions aussi d'un engagement et d'un appui solides de la part d'établissements de haut niveau, du gouvernement et des autorités régionales de la santé.

EB: Pourquoi vous concentrez-vous sur les enfants?

Nous nous fondons sur les conclusions d'un rapport (2009) de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (*Grandir sainement – Priorités pour un avenir en santé*). L'impact du statut socioéconomique sur les possibilités de développement d'un enfant a été reconnu comme un déterminant clé –

les investissements qui procurent le meilleur rendement sont ceux qui contribuent au bien-être des enfants, parce qu'ils ont pour effet de réduire les dépenses futures au titre des services de santé, des services sociaux et des services de justice. Notre recherche couvre nombre de secteurs d'intervention recommandés, notamment le logement, les environnements (maison, école, collectivité), les influences familiales, les soins et le développement de la petite enfance, l'accès aux soins primaires, la maturité scolaire, l'allaitement maternel, l'activité physique et la nutrition.

Nous sommes extrêmement bien placés pour explorer ce qui contribue à « grandir sainement » parce que nous pouvons tirer parti d'une capacité et d'une volonté, à la grandeur de la province, d'évaluer les programmes de santé et les pro-

grammes sociaux, et que nous pouvons voir dans quelle mesure les interventions réduisent les iniquités chez les enfants. De solides relations existent déjà entre le CMPS, les responsables des politiques, les planificateurs et les organismes sociaux, ce qui aura pour effet de faciliter une approche recherche-action.^{1,2}

EB: Quels genres d'interventions étudiez-vous?

PM: Nous examinerons 13 interventions différentes, en plus d'étudier la faisabilité de l'élaboration d'un nouvel « indicateur » de santé publique et de l'examen des mécanismes qui conduisent à l'iniquité par une analyse qualitative.

Les 13 interventions étudiées sont :

1. l'initiative Hôpitaux amis des bébés

2. le Réseau intégré de médecins
3. une intervention précoce pour le TDAH
4. Le Programme de prévention et d'intervention précoces pour la psychose
5. les cliniques pour adolescents à l'école
6. le programme « Bébés en santé »
7. le programme de visites à domicile « Les familles d'abord »
8. le logement social
9. programme d'enrichissement scolaire estival Community Schools Investigators
10. le programme Healthy Buddies
11. le programme Racines de l'empathie
12. la maternelle à temps plein
13. le programme « Signes de suicide »

Pour mettre au point un nouvel indicateur de santé publique, nous espérons arriver à quelque chose qui se rapproche d'un indicateur des conditions propices aux interventions de santé publique, qui irait de pair avec l'indicateur des conditions propices aux soins ambulatoires qui a été mis au point relativement aux hospitalisations. Cet indicateur tient compte de maladies chroniques comme l'asthme, le diabète et l'hypertension, qui peuvent être gérées à l'échelle de la communauté, mais qui pourraient entraîner l'hospitalisation dans un établissement de soins actifs. Nous examinerons à l'aide du processus Delphi quelles maladies auraient pu être évitées si des soins de santé publique convenables existaient.

EB: Quelles sont vos sources de données et méthodes de recherche?

Nous utiliserons plusieurs bases de données pour l'ensemble de la population dans le dépôt du CMPS. Celles-ci contiennent des données rendues anonymes sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux et ses résultats, y compris des statistiques de l'état civil, et des données sur l'utilisation des médecins et des hôpitaux, l'immunisation, les résultats scolaires, les programmes d'intervention auprès des jeunes enfants, les services de protection de l'enfance, l'aide sociale et l'utilisation du logement social.

Nos méthodes s'appuieront sur des travaux antérieurs du CMPS publiés dans *Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Widening or Narrowing Over Time?*³, qui avaient pour but de voir si les écarts socioéconomiques dans la santé augmentaient ou diminuaient avec le temps. Nous créerons des groupes de revenu du quartier à l'aide du code postal et des données du recensement pour examiner les iniquités géographiques et socioéconomiques, les voies vers l'équité en santé et le plan social pour les enfants, et les effets de diverses interventions sur le plan des programmes et des politiques de santé ou à caractère social.

Notre équipe de recherche travaillera en collaboration suivant une approche fondée sur l'application des connaissances intégrée à laquelle participeront des utilisateurs des connaissances à toutes les étapes (ils aideront à

formuler les questions de recherche, examineront les analyses, et communiqueront et appliqueront les conclusions). C'est ainsi que la prise de décision viendra à reposer sur des données probantes. Chaque sous-projet a sa propre équipe, qui comprend des chercheurs et des utilisateurs des connaissances, et ses propres objectifs. Chacun évaluera si l'intervention a donné lieu à un changement dans les résultats et/ou les gradients et a permis d'atteindre sa population cible.

EB: Comparativement aux subventions de fonctionnement traditionnelles, quelle est la valeur d'une approche par programmes de recherche?

PM: L'avantage d'une subvention programmatique par rapport à la subvention de fonctionnement traditionnelle est qu'elle permet d'examiner les effets combinés des sous-projets. Elle permet de répondre aux questions comme qu'est-ce qui arrive aux enfants exposés à diverses interventions? Quelle intervention, ou combinaison d'interventions, semble avoir l'effet le plus marqué sur les résultats? À quel niveau les interventions présentent-elles les plus grands avantages ou permettent-elles de réduire le plus les iniquités? Les interventions les plus efficaces sont-elles celles qui sont ciblées ou celles qui sont universelles (c.-à-d. l'intervention devrait-elle se faire à l'échelle de l'individu, de la famille, de l'école, de la collectivité ou de la province)?

Références

1. Martens P.J., Roos N.P. « When health services researchers and policymakers interact: tales from the tectonic plates ». *Health Policy*, septembre 2005, 1(1) 72-84.
2. Roos N.P., Roos L.L., Brownell M., Fuller E.L. « Enhancing policymakers understanding of disparities: relevant data from an information-rich environment ». *Milbank Quarterly*, septembre 2010; 88(3): 382-403.
3. Martens P., Brownell M., Au W., MacWilliam L., Prior H., Schultz J., Guenette W., Elliott L., Buchan S., Anderson M., Caetano P., Metge C., Santos R., Serwonka K. *Health Inequities in Manitoba: Is the Socioeconomic Gap in Health Widening or Narrowing Over Time?* Winnipeg, Manitoba : Centre manitobain des politiques en matière de santé, septembre 2010.

Le coin des étudiants

Redéfinir les modèles de soins offerts aux femmes autochtones porteuses du VIH en Papouasie

En Papouasie (Indonésie), où je travaille depuis 2006 en tant qu'anthropologue, les taux d'infection au VIH augmentent plus rapidement qu'ailleurs dans cette partie du monde, près de 3 % de la population testée étant séropositive. Même si la Papouasie est aux prises avec une épidémie du VIH qui touche de manière disproportionnée les personnes autochtones, le point de vue et l'expérience de ces dernières ont été largement ignorés par le gouvernement dans sa façon de la contrer.

Mon projet de doctorat a porté principalement sur le racisme et la violence politique subis par les Autochtones dans le contexte du programme de développement de l'État de l'Indonésie. Quand je travaillais sur le terrain, j'ai vu des amis et des répondants qui ont été infectés par le VIH et qui sont ensuite décédés dans la vingtaine. J'ai alors senti que je devais mener de la recherche davantage axée sur l'action afin de pouvoir jouer un rôle dans l'examen et la redéfinition des interventions contre le VIH. Grâce à une bourse de recherche postdoctorale des IRSC, je pourrai étudier l'impact des interventions en santé des populations menées par des Autochtones sur la situation des femmes de la Papouasie en ce qui touche le VIH.

Une recherche exploratoire que j'ai menée plus tôt cette année, appuyée en partie par l'organisation Pacific Peoples Partnership de Victoria (C.-B), révèle de grandes différences dans le domaine du VIH entre les services offerts par les organismes gouvernementaux et ceux fournis par les organisations non gouvernementales autochtones. Ces différences se situent au chapitre des valeurs et des approches suivies en matière



Article par la **Dre Jenny Munro** (sur la droite, à côté de Dessy Wenda)
Boursière postdoctorale des IRSC
Département des sciences de la santé communautaire
l'Université de Calgary

d'éducation, de traitement et de soins aux personnes touchées. Je me suis questionnée sur les effets des différents modèles de soins sur les personnes séropositives, particulièrement les femmes, qui portent un fardeau disproportionné en matière de discrimination et de stigmatisation. Et c'est chez les femmes que l'on détecte la plupart des nouveaux cas d'infection. Ma recherche repose sur des méthodes qualitatives et ethnographiques afin de comparer le profil des expériences et l'état de santé des femmes qui

subissent des traitements contre le VIH offerts par des organisations autochtones et des femmes qui sont traitées dans le cadre de programmes gouvernementaux. Des analyses qualitatives et quantitatives permettront d'établir quelles possibilités de mise à contribution de pratiques, programmes et politiques entraînent une amélioration de la santé des populations afin de créer et de promouvoir des modèles de traitement plus efficaces.

Recherche sur les approches de santé publique à l'égard de la réduction des préjudices associés à la toxicomanie

Ayant grandi à Vancouver, j'ai pu observer de près comment la toxicomanie peut ravager des individus et des sous-populations. Le quartier « Downtown Eastside Vancouver », maintenant célèbre pour avoir accueilli le premier site d'injection supervisé en Amérique du Nord, est le théâtre de deux épidémies simultanées de VIH/sida et de toxicomanie depuis plusieurs décennies. Dans le cadre de mon travail de recherche au centre d'excellence sur le VIH/sida de la C.-B., je fais partie d'une équipe de scientifiques qui se penche sur les approches de santé publique fondées sur des données probantes à l'égard de la réduction des préjudices associés à la toxicomanie.

Dans le cadre de cette recherche, ma plus grande découverte personnelle a peut-être été la différence entre les préjudices associés à la toxicomanie et les préjudices associés aux politiques en matière de toxicomanie. Par exemple, un examen récent de la littérature sur la corrélation entre les interventions d'application de la loi — comme les descentes policières — et la violence liée à la toxicomanie, s'est soldé par une conclusion surprenante : selon la

vaste majorité des études à ce sujet, l'application de la loi dans le domaine des drogues est un important facteur de violence liée à la toxicomanie.¹ De plus, un grand pan de la littérature scientifique démontre comment le risque de transmission du VIH et d'évolution de la maladie chez les utilisateurs de drogues injectables était directement relié à certaines formes de répressions de la toxicomanie.^{2,3}

Pour mon projet de recherche doctoral, je me penche sur la détermination des facteurs de risque de passage aux drogues injectables parmi des populations vulnérables comme les jeunes de la rue. J'espère que cette recherche, qui repose sur des données vancouveroises, contribuera à la conception et à la mise en œuvre d'interventions de santé des populations qui auront pour effet de prévenir la transition aux drogues injectables, ce qui a déjà été désigné comme une priorité en matière de santé publique par des experts dans le domaine du VIH et de la toxicomanie.⁴ Un autre aspect de mon projet consiste à répondre aux préoccupations soulevées par certains responsables des politiques nord-américains concernant la possibilité que certaines interventions de santé publique, comme les programmes



Article par **M. Daniel Werb**
Adjoint de recherche principal
L'Initiative de recherche sur la toxicomanie et la santé urbaine au centre d'excellence sur le VIH/sida de la C.-B.
Coordonnateur scientifique
International Centre for Science in Drug Policy.
Dan Werb a obtenu une bourse d'études doctorales de la Fondation Pierre Elliott Trudeau en 2012

d'échange de seringues, retardent l'abandon des drogues injectables par les bénéficiaires. En définitive, j'espère que cette recherche servira à justifier plus solidement des interventions répondant aux besoins de nos sous-populations urbaines vulnérables.

« J'espère que cette recherche, qui repose sur des données vancouveroises, contribuera à la conception et à la mise en œuvre d'interventions de santé des populations qui auront pour effet de prévenir la transition aux drogues injectables »

Références

1. D. Werb, G. Rowell et coll. « Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review », *International Journal of Drug Policy*, vol. 22, n° 2, 2011, p. 8.
2. T. Rhodes, A. Judd et coll. « Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation: Maximizing the protective effects of syringe distribution », *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, no 3, 2004, p. 293.
3. M. J. Milloy, T. Kerr et coll. « Methadone maintenance therapy promotes initiation of antiretroviral therapy among injection drug users », *Addiction*, vol. 105, no 5, 2010, p. 907.
4. D. Vlahov, C. M. Fuller et coll. « Updating the Infection Risk Reduction Hierarchy: Preventing transition into injection », *J Urban Health*, vol. 81, no 1, 2004, p. 14.

Réflexions d'étudiants sur leur emploi d'été à l'ISPP

Cet été, l'ISPP des IRSC a recruté trois étudiants du premier cycle et une étudiante stagiaire à la maîtrise. Ces étudiants ont travaillé durant quatre mois à divers projets à court et à long terme. Ils ont ainsi eu l'occasion de mieux connaître les rouages de la recherche en santé publique et en santé des populations et ont eu l'occasion de mettre en pratique leurs connaissances acquises à l'université dans un cadre professionnel. Deux étudiants de premier cycle, Alannah Brown et Max Deschner, nous font part de leur expérience qu'ils qualifient de stimulante et d'enrichissante.

Alannah : En tant qu'étudiante au programme de premier cycle en sciences de la santé de l'Université de Toronto, j'ai une formation en santé publique et des populations. Travaillant avec l'ISPP, j'ai procédé à une analyse de la recherche financée par les IRSC par le passé, un projet qui a mené à l'élaboration d'un document de fond pour le développement d'une nouvelle initiative. J'ai travaillé à de nombreux autres projets couvrant des sujets divers comme l'environnement bâti et les innovations théoriques et méthodologiques. Je suis fascinée par le domaine de la santé publique et des populations et j'ai l'intention de faire sous peu une maîtrise en santé publique.

Max : Mon emploi d'été à l'ISPP des IRSC m'a permis d'en apprendre davantage sur le rôle des IRSC en tant qu'organisme de financement de la recherche en santé. Cela m'a permis de prendre conscience des différentes étapes du processus de la recherche et de la façon dont collaborent les intervenants afin de favoriser, en fin de compte, l'équité en santé au Canada et ailleurs dans le monde. Certaines de mes tâches au cours de l'été ont



Stagiaires d'été de l'ISPP, de gauche à droite : **M. Max Deschner** (étudiant en anthropologie et en sciences politiques à l'Université McGill), **Mme Rachel Maclean** (étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Toronto), **Mme Andrea Hill** (étudiante en journalisme et en biologie à l'Université Carleton) et **Mme Alannah Brown** (étudiante en sciences de la santé et en sociologie à l'Université de Toronto)

consisté à entreprendre l'examen des stratégies de gouvernance en soins de santé primaires communautaires au Canada, à préparer une bibliographie annotée, à participer à la gestion d'un projet lié à l'économie de la santé publique et des populations, et à compiler de l'information sur les travaux de recherche financés par les

IRSC par le passé. J'ai appris à intégrer diverses perspectives des intervenants et à travailler au sein d'une équipe. J'espère entreprendre sous peu des études supérieures dans le domaine des politiques en santé publique et des populations.



Cela m'a permis de prendre conscience des différentes étapes du processus de la recherche et de la façon dont collaborent les intervenants afin de favoriser, en fin de compte, l'équité en santé au Canada et ailleurs dans le monde.

— *Max Deschner*

Conférences sur la santé publique—

CONGRÈS MONDIAL DE SANTÉ PUBLIQUE

La date cible pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) approchant à grands pas, de nombreux chercheurs, universitaires et responsables des politiques se demandent dans quelle mesure nous sommes près de ces buts. Quel meilleur cadre que le 13^e Congrès mondial de santé publique pour se pencher sur cette question? Sous le thème « Vers l'équité mondiale en santé : occasions et menaces », le congrès a réuni des milliers de travailleurs de la santé publique à Addis-Ababa, en Éthiopie, du 23 au 27 avril 2012. L'Association éthiopienne de santé publique en était l'hôte, en collaboration avec la Fédération mondiale des associations de santé publique et du ministère de la Santé de l'Éthiopie.

Luis Caceres, conseiller indépendant, a assisté à la conférence et rendu compte des séances qui correspondaient aux priorités de recherche stratégiques de l'ISPP des IRSC et portaient sur les efforts de santé publique en vue d'atteindre les OMD. Le congrès a donné lieu à des discussions entre experts, à des communications par affiches et à des communications orales par des universitaires, des représentants de gouvernements, des représentants d'organismes non-gouvernementaux ainsi que des praticiens de la santé publique de partout dans le monde. Les participants provenaient de 120 pays, et les pays africains étaient fortement représentés grâce aux efforts de la Fédération africaine des associations de santé publique.

Influence et engagement politiques croissants des associations nationales de santé publique en Afrique : progrès et défis – aperçu de l'atelier

Cinq représentants d'associations de santé publique (ASP) en Afrique et au Canada ont examiné comment les ASP non gouvernementales pouvaient influencer les responsables des politiques et les décideurs malgré le manque de financement et un accès limité aux décideurs. Les présentateurs ont parlé au nom de la Fédération africaine des associations de santé publique, de l'Association de santé publique d'Afrique du Sud, de l'Association canadienne de santé publique, de l'Association nationale ougandaise de santé communautaire et professionnelle, et de la Fédération des comptables d'Afrique centrale-orientale et australe.

Un questionnaire de la Fédération



Des panélistes discutent des possibilités et des défis pour les associations de santé publique non gouvernementales.

mondiale des associations de santé publique a révélé que peu d'ASP participaient activement à la prise de décision avec leurs gouvernements parce que leurs compétences et expérience pratique étaient limitées dans ce domaine et qu'ils ne disposaient pas de sources de financement stables. Les principaux moyens d'engagement politique cités par les

répondants étaient la participation à des conférences et à des séminaires, ainsi que d'en organiser. Le niveau d'engagement auprès de la classe politique et des représentants du gouvernement demeure limité. Le manque de financement constitue une menace pour toutes les associations. Elles imposent des droits d'adhésion et reçoivent des dons de sociétés pour

soutenir certaines de leurs activités de santé publique.

L'atelier a débouché sur un certain nombre de recommandations visant à renforcer l'influence politique des ASP. En plus du développement de compétences en tant que groupe d'intervention et de pression, les ASP ont été encouragées à appuyer et à faciliter la recherche en santé publique. Elles ont aussi été encouragées de nouer des liens avec les

universitaires pour l'établissement des politiques et à travailler avec les intervenants communautaires pour recueillir des données probantes. L'établissement de groupes de travail, dont certains sont composés de bénévoles, qui se pencheraient sur des questions de santé publique particulières aiderait les ASP à organiser et à prioriser leurs idées de principe. De plus, les associations doivent donner suite aux déclarations faites aux conférences et traduire les appels à

l'action en mesures concrètes. La crédibilité des ASP repose sur le suivi et l'intervention auprès de leurs gouvernements respectifs et de leurs communautés locales. Les présentateurs ont reconnu que les ASP occupent une position unique pour trouver un dénominateur commun et faire adhérer les gouvernements aux politiques et aux mesures de santé publique malgré les ressources financières limitées de leurs organisations.

Vers l'équité mondiale en santé : occasions et menaces – séance plénière

Trois communications ont été présentées au cours de cette séance plénière qui portait directement sur le thème du congrès. Le récipiendaire du Prix de conférence Leavell, le professeur éthiopien Redda Tekle Haimanot, qui a été honoré pour sa contribution à la santé publique en Afrique en général et en Éthiopie en particulier, faisait partie de la séance plénière. Les présentateurs ont parlé des menaces pour la santé à l'échelle mondiale et ont recommandé des mesures pour y faire face.

Redda a souligné que la plus grande menace à l'équité en santé dans les pays africains était l'incapacité à atteindre les cibles convenues. Par exemple, bien que l'accès à une eau potable salubre soit important pour l'équité en santé, surtout pour les populations rurales, de nombreux pays d'Afrique n'ont pas accordé l'attention qu'il méritait à l'Objectif du Millénaire pour le développement relatif à l'eau et à l'assainissement, la mobilisation ou les ressources à cet égard étant insuffisants. Le financement national de la santé



Le sujet des menaces pour l'équité en santé dans les pays d'Afrique a fait l'objet d'une séance plénière dans le cadre du Congrès mondial de santé publique.

demeure problématique puisque seulement 6 des 53 membres de l'Union africaine ont consacré 15 % de leur budget national à la santé, comme l'ordonne la Déclaration d'Abuja. De nombreux pays africains n'ont pas défini ce que l'obligation de rendre compte ou la transparence signifie pour les partenariats de donateurs des secteurs public et privé,

même si cela est recommandé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Bref, de nombreux pays africains ne donnent pas suite aux cibles acceptées pour corriger les inégalités en santé.

M. Rudiger Krech, de l'OMS, a exhorté les gouvernements nationaux

à s'attaquer aux défis majeurs que représentent les inégalités en santé, qui sont déterminées par les conditions sociales dans lesquelles on naît, grandit, vit, travaille et vieillit. Bien que ces défis ne soient pas nouveaux, de nombreux pays n'assurent pas encore à leurs populations un accès équitable aux soins de santé et à l'éducation sanitaire. Nombre de gens font aussi face à des coûts exorbitants pour les soins de santé. Malgré le fait qu'ils

aient les moyens de les payer, l'accès aux professionnels de la santé comme les médecins demeure un obstacle de taille, en particulier dans les pays d'Afrique. Par conséquent, on attend souvent que sa condition s'aggrave avant de se faire soigner.

Krech a également insisté sur l'important rôle que les ASP jouent en rappelant au public et aux gouvernements les avantages d'investir dans la santé publique et les conséquences de l'inaction. Les ASP peuvent assurer

une surveillance à cet égard et rendre compte des iniquités de santé, ainsi que revendiquer une approche stratégique de la santé fondée sur les déterminants sociaux. Elles peuvent également aider à revoir les programmes d'études supérieures en santé publique et s'assurer que les étudiants font de bonnes évaluations de la santé pour que les politiques de santé mènent à des résultats favorables à l'avenir.

Trouver l'espace aérien : la contribution des associations de santé publique à la protection contre l'exposition à la fumée du tabac – aperçu de la séance



Le tabagisme demeure l'un des principaux problèmes de santé publique auquel les intervenants du milieu font face à l'échelle mondiale. Au cours des dernières années, la menace pour la santé que représente la fumée secondaire du tabac a incité nombre de pays à adopter des lois pour des milieux sans fumée. Toutefois, l'adoption de lois générales se fait lentement, ayant pour conséquence qu'une faible proportion seulement de la population mondiale est protégée juridique-

ment contre la fumée secondaire.

L'article 8 de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS exige l'adoption de mesures efficaces pour assurer la protection contre l'exposition à la fumée du tabac. Les lignes directrices pour cet article recommandaient une interdiction générale du tabac dans les lieux publics et au travail, sans exception. Toutefois, comme cette séance a permis de le constater, l'appui à l'article 8 varie d'un pays à l'autre.

Les représentants de quatre associations de santé publique ont fait état des possibilités et des difficultés associées à l'article. Ils ont aussi exprimé des points de vue sur la manière dont les projets de leur association avaient porté fruit, ainsi que sur les mesures, les partenariats, les données probantes et l'engagement nécessaires pour faire avancer les idées et faire appuyer les projets par les gouvernements.

Un représentant de l'Association de santé publique d'Afrique du Sud a

présenté les résultats d'une étude sur les perceptions par les étudiants de la disponibilité et du caractère adéquat de programmes d'études sur la lutte antitabac. L'étude a révélé que l'utilisation du tabac et la dépendance à la nicotine étaient répandues chez les étudiants en médecine, et qu'il était urgent d'instaurer des services de renoncement au tabac. Le programme de lutte au tabagisme a aussi été jugé inadéquat, et des changements sont nécessaires pour encourager les étudiants en médecine à se voir comme des défenseurs de la cause et des modèles à cet égard.

Un deuxième représentant de l'Association a parlé du besoin d'améliorer la capacité des établissements de soins de santé de concevoir et de mettre en œuvre des politiques antitabac, ainsi que les lignes directrices à cette fin. Un sondage réalisé par l'Association auprès du personnel hospitalier et des patients a permis de constater que les répondants ne connaissaient pas les politiques antitabac institutionnelles, ni les méfaits des produits du tabac

ou la disponibilité de services de counseling ou de renoncement au tabac. Bien que l'Afrique du Sud ait adopté des mesures législatives énergiques pour interdire le tabac dans les hôpitaux, il reste à établir des politiques institutionnelles pour appliquer plus globalement la législation existante.

L'Association de santé publique du Vietnam a présenté ses travaux visant à doter les villes du pays de politiques sans fumée. Par la création de trousseaux d'outils pour la promotion de la cause et d'autres formations visant à renforcer la capacité des activistes antitabac, l'Association a encouragé la publication de directives provinciales et la diffusion d'affiches et d'autocollants antitabac dans plusieurs collectivités vietnamiennes.

L'Association nationale ougandaise de santé communautaire et professionnelle a procédé à une enquête sur les politiques antitabac dans les hôpitaux et les lieux de travail. Les résultats de cette enquête révèlent un manque de connaissances au sujet des méfaits du tabac, de même qu'une faible disponi-

bilité de services de renoncement et une absence de politique écrite de lutte contre le tabac. L'Association a formé des comités pour élaborer des politiques antitabac à certains établissements. Elle a également tenu une série de réunions nationales des intervenants et poussé le ministère de la Santé de l'Ouganda à parachever la politique nationale antitabac, en plus de persuader le ministère du Travail d'insister sur la lutte contre le tabac dans les inspections des lieux de travail.

Un représentant du Partenariat pour la santé publique (PSP) en Bosnie-Herzégovine a parlé de la mise en œuvre du projet d'hôpital sans fumée du groupe réalisé en 2009. Le PSP a travaillé avec un hôpital local afin d'adopter une politique pour un environnement de travail sans fumée, qui interdisait l'usage du tabac dans tous les bâtiments appartenant à l'hôpital. Cet hôpital a été reconnu par le Réseau européen des hôpitaux sans fumée comme membre Bronze en juin 2009, et le soutien du renoncement au tabac parmi le personnel et les patients a également augmenté.

— Principaux enseignements du congrès mondial de santé publique —

- Le manque de financement constitue une menace pour les associations de santé publique (ASP).
- Les ASP sont en mesure d'influencer les politiques par divers mécanismes.
- Des groupes de travail, dont certains constitués de bénévoles, sur des questions de santé publique particulières pourraient aider les ASP à organiser et à prioriser leurs idées de principe.
- Les ASP doivent donner suite aux déclarations adoptées dans le cadre de conférences.

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE

Santé publique — Pensée systémique 3.0

Article par Andrea Hill, étudiante, ISPP des IRSC

Le panorama canadien de la santé publique ne cesse d'évoluer, mais une constante demeure : la caractérisation de la santé publique comme étant un « système de systèmes » répartis à l'échelle locale, régionale, provinciale/territoriale et fédérale. Certains experts affirment maintenant qu'il est temps de poursuivre le développement et la coordination de ces systèmes et de les lier à des groupes à l'extérieur du secteur de la santé publique.

C'est du moins un des points de vue exprimés par cinq experts en santé publique aux échelons local, provincial et fédéral réunis à Edmonton pour prendre part à une discussion organisée dans le cadre de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique en juin 2012. La discussion, intitulée « *Santé publique — Pensée systémique 3.0* », a donné lieu à des entretiens sur les changements observés dans les systèmes de santé du pays au cours de la dernière année et sur les difficultés et possibilités que ces changements ont entraînés.

Selon Kim Raine, alors présidente de l'Alberta Public Health Association, qui participait comme panéliste, la promotion de la santé publique et la prestation des services de santé publique au Canada font intervenir une gamme de secteurs. Aucun groupe ne peut apporter seul des changements de taille. Les organismes et les secteurs doivent travailler de manière coordonnée pour avoir un impact réel, explique Mme Raine. Et cette collaboration est d'autant plus importante en période de compressions financières et de changements politiques à l'échelle nationale.

Il peut être très édifiant et très important de travailler dans un système de coalitions, nous dit James Chauvin, directeur du Développement des politiques à l'Association canadienne de santé publique. Il fait valoir que son organisation est capable d'attirer l'attention sur les préoccupations relatives à la santé publique en travaillant avec les partenaires provinciaux et territoriaux et par l'entremise de groupes comme la Coalition canadienne pour la santé publique au 21^e siècle et le Réseau canadien d'associations pour la santé publique.

Les organismes de financement de la recherche sont un bon exemple d'autres alliances fructueuses, dit Nancy Edwards, directrice scientifique de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. Mme Edwards explique que les instituts des IRSC alignent certains de leurs investissements sur des initiatives phares stratégiques comme l'initiative Soins de santé primaires communautaires. Ce type de concordance stratégique est repris à l'échelle internationale dans des initiatives comme l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques.

Il y a aussi des exemples de groupes

qui travaillent en collaboration à l'échelon provincial, par exemple pour la mise en œuvre de directives nutritionnelles pour les enfants en Alberta, explique Margaret King, sous-ministre adjointe à la santé des communautés et des populations au ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta. Ces directives, qui offrent des suggestions concrètes sur la façon dont les écoles et d'autres établissements peuvent utiliser le Guide alimentaire canadien, ont été mises en place grâce aux efforts concertés d'un certain nombre de ministères et de conseils scolaires de l'Alberta qui ont approuvé l'initiative.

L'efficacité des collaborations informelles ayant été démontrée, la prochaine étape pourrait être la mise en place d'un système formel de collaboration et d'échange d'information entre les organismes de santé publique, lequel pourrait s'intégrer à notre système de gouvernance fédératif, explique Gregory Taylor, directeur général du Bureau de la pratique en santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada. Il ajoute que le système proposé supposerait une collaboration entre les secteurs puisque pour bon nombre des enjeux, il faut obtenir l'opinion des organismes de

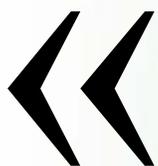


Les Drs Gregory Taylor, Nancy Edwards, Garry Aslanyan (animateur) et Kim Raine, ainsi que James Chauvin et Margaret King ont pris part à une discussion entre experts intitulée « Santé publique — Pensée systémique 3.0 ».

l'intérieur et de l'extérieur du secteur de la santé publique. Il cite en exemple le développement du Nord. L'absence de logement abordable, la rareté de l'eau potable et l'incidence élevée de tuberculose demeurent des questions pressantes dans les territoires du Canada. Il s'agit de déterminants importants de la santé des populations du Nord du pays. Taylor ajoute que ces problèmes ne peuvent être réglés par les organismes de santé publique seuls.

Bien que les panélistes soient en faveur d'un système de collaboration en santé publique plus officiel, tous s'entendent pour dire que ce système pourrait prendre diverses formes. Les approches par rapport aux questions de santé publique qui sont davantage axées sur les systèmes seront appelées à changer et à évoluer dans le temps au fil de la réflexion créatrice des travailleurs de la santé publique et de la multiplication des collaborations stratégiques des organismes de santé publique.

Cette séance de discussion était la troisième d'une série visant à examiner la caractérisation de la santé publique comme étant un « système de systèmes. » Elle était organisée et animée par Garry Aslanyan, gestionnaire du portefeuille des politiques au Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales de l'Organisation mondiale de la Santé.



L'efficacité des collaborations informelles ayant été démontrée, la prochaine étape pourrait être la mise en place d'un système formel de collaboration et d'échange d'information entre les organismes de santé publique

Perspectives de l'iniquité face à la santé : l'insécurité alimentaire du niveau local au niveau mondial

Article par Emma Cohen, agente en application des connaissances et en communications, l'ISPP des IRSC

« La sécurité alimentaire n'est pas l'envers de l'insécurité alimentaire, » explique la Dre Lynn McIntyre à la séance des collaborateurs de l'ISPP des IRSC lors de la Conférence annuelle 2012 de l'Association canadienne de santé publique. « L'insécurité alimentaire, étant liée à un revenu insuffisant pour se procurer de la nourriture ».

Aucun débat ne s'impose : le prix des aliments augmente à l'échelle mondiale, ce qui entraîne de l'insécurité alimentaire chez un nombre de plus en plus grand de personnes. La photo de droite montre la quantité de nourriture que l'on pouvait acheter avec 5 000 kwacha (environ 1 \$CAN) dans un marché en Zambie en 2009. La différence est frappante lorsqu'on compare la photo de droite à celle de gauche, qui montre la quantité de nourriture que l'on pouvait acheter avec la même somme un an plus tôt.

Bien qu'il soit important de débattre des causes de la crise alimentaire mondiale, il est tout aussi important de discuter des solutions possibles.

Le Dr Evan Fraser, le deuxième conférencier, a présenté quatre

perspectives sur les solutions :

1. Technologies pour produire de meilleurs aliments en déployant moins d'efforts, p. ex. le riz doré.
2. Règlements en matière d'environnement.
3. Répartition équitable de la nourriture.
4. Donner aux personnes les plus touchées par les fluctuations du prix des aliments le pouvoir d'influencer les politiques.

Le Dr Fraser affirme que « tous les ingrédients sont nécessaires », c'est-à-dire un amalgame de politiques qui prennent en compte les forces de nos quatre perspectives.

Voici, par exemple, ce que pourrait inclure une approche à volets multiples pour résoudre la crise alimentaire actuelle : l'imagerie satellite, pour détecter les niveaux des nappes d'eau souterraine et les points névralgiques de vulnérabilité (technologie), un cadre réglementaire (gestion de l'environnement), les secours alimentaires (équité et répartition), et des systèmes locaux d'approvisionnement alimentaires plus robustes pour aider à servir de tampon entre les producteurs et les consommateurs à petite échelle et le marché (souveraineté des aliments



Figure 1 Aliments que l'on peut acheter pour 5 000 kwacha à Lusaka, Zambie.

Source : <http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/AccountsofCrisisFINAL.pdf>

locaux).

La réduction de la pauvreté est un autre élément de solution à l'insécurité alimentaire.

Citant des études, la Dre McIntyre a conclu que, lorsqu'il est question d'insécurité alimentaire, l'endroit où l'on vit, les politiques en place et la source de revenus ont leur importance. Elle a également découvert qu'il existe une corrélation directe entre l'insécurité alimentaire et les résultats de santé.

La solution n'est donc pas de multiplier le nombre de banques alimentaires, puisque non seulement les deux tiers des Canadiens souffrant d'insécurité alimentaire ne les utilisent pas, mais parce qu'il s'agit d'un simple palliatif à un problème que l'on doit aborder par des changements structurels comme un salaire minimum juste et du logement abordable.

La séance « Perspectives de l'inégalité face à la santé : l'insécurité alimentaire du niveau local au niveau mondial » était animée par le D. Philip Sherman, directeur scientifique de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC. Le Dr Evan Fraser, professeur agrégé à l'Université de Guelph et la Dre Lynn McIntyre, professeure à l'Université de Calgary ont pris la parole à la séance.

L'INMD des IRSC est responsable des subventions de recherche programmatique sur l'alimentation et la santé avec l'appui de l'ISPP des IRSC et d'autres partenaires.

Pleins feux sur les étudiants : Nonsikelelo Mathe

Article par Emma Cohen, agente en application des connaissances et en communications, l'ISPP des IRSC

La Dre Nonsikelelo Mathe est née à Bulawayo, deuxième ville du Zimbabwe, et a fait ses études universitaires à Londres, au Royaume-Uni. Elle fait remarquer que l'espérance de vie moyenne d'une personne née au Zimbabwe est actuellement d'environ 44 ans, compte tenu d'un ensemble de facteurs, qui comprennent le manque d'accès à l'eau potable et la prévalence des maladies infectieuses et chroniques.

La Dre Mathe fait son stage postdoctoral sous la direction de la Dre Sangita Sharma, du groupe de recherche en santé des Autochtones et en santé mondiale à l'Université de l'Alberta. Elle met à profit ses recherches doctorales, qui étaient axées sur la relation entre la composition corporelle (répartition des tissus adipeux, osseux et musculaires dans le corps humain) et les maladies cardiovasculaires pour différents groupes ethniques. Elle se penche actuellement sur l'épidémiologie nutritionnelle, plus particulièrement chez des Autochtones du Canada et des populations africaines.

Ses recherches portent sur le rapport entre le régime alimentaire et les maladies chroniques comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires. De nombreux pays africains connaissent une augmentation perceptible des maladies chroniques, et les systèmes de santé ne sont pas bien préparés à supporter ce fardeau qui s'ajoute à celui des maladies infectieuses. Une modification des habitudes



Nonsikelelo Mathe est stagiaire postdoctorale à l'Université de l'Alberta. Elle était déléguée à la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique 2012, à Edmonton, en Alberta.

alimentaires et du mode de vie permet de prévenir la plupart des maladies chroniques; en revanche, très peu de programmes de recherche et de prévention traitent des maladies chroniques dans les pays africains.

La recherche participative communautaire est un sujet de prédilection pour la Dre Mathe. Les universitaires sous-estiment parfois la puissance des connaissances locales ainsi que l'impact de ces connaissances sur la santé. Dans un modèle participatif communautaire, on constate parfois que les solutions existent déjà dans la communauté. Ce modèle contribue aussi à assurer la viabilité et l'efficacité de tout programme.

Par exemple, la Dre Mathe a contribué avec une communauté du Nunavut à un programme d'application des

connaissances des IRSC qui vise à réduire les risques de maladies chroniques par une intervention sur le plan de la nutrition et de l'activité physique (chercheuse principale : Dre Sharma. Le programme est dérivé d'un programme plus vaste intitulée « Healthy Foods North » qui était aussi dirigé par la Dre Sharma). Ce projet comprenait une grande part d'engagement communautaire pour faire en sorte que les activités de programme étaient adaptées à la culture et aux besoins de la communauté.

La Dre Mathe a l'intention de retourner dans son continent natal et espère voir le jour où l'espérance de vie moyenne sera considérablement accrue au Zimbabwe.

PERSONNEL DE L'ISPP

Directrice scientifique

Dre Nancy Edwards

nedwards@uottawa.ca

Tél : 613-592-5800 poste 8414

Directrice associée

Erica Di Ruggiero

e.diruggiero@utoronto.ca

Tél : 416-524-0111

Directrice adjointe

Julie Senécal

julie.senecal@cihr-irsc.gc.ca

Tél : 613-952-4538

Associée, Initiatives stratégiques

Kim Gaudreau

kim.gaudreau@cihr-irsc.gc.ca

Tél : 613-957-6128

Télé : 613-954-1800

Associée principale de l'évaluation

Sarah Viehbeck

Sarah.Viehbeck@uottawa.ca

Tél : 416-487-3959

Agente en application des connaissances et en communications

Emma Cohen

ecohen@uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8439

Coordinatrice administrative

Jennifer Morgan

ipph-ispp@uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8414

Télé : 613-562-5713

COOP Student | Étudiante COOP

Meghan-Lynne Hagerty

ipphstudent@health.uottawa.ca

Tel | Tél : 613-562-5800 ext | poste

8513

Étudiante

Andrea Hill

ipphstudent@health.uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8305

Annonces

Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada

Que le 26 octobre 2012, la Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique au Canada 2012 : Le sexe et le genre – Leur influence importante sur la santé a été présenté au Parlement.

Il explore l'influence du sexe et du genre sur la santé publique et l'état de santé des Canadiens. Les différences sur le plan de l'état de santé des hommes, des femmes, des garçons et des filles peuvent être attribuées à la diversité biologique ainsi qu'aux responsabilités et aux rôles sociaux de chacun.

En tant que société, nous devons comprendre davantage comment le sexe et le genre interagissent avec d'autres déterminants de la santé. Les décideurs doivent tenir compte des données liées au sexe et au genre au moment de prendre des décisions concernant les programmes et les initiatives à mettre en œuvre en vue de trouver des façons plus efficaces et efficaces d'améliorer la santé des Canadiens.

L'expérience et les connaissances – au Canada comme à l'étranger – peuvent donner lieu à des changements positifs. Le rapport contient de nombreux exemples de ce qui fonctionne bien et présente les différences que nous pouvons apporter dans la vie des Canadiens. Ensemble, nous pouvons agir pour améliorer notre santé et assurer un avenir meilleur et plus sain pour tous les Canadiens.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le site web : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2012/index-fra.php>

Pour toute demande de renseignements généraux, veuillez contacter l'ISPP à ipph-ispp@uottawa.ca.

Pour être ajouté à notre E-Bulletin mensuel, veuillez visiter à www.cihr-irsc.gc.ca/f/ipph_inscription_form_f.html