



Institut de la santé publique et des populations



POP Nouvelles

Jun 2012

Volume 2

Numéro 3

Message de la directrice scientifique

Au cours des derniers mois, j'ai eu l'occasion d'assister à plusieurs colloques sur la santé publique et sur la santé des populations, au Canada et à l'étranger, notamment : le Congrès mondial de santé publique en Éthiopie; la conférence « Diabesity – A World-Wide Challenge » organisée par la Commission européenne de l'Union européenne, à Bruxelles; la Conférence nationale en droit de la santé sur le thème des défis de la santé mondiale et du rôle du droit, à Toronto; le Colloque international pour l'avancement d'un programme de recherche interventionnelle en santé des populations, à Montréal, que nous avons organisé conjointement avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le National Institute on Minority Health and Health Disparities (NIMHD) avec l'aide du Centre des sciences de la santé de l'Université Texas A&M.



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

l'occasion d'entendre le Dr Richard Massé, président du conseil consultatif de l'ISPP; Judith Bossé, Sous-ministre adjointe, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des

maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada; et l'honorable Monique Bégin, ancienne commissaire du Canada pour la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. De plus amples renseignements sur la réception seront affichés sur notre site Web prochainement.

À chacun de ces événements, on a décrit les efforts déployés en vue de réorienter la recherche pour agir à l'égard des disparités en santé. Parmi les démarches prometteuses, mentionnons : adopter une approche systémique ou pangouvernementale, étudier des façons de mettre en place des actions intersectorielles, définir les facteurs contribuant à l'expansion des interventions en santé des populations, et mise au point de méthodes rigoureuses en science de la mise en oeuvre. Il sera important pour nous à

Suite à la page suivante

Le 28 mai dernier, nous avons tenu une réception à l'Université d'Ottawa à l'occasion de la visite de sir Michael Marmot au Canada. Les secteurs universitaire, gouvernemental, communautaire et sans but lucratif y étaient représentés. Sir Michael Marmot est le président sortant de la British Medical Association et a été le Président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de 2005 au 2008. L'événement a également été

À l'intérieur de ce bulletin :

Message de la directrice scientifique.....	1
Article sur les chaires en santé publique appliquée : Louise Fournier.....	2
Article sur les subventions programmatiques : Comment les politiques portant sur la pauvreté et l'équité entre les sexes touchent la santé.....	3
Le Réseau de recherche sur les politiques sociales du Nouveau-Brunswick change petit à petit la politique publique.....	4
Critique d'article sollicitée.....	5
Le coin des étudiants.....	7
Un cadre de conduite éthique dans les initiatives en santé publique.....	12
Rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes.....	12

l'avenir de continuer de créer des liens entre les scientifiques canadiens dans ces secteurs et les collègues d'autres milieux.

L'ISPP s'emploie également à insérer ces démarches dans les initiatives phares des IRSC. Nous collaborons particulièrement étroitement avec d'autres instituts des IRSC à deux de ces initiatives, à savoir Soins de santé primaires communautaires (avec l'ISPS) et Voies de l'équité en santé pour les Autochtones (avec l'ISA comme institut responsable et l'ISFH comme coresponsable). Ces démarches s'inscrivent également dans nos efforts visant la santé mondiale,

en particulier l'Initiative de recherche en santé mondiale et l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques. Le besoin d'une approche interdisciplinaire pour faire avancer ces domaines de recherche se fait très manifeste.

De plus, nous accueillons, à l'ISPP, trois stagiaires d'été et une étudiante stagiaire qui apporteront assurément une perspective interdisciplinaire au travail. Andrea Hill est étudiante en journalisme et en biologie à l'Université Carleton et porte un vif intérêt à la rédaction scientifique et à l'application des connaissances. Alannah Brown étudie à la fois en sciences de la santé

et en sociologie à l'Université de Toronto. Pour sa part, Max Deschner étudie en anthropologie et en sciences politiques à l'Université McGill. Enfin, Rachel MacLean, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Toronto, appliquera, dans son stage à l'Institut, les connaissances acquises dans ses cours, particulièrement dans le domaine de l'application et de l'évaluation de la recherche interventionnelle en santé des populations et de la recherche en santé mondiale. Nous sommes heureux de les accueillir parmi nous.

Tout le personnel de l'ISPP vous souhaite un été sous le signe de la

Article sur les chaires en santé publique appliquée : Louise Fournier

La santé mentale d'une population est probablement une des plus grandes richesses que peut posséder une société. Pourtant, plusieurs indicateurs montrent qu'elle est actuellement très menacée. Les problèmes de santé mentale arrivent au deuxième rang du fardeau des maladies, juste après les maladies cardio-vasculaires et avant les cancers, toutes formes réunies. Une étude que nous avons effectuée auprès d'un échantillon de près de 15000 clients de médecins omnipraticiens montre également que les problèmes de santé mentale peuvent créer plus d'incapacités que la présence de maladies chroniques physiques: le risque d'avoir un niveau élevé d'incapacités est deux fois plus élevé s'il y a seulement présence de maladies physiques chroniques mais il est six fois plus élevé s'il y a seulement un niveau élevé de symptômes dépressifs ou anxieux alors qu'il sera 12 fois plus élevé si les deux types de problèmes sont présents à la fois.

Mes travaux visent à améliorer la santé mentale des populations par la re-

cherche et le transfert de connaissances. L'accent est principalement mis sur le déterminant que constitue la qualité des soins de première ligne pour les personnes souffrant de troubles anxieux et dépressifs, les troubles mentaux les plus fréquents en population générale. Comment améliorer la qualité de ces soins? Comment favoriser l'adoption des meilleures pratiques dans ce domaine? Deux projets (Dialogue et Trajectoires) s'intéressent à l'impact de facteurs contextuels et organisationnels sur les processus de soins et sur l'évolution de l'état de santé mentale de personnes affectés par les problèmes ciblés, l'un mené dans 15 territoires des Centres de Services de Soins de Santé au Québec et l'autre mené en régions isolées (Nunavik et Basse-Côte-Nord). Deux autres projets (Cible Qualité et Transition Cegep) proposent un programme d'application des connaissances visant à améliorer la qualité des interventions, l'un en contexte de services de première ligne, l'autre en milieu collégial (dans ce dernier, cela inclut les interventions de promotion et de prévention). On fait le pari que



Article par **Louise Fournier**

Chaire en santé publique appliquée, Instituts de recherche en santé du Canada, Fonds de la recherche en santé du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
Professeure agrégée, département de médecine sociale et préventive, université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche du CHUM et Institut national de santé publique du Québec

l'enseignement des meilleures pratiques jumelé à l'accompagnement dans la mise en oeuvre de ces pratiques vont favoriser le développement de services

ou d'interventions plus efficaces. Enfin, pour pallier le manque d'outils et pour favoriser le travail de collaboration entre les différents professionnels, j'ai développé un protocole de soins de la dépression à l'intention des intervenants de première ligne au Québec. Ici, le pari est que l'adoption des recommandations contenues dans ce protocole devrait améliorer la qualité des soins, et conséquemment, améliorer l'état des personnes atteintes de troubles de santé mentales

Mes travaux sont tous menés en étroite collaboration avec les décideurs, gestionnaires et cliniciens. Ces derniers

sont à la fois sources d'inspiration pour ces travaux et principaux publics ciblés par les résultats qui en sortiront. C'est dans ce contexte que le réseau Qualaxia a été créé. Ce réseau est comparable à une communauté de pratique. Il compte sur les chercheurs, les étudiants et les experts qui partagent leurs connaissances scientifiques. Le site Web (www.qualaxia.org) du réseau comprend actuellement 18 dossiers thématiques en santé mentale populationnelle, une publication reliée à ces dossiers (Quintessence), une banque de publications pertinentes (près de 900) et près d'une trentaine de blogues. Il héberge également des sites dédiés à des

projets de recherche, permettant d'en voir l'évolution. Qualaxia organise également des événements (midi-conférence, journées thématiques, kiosques). Le réseau comprend environ 150 membres actifs. Le pari de ce réseau, l'amélioration de la qualité des interventions, qu'elles soient curatives, promotionnelles ou préventives. Une évaluation de ce réseau, maintenant à sa troisième année d'existence, est prévue au cours de la prochaine année.

Article sur les subventions programmatiques : Comment les politiques portant sur la pauvreté et l'équité entre les sexes touchent la santé

Article par Andrea Hill, stagiaire d'été, l'ISPP des IRSC

Bien qu'un nombre considérable de données semblent indiquer que la pauvreté de même que les inégalités économiques et les inégalités entre les sexes ont un impact négatif sur la santé, beaucoup moins de recherches ont porté sur la façon dont les pays peuvent en en charge les effets. Grâce à l'une des onze subventions programmatiques pour la santé et l'équité en santé de l'ISPP des IRSC, la Dre Jody Heymann et ses cochercheurs espèrent approfondir notre compréhension des approches dans le développement de politiques stratégiques efficaces.

Au cours des cinq prochaines années, la Dre Heymann et son équipe examineront systématiquement les liens qui existent entre les politiques sociales et leurs impacts sur la santé dans plus de 50 pays à l'échelle mondiale. Plus précisément, le groupe étudiera comment les politiques qui traitent des inégalités économiques et entre les sexes se répercutent sur trois indicateurs de la santé se rapportant aux

objectifs mondiaux du millénaire pour le développement : la morbidité et la mortalité chez les enfants, la morbidité et la mortalité chez les femmes en âge de procréer, ainsi que les décès causés par le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies.

celles recueillies lors d'enquêtes sur la santé, y compris l'enquête en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF, les enquêtes démographiques et sanitaires, de même que l'Enquête sur la santé dans le monde. Une analyse des données sera effectuée pour examiner les résultats de



Nous espérons qu'en donnant accès à de meilleures données comparatives pour tous les pays, chacun d'entre eux pourra tirer des leçons des réussites et des échecs, ainsi que des occasions et des problèmes que ses voisins et les pays comparables doivent surmonter, et ce, pour qu'il n'ait pas à réinventer la roue.

Aucune tentative de recherche de ce type et de cette envergure n'a été effectuée auparavant, notamment en raison de la non-disponibilité de données appropriées. Cependant, la Dre Heymann a dirigé la création d'un centre mondial de données qui recense des renseignements comparatifs et exhaustifs sur les politiques sociales de 193 pays membres des Nations Unies. Ces données seront utilisées de pair avec

santé moyens et leur disparité en ce qui a trait aux politiques sociales.

« Nous obtiendrons des données extrêmement détaillées touchant les ménages et des données plus complètes que jamais sur la politique globale, affirme la Dre Heymann. Quand nous savions seulement que la politique était établie

Suite à la page suivante

dans un seul pays, il était plus ardu d'en établir les répercussions. Nous pouvions examiner les variations au fil du temps, mais d'autres facteurs, comme l'économie et la démographie, évoluaient au cours de cette période. Quand nous pouvons être en mesure d'analyser les politiques provenant de pays différents, nous disposons d'un meilleur contrôle sur d'autres facteurs qui ne sont pas contenus dans les politiques publiques et qui peuvent néanmoins avoir des conséquences sur les résultats en matière de santé. »

L'équipe de la Dre Heymann est composée de chercheurs provenant de l'Amérique du Nord, de l'Europe, de l'Afrique, de l'Amérique latine et de l'Asie. Ceux-ci collaborent avec des partenaires en mobilisation de connaissances provenant eux-mêmes de certaines des plus grandes organisations non gouvernementales et intergouvernementales du monde, notamment l'UNICEF, Save the Children, CARE et la Fédération mondiale des associations de santé publique. Des rencontres régulières entre ces partenaires assureront la divulgation des renseigne-

ments directement auprès des groupes œuvrant dans la conception des politiques sociales.

« Nous évaluerons notre capacité à élaborer de l'information que les ONG et les OIG peuvent et souhaitent utiliser dans le cadre de leur travail et qu'elles considèrent importante et pertinente », déclare la Dre Heymann.

D'ici l'épuisement des fonds de subventions programmatiques, la Dre Heymann et son équipe auront également élaboré une plateforme destinée au public dans le but de faire connaître leurs conclusions à un plus grand nombre de gouvernements et de responsables du développement des politiques.

« Nous espérons qu'en donnant accès à de meilleures données comparatives pour tous les pays, chacun d'entre eux pourra tirer des leçons des réussites et des échecs, ainsi que des occasions et des problèmes que ses voisins et les pays comparables doivent surmonter, et ce, pour qu'il n'ait pas à réinventer la roue », explique la Dre Heymann.



Jody Heymann

Titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde
Professeure (double affectation au Département d'épidémiologie, de biostatistiques, et de santé au travail ainsi qu'au Département de science politique)
Université McGill

Le Réseau de recherche sur les politiques sociales du Nouveau-Brunswick change petit à petit la politique publique



Article par **Andy Scott**
Directeur général
Réseau de recherche sur les politiques sociales du Nouveau-Brunswick

Depuis sa fondation en 2010, le Réseau de recherche sur les politiques sociales du Nouveau-Brunswick (RRPS-NB) a pour mission de promouvoir une approche factuelle de l'élaboration des politiques socio-économiques. Savoir reconnaître les possibilités de collaboration entre les représentants du gouvernement et les chercheurs est un élément clé de son mandat.

Au cours des trente dernières années, la capacité de recherche, d'analyse et de développement en matière de politique publique a subi le contrecoup de restrictions budgétaires dans les administrations publiques du monde entier. Il s'est produit en parallèle un accroissement de la

recherche sur les politiques publiques par des organismes extérieurs au gouvernement, et l'intérêt des universitaires pour l'impact de cette recherche s'est accru.

De ces circonstances a découlé une réceptivité sans précédent de la part du gouvernement pour les conseils et l'information, ainsi qu'une participation active des gens à l'extérieur du gouvernement, c'est-à-dire les universitaires et les organisations communautaires. Le RRPS-NB a saisi l'occasion pour introduire de nouvelles formes de collaboration entre les universités, le gouvernement et les organisations communautaires, initiative qui a reçu un accueil formidable. Le RRPS-NB a joué un rôle central dans la médiation d'une entente entre l'Université

du Nouveau-Brunswick, le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et la Société de développement régional pour fonder l'Institut de recherche sur les politiques du Nouveau-Brunswick. Cela s'est fait au profit mutuel d'un gouvernement provincial riche en données, et de chercheurs intéressés pouvant désormais consulter une importante banque de données administratives.

Du côté de la santé, le RRPS-NB participe présentement à plus de 80 projets de recherche, entre autres sur l'obésité infantile, les modes de vie sédentaire des gens d'âge mûr, la santé des Autochtones, le vieillissement, l'accès aux services dans les régions rurales, et les maladies mentales et chroniques.

Le Réseau collabore avec l'Institut atlantique sur le vieillissement à l'élaboration d'un programme de recherche au

Nouveau-Brunswick. À l'intérieur de la province, le RRPS-NB a recensé 98 chercheurs s'intéressant au vieillissement. Il s'emploie activement à les rassembler, à définir les intérêts communs, à initier ceux qui ne connaissent pas bien le gouvernement et son personnel, ainsi qu'à sensibiliser les chercheurs du secteur public qui pourraient l'ignorer au fait que nombre de leurs confrères sont engagés au sein de la province dans la recherche sur le vieillissement.

Le Réseau joue actuellement un rôle clé dans l'application des connaissances en aidant les équipes de recherche des D^{tes} Stacey Reading (UNB) et Baukje « Bo » Miedema (Dal) à étendre à tout le Nouveau-Brunswick leur étude H.E.A.L.T.H. et leur programme connexe « Prends ta santé à cœur », qui sont financés par les IRSC. Ces programmes basés sur des données probantes font

appel à des équipes interprofessionnelles composées de spécialistes de l'exercice, de diététistes et de médecins de famille pour offrir des programmes d'activité physique et de nutrition aux adultes des régions tant urbaines que rurales.

Le RRPS-NB a permis de mettre en contact les chercheurs et les décideurs des gouvernements provinciaux pour que les programmes puissent être conçus et réalisés en appui à une stratégie provinciale visant à prévenir les maladies chroniques, à en retarder l'apparition ou à en réduire la gravité. Avec l'aide du RRPS-NB, le financement des projets de l'équipe de recherche a pu passer de 12 000 \$ en 2008 à 600 000 \$ à l'heure actuelle, fonds qui proviennent du gouvernement provincial et des IRSC.

Critique d'article sollicitée

Critique de Frank J, Haw S. « Best Practice Guidelines for Monitoring Socioeconomic Inequalities in Health Status: Lessons from Scotland » The Milbank Quarterly, vol. 89, n° 4, 2011, p. 658-693.

John Frank et Sally Haw dressent un schéma réfléchi et opportun sur la surveillance des disparités au niveau national. Ils mettent l'accent sur la situation socioéconomique (SSE) dans le contexte d'un ensemble de résultats comprenant la mortalité toutes causes confondues, le faible poids à la naissance et la santé mentale. Les auteurs recommandent d'abord des « critères d'évaluation critique » qui aident à évaluer la portée et la pertinence des indicateurs précis. Puis, ils appliquent ces critères aux données recueillies en Écosse sur une dizaine d'années, en se concentrant sur le contraste entre les déciles extrêmes de l'Indice de privations multiples écossais.

Les critères que Frank et Haw définissent semblent plutôt raisonnables, certes, mais ils représentent aussi un idéal auquel aucun indicateur ne peut répondre sans équivoque. Par conséquent, l'évaluation sommaire qui nous est présentée constitue une évaluation subjective de mesures qui peuvent être assez proches pour bien fonctionner, même si de manière imparfaite. Par exemple, sur le sujet de l'incidence du cancer vis-à-vis du critère « intégralité épidémiologique et justesse de l'information », c'est sans hésitation ni murmure que Frank et Haw répondent par l'affirmative. Il est pourtant reconnu que les politiques de contrôle, qui peuvent de leur côté

Suite à la page suivante



Critique par **Jay Kaufman, Ph.D.**
Chaire de recherche du Canada sur les disparités en santé
Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail
Université McGill

montrer de forts gradients socio-économiques, ont un impact certain sur l'incidence du cancer et sur la mortalité qu'on lui attribue. Il est par exemple difficile de faire la distinction entre les hommes qui meurent du cancer de la prostate et ceux qui meurent atteints du cancer de la prostate, car le dépistage intensif en accroît l'incidence et la prévalence, et ce, même pour les tumeurs qui n'entraîneront jamais la mort. On peut formuler des critiques similaires à l'égard de presque tous les indicateurs, et il va sans dire que certains sont foncièrement plus incertains que d'autres. Par exemple, les auteurs accordent un laissez-passer semblable à l'indicateur « mortalité liée à la consommation d'alcool », et ce, malgré les sérieux doutes émis par rapport à l'attribution causale dans la plupart des décès en dehors des affections éponymes comme la « maladie alcoolique du foie ».

Les autres critères sont aussi logiques en théorie, mais difficiles à appliquer de manière objective. Par exemple, le critère « clarté pour les non-scientifiques » s'avère pratiquement nécessaire, mais le jugement de ce qui est accessible ou non aux non-initiés est profondément arbitraire. Les auteurs considèrent le concept d'espérance de vie en santé comme trop nébuleux sur ce point, mais ils ne

voient aucun inconvénient avec celui de la mortalité toutes causes confondues. Cependant, pour qu'on puisse la comparer de manière pertinente dans le temps et entre les groupements de population, cette dernière doit être standardisée pour l'âge, ce qui crée des ambiguïtés pouvant confondre même les professionnels. Par exemple, lorsque, aux États-Unis, l'âge standardisé a changé entre le recensement de 1970 et celui de 2000, on a constaté une diminution instantanée des écarts entre les rapports et les mesures.¹ Un grand nombre de non-professionnels auraient du mal à expliquer ce phénomène. Au reste, comme Frank et Haw le suggèrent, cette observation indique vraisemblablement qu'il vaudrait mieux éviter toutes comparaisons entre rapports. Mais, cette suggestion serait non moins controversée.

L'aspect le plus préoccupant de cet article s'avère peut-être que les données écossaises fournies à titre d'exemple sont réellement écologiques, avec une SSE assignée au niveau d'une unité spatiale établie sur la base d'un code postal. Les auteurs certifient qu'avec 6 505 unités spatiales pour une population d'environ 5 millions de personnes (une moyenne de 750 individus par grappe), on obtient une bonne approximation de chaque SSE. Cette asser-

tion est manifestement fautive, et ce, même si la population moyenne était de 75 ou 7,5.² Frank et Haw souscrivent eux-mêmes à ce point dans leur suggestion finale : ultimement, une surveillance précise et de haute qualité requiert le couplage anonyme des microdonnées. On n'en est peut-être toujours pas là en Écosse, encore qu'au Canada quelques mesures timides ont déjà été prises en ce sens.³ Comme le prédisent les auteurs, de toute évidence, l'avenir de la surveillance des disparités au niveau national s'oriente dans cette direction.

RÉFÉRENCES

- 1 Krieger N, Williams DR. « Changing to the 2000 standard million: are declining racial/ethnic and socioeconomic inequalities in health real progress or statistical illusion? » *Am J Public Health*, vol. 91, n° 8, août 2001, p. 1209-1213.
- 2 Geronimus AT, Bound J. « Use of census-based aggregate variables to proxy for socioeconomic group: evidence from national samples », *Am J Epidemiol*, vol. 148, n° 5, 1^{er} septembre 1998, p. 475-486.
- 3 Wilkins R, Tjepkema M, Mustard C, Choinière R. « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, Catalogue n° 82-003-XPF, vol. 19, n° 3, 2008, p. 27-48.



[L]'évaluation sommaire qui nous est présentée constitue une évaluation subjective de mesures qui peuvent être assez proches pour bien fonctionner, même si de manière imparfaite.

Le coin des étudiants : l'Atelier sur l'équité en santé réflexions

Ce fut un plaisir et un honneur de participer en tant qu'étudiants à l'Atelier sur l'équité en santé organisé à Toronto par le Centre national de collaboration des déterminants de la santé (CNCDS) et l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC. Notre participation à cette activité de deux jours nous a amenés à réfléchir aux perspectives uniques des étudiants dans le débat de santé publique sur l'équité en santé. En tant qu'étudiants, nous tentons de jouer un rôle actif à l'égard de cet enjeu, et nous sommes conscients du besoin de prendre appui sur le travail d'organismes de santé publique comme le CNCDS et l'ISPP pour poursuivre le dialogue et progresser vers des solutions au problème des iniquités en matière de santé.

Les étudiants des différentes disciplines et professions de la santé reconnaissent l'importance des facteurs sociaux et politiques dans la distribution du « capital-santé » et l'ampleur des changements dans le domaine de la santé publique depuis seulement dix ans. Le « savoir », la « collaboration » et le « leadership » ont pris une signification nouvelle et, en tant qu'étudiants et futurs leaders de la santé publique, c'est notre rôle de continuellement remettre en question le sens traditionnel de ces concepts et de travailler à en intégrer les nouvelles interprétations aux pratiques de santé publique en constante évolution. La mondialisation, le capitalisme et les technologies de l'information ont une grande influence sur la santé des gens et, pour pouvoir combattre efficacement les disparités en santé dans le contexte contemporain, nous devons comprendre comment ces systèmes interagissent pour créer des iniquités en matière de santé, et appliquer nos conclusions à notre travail en santé publique.

Nous reconnaissons le rôle unique du secteur de la santé publique dans la promotion de l'action intersectorielle pour

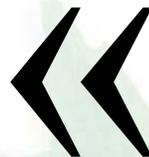


Réflexion par **Carmen Dell** (L'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada), **Alycia Fridkin** (l'Association canadienne de santé publique étudiant comité ad hoc) et **Fareen Karachiwalla** (Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire)

s'attaquer aux causes profondes des iniquités en matière de santé. La formation des étudiants en santé publique ne se limite plus aux sciences de la santé publique traditionnelles et englobe des disciplines comme les politiques publiques, les études critiques et culturelles,

publique sur l'équité en santé, dans le cadre de forums comme celui du CNCDS et de l'ISPP.

Enfin, à une époque où les politiques sont guidées par des statistiques, des données économiques et des résultats de recherche



Nous devons élargir le débat sur l'équité en santé et apprendre à en parler d'une façon qui interpelle d'autres sphères professionnelles.

l'éthique appliquée et les systèmes agraires et alimentaires. La formation en santé publique devrait inclure une perspective multidisciplinaire, et les programmes d'autres disciplines de la santé comme la médecine, les sciences infirmières et la médecine dentaire devraient tenir compte des perspectives de la santé publique. Nous devons élargir le débat sur l'équité en santé et apprendre à en parler d'une façon qui interpelle d'autres sphères professionnelles. Ce faisant, nous pourrions mieux collaborer avec nos partenaires en économie, en éducation, en travail social, en communication, en politiques et en droit, par exemple, pour atteindre nos objectifs communs d'équité en santé. Les représentants d'autres secteurs devraient être invités à participer aux débats de santé

fondamentale, les idéaux et les valeurs qui motivent notre travail de lutte aux iniquités en matière de santé sont perdus de vue. Pour demander l'aide du public dans la lutte aux disparités en santé, nous devons adopter un discours convaincant qui renvoie aux valeurs sous-jacentes des programmes politiques, et ne pas craindre de se servir du vocabulaire des droits de la personne. Nous devons de plus en plus intégrer le discours sur les droits de la personne employé par les défenseurs de l'équité depuis des générations, et dénoncer l'injustice sans faux-fuyant.

Le coin des étudiants : RISP Colloque réflexions

À quel moment une intervention complexe devient-elle réellement complexe? Que signifie « communauté », et aux yeux de qui? Comment pouvons-nous mettre au point de nouvelles méthodologies et en tirer avantage, sans compromettre la rigueur? Ce ne sont là que quelques-unes des questions ambitieuses qui ont été soulevées au cours du Colloque international pour l'avancement d'un programme de recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), qui s'est tenu à Montréal (Québec), les 26 et 27 mars derniers.

Mon propre intérêt universitaire envers chacune de ces questions provient de ma recherche doctorale, qui porte sur les résultats cliniques des interventions dans les cas de réaménagements de logements sociaux. On doit ici relever un grand nombre de défis communs aux expériences dans les conditions naturelles. Parmi eux se pose le problème de la randomisation à des groupes témoin et d'intervention, qui s'avère presque toujours impossible. En outre, le réaménagement apporte un grand nombre d'interventions simultanées, et les chercheurs ont peu d'emprise sur l'horaire, les phases et l'état du site. En l'absence d'études randomisées, pareilles expériences peuvent toutefois



Réflexion par **Evan Castel**
Candidat au doctorat, Géographie de la santé
Département de géographie, Université de Toronto
Titulaire d'une bourse d'études supérieures du Canada
Frederick Banting et Charles Best des IRSC

fournir des renseignements précieux sur l'efficacité des interventions complexes au moment de s'attaquer aux inégalités sociales et à celles en matière de santé. Ce thème a d'ailleurs été repris par les participants – non sans réserves –, qui l'ont illustré d'exemples tirés de leurs travaux aux quatre coins de la planète.

Grâce à ces discussions, le colloque a offert une tribune pour des conversa-

tions qui, en s'appuyant sur des idées lancées au cours des colloques de RISP de 2009 et 2010 (et, parfois, en les remettant en cause), ont transcendé les limites nationales, disciplinaires et méthodologiques. On encourageait les étudiants à faire connaître leur point de vue. Ma bourse de voyage de l'ISPP des IRSC et ma présentation par affiches m'ont permis de participer aux conversations et de présenter mes travaux à un public international et interdisciplinaire, qui n'était pas avare de commentaires éclairés. J'en suis ressorti avec des idées qui renforceront beaucoup d'étapes subséquentes de ma recherche doctorale. Mais ce sont les ateliers qui ont offert les dialogues les plus profonds avec, au menu, les épreuves liées aux nouvelles méthodologies, des échanges de conseils et d'élan de solidarité, et le partage des leçons tirées du travail auprès de différentes communautés. À l'instar de toutes les meilleures activités de collaboration, cette rencontre m'a rappelé que ce sont des moments comme ceux-ci qui nous rendent enthousiastes de participer à la recherche – et au milieu de la recherche – qui nous entoure.



[L]e colloque a offert une tribune pour des conversations qui, en s'appuyant sur des idées lancées au cours des colloques de RISP de 2009 et 2010 (et, parfois, en les remettant en cause), ont transcendé les limites nationales, disciplinaires et méthodologiques.

Le coin des étudiants : RISP Colloque réflexions

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) se penche sur l'acquisition de connaissances afin d'établir l'incidence des interventions en matière de politiques et de programmes sur la santé des populations. La conférence internationale sur la RISP tenue à Montréal en mars 2012 a entrepris de discuter de la nature des interventions. À ce propos, Penny Hawe a soumis à la réflexion de l'auditoire l'énoncé suivant : « votre perception d'une intervention détermine la façon d'aborder la recherche ». La conceptualisation des interventions en tant qu'événement, ou série d'événements, dans des systèmes complexes a été proposée par Mme Hawe¹ comme façon de considérer les interventions comme une évolution facilitée. Cette dernière a demandé aux participants de réfléchir aux « limites » de l'intervention sur laquelle ils travaillaient. Toutefois, dans quelles perspectives la RISP peut-elle définir les limites des interventions dans les systèmes? L'idée des limites pourrait sembler incompatible avec une compréhension des systèmes complexes englobant l'incertitude².

Comment conçoit-on l'intervention? Le fait de concevoir les interventions en tant qu'événements remet en question le langage de la RISP pour ce qui est des

« interventions sous forme de politiques et de programmes ». Tout événement avec possibilité d'avoir une incidence sur la santé des populations amène les chercheurs dans le domaine de la RISP à avoir une conception beaucoup plus large du changement. L'idée des limites pose problème en ce qui touche la nature des interventions. Je dirais que l'idée des limites ne s'applique pas seulement à la théorie de l'intervention et à la perspective selon laquelle on considère l'intervention, mais elle s'applique aussi à ce que l'intervention permet de faire et à ses résultats.

Je soumettrais une autre question pour la RISP : à quels types de croisement ou de limites chevauchantes sommes-nous confrontés? Ce questionnement pourrait mener à l'intégration d'une pensée complexe en RISP. Le fait de se pencher sur le chevauchement des limites remet en question notre façon de concevoir la façon dont l'intervention interagit avec ses résultats. Bien que la discussion à la conférence portait principalement sur des interventions et des systèmes complexes, il pourrait être nécessaire que la RISP tienne compte des effets complexes.



Réflexion par **Catherine Jones**
Étudiante au doctorat, option Santé publique, promotion de la santé
Chaire Approches communautaires et inégalités de santé
Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal

RÉFÉRENCES

1. Hawe, P., A. Shiell, et al. « Theorising interventions as events in systems. » *American Journal of Community Psychology*. 2009. **43**(3-4): 267-276.
2. Tremblay, M.-C. et L. Richard. « Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. » *Health Promotion International*. 2011.



[D]ans quelles perspectives la RISP peut-elle définir les limites des interventions dans les systèmes? L'idée des limites pourrait sembler incompatible avec une compréhension des systèmes complexes englobant l'incertitude.

Le coin des étudiants : Recherche sur les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations 2.0

Le 3 mai dernier, l'ISPP a tenu son troisième webinaire sur les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations. Une quarantaine de participants provenant des quatre coins du pays ont pu entendre des présentations de trois experts dans le domaine : la Dre Louise Potvin de l'Université de Montréal et du Centre de recherche Léa-Roback, M. Ted Bruce de Vancouver Coastal Health, et la Dre Marjorie MacDonald de l'Université de Victoria.

Chacun d'eux a mis en évidence le besoin de déplacer l'importance actuellement accordée à la recherche pour trouver les causes de la maladie à l'étude des interventions contribuant à la santé des populations, notamment la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), ou, comme le désigne la Dre Potvin, « la science des solutions ». La recherche sur les systèmes de mise en œuvre — comportant un examen des systèmes organisationnels ainsi que des systèmes de politiques et d'exécution de programmes qui soutiennent, mettent en application et maintiennent les interventions en santé des populations — constitue un élément important de la RISP.

En traitant des caractéristiques de la pratique en santé des populations et de l'environnement stratégique, M. Bruce

a expliqué quelques-unes des difficultés de la RISP et de la recherche sur les systèmes de mise en œuvre. Il est particulièrement difficile de définir des mesures de résultats appropriées et d'évaluer adéquatement une intervention en santé des populations parce qu'il existe rarement une voie directe entre une intervention donnée et un résultat précis, et ce, en raison des nombreux facteurs qui influent sur la santé. De plus, comme une grande part des déterminants de la santé s'exercent à l'extérieur du secteur de la santé, les Dres Potvin et MacDonald sont d'avis que la recherche sur les systèmes de mise en œuvre nécessite un effort de collaboration entre les intervenants clés. Compte tenu de l'ensemble d'acteurs de la recherche sur les systèmes de mise en œuvre, incluant les groupes communautaires, la Dre Potvin a souligné le besoin d'entreprendre un processus de réflexion pour aborder les différences possibles de pouvoir. Enfin, à la lumière de la complexité de la réalisation de recherches sur les systèmes de mise en œuvre, la Dre Potvin a également reconnu l'importance d'adopter diverses approches méthodologiques et d'aller au-delà de la priorité accordée aux données issues des essais contrôlés randomisés.

Un objectif important de la recherche sur les systèmes de mise en œuvre consiste à comprendre les facteurs contextuels qui favorisent la réussite des



Réflexion par **Rachel MacLean**
Candidate à la maîtrise en santé publique
Université de Toronto
Stagiaire et étudiante
ISPP des IRSC

interventions en santé des populations et, par le fait même, la réduction des disparités sur le plan de la santé. Cette recherche se révèle déterminante dans l'environnement actuel de concurrence entre les interventions en santé des populations et d'autres interventions dans le système de santé pour des ressources limitées. Les travaux qu'accomplissent les présentateurs contribuent à l'élargissement du domaine et favoriseront la création d'un environnement propice à la mise au point, à l'adoption et à la durabilité des interventions en santé des populations.



Il est particulièrement difficile de définir des mesures de résultats appropriées et d'évaluer adéquatement une intervention en santé des populations parce qu'il existe rarement une voie directe entre une intervention donnée et un résultat précis, et ce, en raison des nombreux facteurs qui influent sur la santé.

Le coin des étudiants : Rapport de la Conférence sur les défis et les méthodes en santé des populations du conseil de recherches médicales

À l'occasion de la Conférence sur les défis et les méthodes en santé des populations, environ 300 délégués ont pris part à trois journées de discussion sur les défis et les méthodes dans le domaine de la recherche en santé des populations à Birmingham, Royaume-Uni du 24 au 26 avril.

À mes yeux, la conférence a atteint deux importants objectifs : réfléchir à l'état actuel de la recherche sur la santé des populations et en apprendre davantage sur l'application pratique des nouvelles méthodes. Une réflexion sur la recherche concertée pour produire et analyser d'importantes données, sur des approches relatives aux systèmes et sur la contribution de l'histoire permettra de cibler de nouvelles méthodes pour faire progresser la recherche en santé des populations. Ce qui est ressorti de la conférence est la méthode de la

« modélisation causale » qui comporte notamment l'appariement par score de propension, les variables instrumentales et la discontinuité de la régression. De nouvelles méthodes géographiques et le potentiel des études d'association à l'échelle du génome en santé des populations ont également fait l'objet de discussions.

Le principal message que je retiens de la conférence est la nécessité pour les chercheurs en santé des populations de voir grand et de mettre en commun leurs connaissances. Ces chercheurs doivent communiquer leurs données et mener des études à grande échelle qui combineront de multiples « contextes » (p. ex. divers quartiers, villes et pays) afin d'être en mesure d'estimer avec justesse et précision l'impact des principaux résultats et de détecter une hétérogénéité quant aux effets possibles par des facteurs sociaux ou autres. Nous devons accomplir cela avec les



Réflexion par **Daniel Fuller**
Candidat au doctorat
Santé publique
Université de Montréal

meilleures méthodes d'analyse de données.

Faites part de vos idées, de vos méthodes, de votre syntaxe et de vos données. La recherche en santé des populations et, je l'espère, la santé des populations ne s'en porteront que mieux.

« Faites part de vos idées, de vos méthodes, de votre syntaxe et de vos données. La recherche en santé des populations et, je l'espère, la santé des populations ne s'en porteront que mieux. »

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

Associée principale de l'évaluation

Sarah Viehbeck

Sarah.Viehbeck@uottawa.ca

Tél : 613-592-5800 poste 1925

Agente en application des connaissances et en communications

Emma Cohen

ecohen@uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8439

Coordnatrice administrative

Jennifer Morgan

ipph-ispp@uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8414

Télec : 613-562-5713

Stagiaire d'été

Rachel MacLean

ipphstudent@health.uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 2402

Étudiant d'été

Max Deschner

ipphstudent@health.uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8513

Étudiante d'été

Andrea Hill

ipphstudent@health.uottawa.ca

Tél : 613-562-5800 poste 8305

PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION CENTRALE DES IRSC**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

Télec : 613-954-1800

Étudiante d'été

Alannah Brown

allanah.brown@cihr-irsc.gc.ca

Tél : 613-952-4263

Un cadre de conduite éthique dans les initiatives en santé publique

Santé publique Ontario (SPO) a élaboré un cadre pour orienter l'examen éthique des initiatives en santé publique générant des données. Le cadre inter-prête l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC-2) du gouvernement du Canada du point de vue de la santé publique et présente dix questions pour faciliter l'examen systématique des enjeux, notamment la prise en compte des intérêts de tous les intervenants. Les questions mettent l'accent sur les liens entre le bien-être des individus et des collectivités et l'obligation positive de promouvoir l'équité et la réciprocité.

Ce cadre a été préparé par un groupe de travail formé de professionnels et de chercheurs en santé publique et en éthique en collaboration avec des représentants du milieu de la santé publique occupant diverses fonctions. Le cadre a été diffusé largement comme document de discussion en juin 2011 et il a été énormément commenté par les praticiens du domaine de la santé publique et les universitaires de partout en Ontario, au Canada et aux États-Unis. Ces commentaires ont servi à guider la version actuelle.

www.oahpp.ca/resources/projects/srke/ethics-support.html (en anglais seulement)

Rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

En décembre 2011, les Drs Nancy Edwards et Philip Sherman, Directeurs scientifiques de l'Institut de la santé publique et des populations et de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète ont participé à une étude du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes sur les maladies chroniques, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le Comité en a récemment produit un

rapport intitulé « Maladies chroniques liées au vieillissement et promotion de la santé et prévention des maladies. » Le Comité a été mis au courant des projets de recherche sur la promotion de la santé et sur la prévention des maladies appuyés par les IRSC ainsi que de l'appui de l'INMD à la recherche sur l'obésité et l'alimentation et la santé, et a recommandé que les IRSC continuent d'appuyer la recherche qui traite de questions de maladies chroniques.

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

Veuillez visiter notre site Web pour une liste des possibilités de financement offertes par l'Institut.