



IRSC CIHR

Institut de la santé publique et des populations

Plan stratégique 2009-2014



L'équité en santé : une nécessité



Instituts de recherche  
en santé du Canada

Canadian Institutes  
of Health Research

Canada

Instituts de recherche en santé du Canada  
160, rue Elgin, 9<sup>e</sup> étage  
Indice de l'adresse 4809A  
Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Canada  
[www.irsc-cihr.gc.ca](http://www.irsc-cihr.gc.ca)

Institut de la santé publique et des populations – Plan stratégique 2009-2014

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2009)

N° de cat. MR21-144/2009F-PDF  
ISBN 978-1-100-92984-2



## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Message de la directrice scientifique.....   | 2  |
| Introduction.....  | 4  |
| Instituts de recherche en santé du Canada.....   | 4  |
| Institut de la santé publique et des populations .....   | 4  |
| Contexte .....   | 6  |
| Évolution de l’environnement.....  | 6  |
| Progrès scientifiques .....  | 7  |
| Plan stratégique de l’ISPP .....   | 9  |
| Aperçu .....   | 9  |
| Priorités stratégiques en recherche .....  | 9  |
| Critères de sélection.....   | 10 |
| Priorité n° 1 : Voies de l’équité en santé .....   | 11 |
| Priorité n° 2 : Interventions en santé des populations.....  | 13 |
| Priorité n° 3 : Systèmes de mise en œuvre des interventions en<br>santé des populations dans le secteur de la santé publique<br>et d’autres secteurs ..... | 15 |
| Priorité n° 4 : Innovations théoriques et méthodologiques.....   | 17 |
| Application des connaissances, partenariats et renforcement<br>des capacités.....  | 20 |
| Chemin à parcourir .....   | 22 |
| Références.....  | 23 |
| Annexe .....   | 27 |
| A : Le processus de planification stratégique .....  | 27 |

## Message de la directrice scientifique



L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a dirigé plusieurs projets de recherche et d'application des connaissances d'importance au cours des huit dernières années, tant au niveau national qu'international.

J'aimerais remercier et féliciter le directeur scientifique précédent, le Dr John Frank, et son équipe pour leur travail exemplaire et pour la vision qu'ils ont su imprimer à la programmation de l'Institut. Ils ont lancé de nouveaux modèles d'importance pour la recherche au Canada, notamment les centres de développement de la recherche, qui étudient l'impact des environnements physiques et sociaux sur la santé et, plus récemment, le programme de chaires en santé publique appliquée. L'Institut a aussi exercé un leadership crucial dans l'Initiative de recherche en santé mondiale, un partenariat entre cinq organismes canadiens, en plus d'établir des partenariats internes et externes exceptionnellement solides pour la production et l'utilisation des connaissances.

Ce plan stratégique s'appuie sur les fondements ainsi établis pour la recherche en santé publique et des populations. Cependant, il subsiste des difficultés qui ne peuvent être résolues sans un effort conjoint des chercheurs, des responsables des politiques et des praticiens de première ligne. Au cours des derniers mois, par exemple, nous avons eu un rappel de la menace posée par la grippe pandémique et avons constaté les effets indirects du changement climatique. Les maladies chroniques continuent de gagner du terrain dans nos collectivités et menacent de décimer davantage la présente génération que la précédente.

Les iniquités en santé à l'intérieur des pays et d'un pays à l'autre doivent être réduites, comme nous en implorons le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (de l'Organisation mondiale de la santé), le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada et le rapport du Forum ministériel mondial de Bamako sur la recherche pour la santé. En bref, les auteurs de ces rapports et de nombreux autres ont conclu à l'importance de l'équité en santé. La lutte contre ces iniquités nécessitera un effort considérable, tant au niveau de la production que de l'application des connaissances.



Le processus d'établissement des nouvelles orientations stratégiques de l'ISPP a débuté avant mon arrivée à la direction de l'Institut en juillet 2008. Je tiens à remercier le conseil consultatif de l'Institut pour ses contributions pertinentes et son soutien inestimable durant ce processus de planification. Je remercie également les nombreuses personnes qui ont partagé leurs idées aux réunions de consultation et par l'entremise de notre sondage en ligne. Vos conseils et vos suggestions ont aidé à définir les orientations stratégiques décrites dans notre nouveau plan.

Nous sommes encore loin de notre but, mais il ne fait aucun doute que nous avons le talent et l'élan requis pour affronter les principaux enjeux dans le domaine de la santé publique et des populations. Le renouvellement continu de cette capacité est essentiel à notre succès. Le personnel de l'ISPP et moi-même nous réjouissons à l'idée de travailler avec vous et nos nombreux partenaires à promouvoir l'excellence en recherche et les progrès dans l'application de ses résultats au cours des cinq prochaines années.

*Nancy C. Edwards*

Nancy Edwards, IA, Ph.D., MACSS

## Introduction

### Les Instituts de recherche en santé du Canada

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

Pour atteindre cet objectif, les IRSC encadrent la recherche dans une structure interdisciplinaire unique composée de 13 instituts virtuels répartis dans tout le pays. Chaque institut se consacre à un secteur de recherche particulier et s'emploie à soutenir et à relier les personnes, les groupes et les milieux scientifiques qui poursuivent des buts communs dans ce secteur.



Chaque institut des IRSC est dirigé par un directeur scientifique, lequel est secondé par un conseil consultatif. Les directeurs scientifiques et les conseils consultatifs relèvent du conseil d'administration des IRSC.

### L'Institut de la santé publique et des populations

Lors de sa fondation, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) a reçu un mandat très vaste de nature intégrative. Bien qu'il existe dans le monde de nombreux instituts nationaux de santé publique, l'ISPP est le seul dont le mandat couvre aussi la santé des populations. Ce double mandat est déterminant dans le plan stratégique de l'Institut.

Afin de mieux se consacrer à la mise en œuvre de ce plan, l'ISPP a révisé sa vision, sa mission et ses valeurs en fonction des nouvelles orientations stratégiques.

La nouvelle **vision** de l'ISPP est d'être reconnu comme un institut de calibre mondial faisant preuve d'excellence, d'innovation et de leadership dans la production et l'application de données probantes sur la santé publique et des populations en vue d'améliorer la santé et de promouvoir l'équité au Canada et dans le monde.

La nouvelle **mission** de l'ISPP est d'améliorer la santé des populations et promouvoir l'équité en santé au Canada et dans le monde par la recherche et son application aux politiques, aux programmes et aux pratiques en santé publique et dans d'autres secteurs.



Dans ses activités de recherche et d'application des connaissances, l'Institut sera guidé par les **valeurs** suivantes :

- excellence, pertinence et caractère innovateur de la recherche financée;
- approche fondée sur des données probantes en matière d'application des connaissances (AC) qui rapproche les milieux régionaux, provinciaux ou territoriaux, nationaux et internationaux sur le plan de l'apprentissage;
- partenariats fondés sur la réciprocité et le respect qui couvrent la totalité du cycle, de la production à l'utilisation des connaissances;
- leadership visant à favoriser la mobilisation quant à la recherche en santé des populations à l'échelle nationale et internationale;
- transparence et responsabilisation.

## Contexte

### Évolution de l'environnement

L'environnement de la recherche en santé publique et des populations a considérablement évolué au Canada depuis la création de l'ISPP.

L'introduction de nouveaux programmes de maîtrise en santé publique et l'établissement des écoles de santé publique et des six centres nationaux de collaboration en santé publique ne sont que quelques exemples de l'intérêt et de l'engagement renouvelés envers la santé publique au pays.



Depuis 2001, l'ISPP et ses partenaires investissent stratégiquement dans le but de développer les capacités dans le domaine de la santé publique et des populations, au Canada et ailleurs dans le monde. Voici quelques réalisations dignes de mention :

- établissement de sept centres de développement de la recherche axés principalement sur l'étude de l'influence des environnements sociaux et physiques sur la santé, et consacrés au renforcement de l'infrastructure et des capacités de recherche et d'application des connaissances, à la promotion d'un environnement interdisciplinaire et à la création de liens entre les chercheurs et avec les utilisateurs de la recherche;
- cofinancement de plusieurs initiatives stratégiques de formation dans le domaine de la recherche en santé visant la conception d'activités de formation et de mentorat innovatrices en appui aux études supérieures;
- contribution au financement de bourses de maîtrise en santé publique, de bourses de doctorat, de bourses postdoctorales et de chaires de mi-carrière en santé publique, avec l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres partenaires;
- financement des possibilités de formation interdisciplinaire, comme l'atelier d'été annuel pour doctorants et postdoctorants (en collaboration avec l'Institut des services et des politiques de la santé) et l'atelier d'été annuel en santé mondiale (organisé par la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale);



- cofinancement des subventions d'équipe Teasdale-Corti, créées par les partenaires de l'Initiative de recherche en santé mondiale pour aider les équipes composées de chercheurs du Canada et de pays à revenu faible et intermédiaire à entreprendre des programmes de recherche, de renforcement des capacités et d'application des connaissances.

En collaboration avec des intervenants multiples, l'ISPP joue un rôle de chef de file dans plusieurs initiatives ciblant des priorités stratégiques d'importance nationale et internationale. L'Institut contribue à l'amélioration de la santé et des systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par exemple en représentant les IRSC depuis 2001 en tant que membre fondateur de l'Initiative de recherche en santé mondiale. Cette initiative mobilise les connaissances, l'expérience et les ressources de cinq organismes fédéraux : les IRSC, le Centre de recherches pour le développement international, l'Agence canadienne de développement international, Santé Canada et, plus récemment, l'Agence de la santé publique du Canada.

L'ISPP assume la direction et le secrétariat de l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations pour le Canada (IRISPC), qui vise à renforcer et à harmoniser les initiatives nouvelles et existantes dans le domaine. Le but de l'IRISPC est d'accroître le volume, la qualité et l'utilisation de la recherche interventionnelle en santé des populations au Canada.

L'ISPP est résolu à mettre à profit ces fondements solides au cours des prochaines années, en partenariat avec d'autres organismes du Canada et de l'étranger.

## Progrès scientifiques

La recherche en santé publique et des populations fait appel à une variété de disciplines comme la promotion de la santé, les sciences sociales, les sciences de la santé, l'épidémiologie, la santé au travail et la salubrité de l'environnement. La recherche en santé publique et des populations continue d'évoluer et de prendre de la maturité grâce en partie à la collaboration interdisciplinaire et au mélange d'approches théoriques et méthodologiques complémentaires. Les secteurs scientifiques exposés ci-dessous sont particulièrement prometteurs pour l'avancement des priorités stratégiques de l'ISPP.



- Les données sur de nombreux pays et populations démontrent de façon convaincante l'existence d'un gradient de santé socioéconomique persistant. Certaines de ces données reflètent des variations injustes, mais évitables, de l'état de santé. Les chercheurs sont de plus en plus pressés de combattre ces iniquités et d'élaborer des stratégies pour les atténuer (Minkler, Vasquez, Tajik et Petersen, 2008; Nixon et Forman, 2008; Rauh, Landrigan et Claudio, 2008; Starfield, 2007; Wilkinson et Pickett, 2009);
- Notre connaissance des déterminants sociaux et physiques de la santé et de leurs interactions fournit une base solide pour étudier l'impact d'interventions et de systèmes de mise en œuvre multiniveaux cohérents en santé des populations dans le secteur de la santé et d'autres secteurs. L'impact des interventions en santé publique et des populations sur les inégalités et les iniquités en santé a été désigné comme une autre composante essentielle de la recherche future dans ce domaine (Petticrew et coll., 2009);
- Les politiques sont souvent une composante clé des interventions en santé des populations, soit en tant que stratégies d'intervention sous la conduite des chercheurs, soit en tant qu'influences contextuelles. Les études comparatives qui examinent systématiquement l'influence de ces politiques représentent un champ de recherche important (Houweling, Kunst, Huisman et Mackenbach, 2007; Stahl, Rutten, Nutbeam et Kannas, 2002);
- Les études sur l'efficacité potentielle et réelle des interventions ont produit des données sur des interventions prometteuses et éprouvées en santé publique. Même si nous avons besoin de plus de données, on voit émerger dans ces études un nouveau paradigme faisant appel à la science des systèmes adaptatifs et examinant l'influence du contexte sur les interventions. C'est pourquoi on réclame de plus en plus que la recherche en santé publique et des populations se penche sur des interventions complexes à l'intérieur de systèmes adaptatifs complexes (Best et coll., 2003; Hawe, Shiell et Riley, 2009; Nutbeam, 2004; Rickles, Hawe et Shiell, 2007; van der Wal et Gliberman, 2008).



## Plan stratégique de l'ISPP

### Aperçu

L'évolution de la science de la santé publique et des populations — de la compréhension des déterminants sociaux et physiques de la santé à l'étude des impacts des politiques et des programmes d'intervention à niveaux multiples sur la santé et l'équité en santé — oblige les chercheurs et les autres intervenants à réfléchir à des moyens d'atteindre l'équité en santé. De plus, cela renforce le besoin de comprendre comment mettre en œuvre de façon optimale des interventions à l'intérieur de systèmes adaptatifs complexes et de contextes socioculturels et politiques. Des méthodes et des théories innovatrices sont nécessaires au soutien de la recherche dans ce domaine.

En reconnaissance de ces besoins, le Plan stratégique de l'ISPP se concentre sur le renforcement des capacités de recherche et d'application des connaissances sur la santé publique et des populations au Canada. Le plan stratégique, qui prend appui sur les réalisations et les partenariats créés par l'ISPP au cours des dernières années, a été rédigé en consultation avec le conseil consultatif de l'Institut ainsi que des chercheurs et des décideurs de tout le Canada (une description détaillée du processus de planification figure à l'annexe A).

### Priorités stratégiques en recherche

À la suite de ces consultations, l'ISPP a désigné les quatre priorités stratégiques suivantes en recherche, qui ciblent les nouvelles questions préoccupantes pour le Canada et ses partenaires internationaux dans le domaine de la santé publique et des populations (voir tableau 1).

1. Voies de l'équité en santé
2. Interventions en santé des populations
3. Systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations dans le secteur de la santé publique et d'autres secteurs
4. Innovations théoriques et méthodologiques

Ces priorités favoriseront l'excellence et l'innovation en recherche sur la santé publique et des populations visant à améliorer la santé des populations tout en réduisant les iniquités au Canada et dans le monde. Elles permettront aussi de contribuer aux grands objectifs stratégiques des IRSC.

## Critères de sélection

Les priorités stratégiques en recherche ont été établies en fonction des critères suivants :

- soutenir la recherche innovatrice qui nous prépare à relever les défis de demain en santé des populations;
- remplir de façon optimale les fonctions de l'ISPP à l'intérieur des grands partenariats internes et externes (p. ex. actuels et potentiels, à l'échelle provinciale ou territoriale, nationale et internationale)
- mettre à profit les fondements actuels (p. ex. partenariats, capacités, état de la science) et tirer parti de l'élan actuel, au niveau national et international;
- exploiter l'avantage comparatif du Canada en recherche, tout en s'associant à des partenaires d'autres pays;
- avoir un potentiel élevé d'impact direct ou indirect sur la santé des populations vulnérables au Canada et dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

### Tableau 1 : Nouveaux enjeux en santé des populations

- Le changement climatique se répercute directement sur la santé humaine et la salubrité de l'environnement.
- L'environnement bâti, y compris l'architecture des maisons, des lieux de travail, des terrains de jeux et des couloirs de transport, exerce un effet direct et persistant sur la santé.
- L'exposition à des polluants dans l'air intérieur et extérieur, comme les particules en suspension, les composés organiques volatils et le plomb, agit négativement sur la santé.
- La densification des villes transforme la façon de vivre, de s'alimenter et de travailler des populations.
- Les changements démographiques deviennent plus marqués à mesure que les baby-boomers se rapprochent de la retraite. La migration, qui contribue à ces changements, devrait s'intensifier par suite de la pénurie d'eau imminente (en partie causée par le changement climatique), de la transformation de l'économie et du déplacement de populations attribuable à la pauvreté, aux catastrophes naturelles et aux conflits.
- On assiste à une redistribution du fardeau des maladies. Bien que les maladies infectieuses émergentes (p. ex. virus du Nil occidental et H1N1) requièrent une vigilance constante, l'incidence accrue des maladies chroniques résulte de la convergence de nombreux facteurs, dont le vieillissement de la population, l'environnement bâti, le changement des modes d'alimentation (production, approvisionnement et préparation), et les nouveaux emplois du temps.
- Les innovations technologiques et la transformation de l'économie ont des effets sur nos milieux de travail et sur nos modes de transport et de communication.
- Le chômage et les autres manifestations des bouleversements socioéconomiques ont un effet disproportionné sur la santé mentale des populations.
- L'infrastructure, la formation, la capacité de pointe et la capacité d'intervention en santé publique sont fragiles.

## Priorité n° 1 : Voies de l'équité en santé

L'équité en santé repose sur le principe que tous les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devraient pas être limités à cet égard par leur race, leur ethnie, leur religion, leur sexe, leur âge, leur classe sociale, leur condition socioéconomique ou d'autres attributs sociaux (Dahlgren et Whitehead, 2006).

Cette priorité stratégique est axée sur la compréhension des voies ou de la combinaison de facteurs qui entraînent une évolution vers l'équité en santé et l'amélioration de la santé des populations et des sous-populations, pour un pays ou entre les pays. Les voies qui agissent à tous les niveaux du système (c.-à-d. de micro à macro) sont intéressantes, y compris celles qui coïncident avec des transitions individuelles (p. ex. étapes de la vie) et des transitions sociales (p. ex. changements démographiques et économiques, urbanisation). La compréhension des voies favorisant l'équité et les iniquités en santé est essentielle à la conception d'interventions efficaces en santé des populations dans le contexte des pays développés et en développement.



Cette priorité se justifie par l'existence d'information scientifique considérable décrivant l'origine des iniquités en santé (Butler-Jones, 2008; CDSS, 2008). Les iniquités en santé couvrent des variations évitables et inévitables dans l'état de santé des sous-populations. Ces différences sont associées à l'exposition à une grande variété de facteurs étiologiques, y compris dans les environnements physiques, chimiques, biologiques et sociaux. Des recherches intensives menées dans une variété de milieux et sur diverses questions de santé révèlent l'existence d'un gradient de santé socioéconomique persistant (Lynch et coll., 2004; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof et Geurts, 1997), c'est-à-dire que les gens moins riches et moins scolarisés sont en moins bonne santé et vivent moins longtemps que les gens plus riches et plus scolarisés.

Cependant, les résultats de la recherche semblent de plus en plus indiquer que ce gradient de santé ne résulte pas uniquement d'une privation matérielle. Par exemple, bien que les gens pauvres dans les sociétés où les inégalités socioéconomiques sont les plus criantes affichent un état de santé inférieur (Wilkinson et Pickett, 2009), il a été démontré que ces mêmes inégalités avaient des effets négatifs sur la santé dans toutes les couches sociales (Wilkinson et Pickett, 2006). Certains des phénomènes biologiques qui expliquent ces effets (p. ex. influence des stressseurs sur le niveau de cortisol) sont bien documentés (Dickerson et Kemeny, 2004).

Les iniquités en santé remettent en question nos valeurs en tant que société et nous amènent à nous demander si ces variations de l'état de santé sont injustes et évitables. Nous avons besoin de mieux comprendre la dynamique entre les influences intrinsèques (p. ex. comportementales) et extrinsèques (p. ex. politiques), et entre les influences contemporaines (p. ex. récession économique) et historiques (p. ex. structures sociales traditionnelles fixées dans la législation), ainsi que leur impact sur les iniquités en santé.

Cette priorité devra être abordée par des études qualitatives, quantitatives et à méthode mixte, et par des expériences naturelles et au moyen d'études comparatives sur les politiques nationales et internationales. La mise au point d'outils analytiques, de méthodes de mesure et de modèles de recherche innovateurs, ainsi que la conception et le perfectionnement de cadres d'éthique seront aussi nécessaires et seront soutenus dans le cadre de la priorité stratégique portant sur les innovations théoriques et méthodologiques, décrite aux pages 17 à 19.

**But :**

- Mieux comprendre les voies de l'équité en santé

**Objectifs :**

- Soutenir la recherche visant à comprendre comment l'interaction des déterminants biologiques, sociaux, culturels et environnementaux influe sur la santé, et comment cette interaction varie selon les étapes de la vie, les multiples couches sociales et les transitions sociales importantes.
- Favoriser la recherche visant à comprendre comment les interactions entre les microenvironnements et les macroenvironnements favorisent l'équité ou réduisent les iniquités en santé des populations.

## Priorité n° 2 : Interventions en santé des populations

Les interventions en santé des populations sont souvent complexes et peuvent couvrir des politiques, des programmes ou des initiatives de redistribution. Leur complexité est attribuable au fait qu'elles ciblent souvent plus d'un niveau du système, qu'elles font appel à des stratégies multiples et que leur mise en œuvre doit avoir lieu à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé. De plus, ces interventions viennent s'insérer dans des systèmes qui sont déjà dynamiques et complexes.

Une analyse approfondie de la recherche expérimentale et quasi expérimentale méthodologiquement solide sur des interventions multiples (c.-à-d. niveaux et stratégies multiples) semble expliquer pourquoi cette recherche a produit des résultats négatifs (Merzel et D'Afflitti, 2003). La faible participation de la communauté à la conception des interventions, le peu de temps accordé à celles-ci pour réussir et les stratégies ciblant davantage les comportements que les politiques semblent avoir contribué à ces résultats négatifs. Ces problèmes ont été soulignés dans des études d'interventions multiples sur diverses questions de santé, notamment la santé cardiovasculaire, le tabagisme et l'activité physique.



En dépit de l'échec de nombreuses études d'interventions multiples à démontrer leur efficacité, certaines initiatives en santé des populations ont entraîné à long terme des améliorations impressionnantes de l'état de santé. Par exemple, les stratégies antitabac sont considérées comme des expériences fructueuses, en raison du déclin considérable du tabagisme qui a résulté de l'introduction d'interventions sur les comportements, les normes, les médias et les politiques (Friend et Levy, 2002; Petersen, Handel, Kotch, Podedworny et Rosen, 1992; Richardson et coll., 2009; Wright, Pahel-Short, Hartmann, Kuller et Thorp, 1996).

Les initiatives fructueuses en santé des populations se caractérisent par leur adaptabilité au contexte, leur réceptivité aux possibilités offertes par les politiques (souvent de façon imprévisible) à plus d'un niveau du système et dans plus d'un secteur, leurs alliances stratégiques créant un climat propice au changement, et leur longue période de mise en œuvre. Bien que de nouvelles données indiquent que ce genre d'interventions en santé des populations mène à des améliorations notables de la santé générale, il subsiste des iniquités préoccupantes sur le plan des retombées pour la santé résultant de ces initiatives (Bauld, Judge et Platt, 2007; Mohan, 2005; Victora et coll., 2003).

C'est pourquoi cette priorité stratégique comporte deux dimensions centrales : les interventions complexes en santé des populations contextuellement pertinentes et adaptables aux contextes dynamiques qui requièrent la collaboration entre secteurs et entre niveaux du système, et les études sur les causes du succès ou de l'échec des interventions en santé des populations à améliorer la santé et l'équité en santé.

On appuiera les interventions en santé des populations qui visent à mieux comprendre les voies menant à l'équité en santé. On s'attend à ce que cette recherche produise de l'information cruciale sur la façon dont les facteurs contextuels peuvent conjuguer leurs effets à ceux des interventions en santé des populations pour réduire les iniquités en santé. Les grandes questions à prioriser pour le financement seront choisies en consultation avec d'autres partenaires financiers et le milieu de la recherche. On s'attend à ce que les initiatives prioritaires de l'ISPP sur les innovations théoriques et méthodologiques produisent de nouvelles méthodes de mesure, de nouveaux modèles de recherche et de nouveaux cadres qui orienteront la recherche interventionnelle en santé des populations. Les modèles de recherche prometteurs comprennent les études comparatives sur les politiques de différents gouvernements, les expériences naturelles à plusieurs niveaux et dans plusieurs secteurs, et les études de cas comparatives détaillées au Canada et dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

**But :**

- Étudier l'impact d'interventions complexes en santé des populations sur la santé et l'équité en santé.

**Objectifs :**

- Stimuler la recherche sur l'impact des interventions en santé des populations sur la santé et l'équité en santé.
- Soutenir l'utilisation de nouvelles méthodes de mesure, de nouveaux modèles de recherche et de nouveaux cadres dans les études sur les interventions en santé des populations.



### **Priorité n° 3 : Systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations dans le secteur de la santé publique et d'autres secteurs**

Au sein du secteur de la santé, les intervenants en santé publique sont habituellement les premiers responsables de la mise en œuvre des interventions en santé des populations. Toutefois, la participation d'autres secteurs est souvent nécessaire à la mise en œuvre complète ou partielle de ces interventions. Par exemple, les programmes de santé scolaires sont mis en œuvre dans le secteur de l'enseignement, mais les initiatives de santé au travail doivent inclure les syndicats et les secteurs d'emploi des populations visées.

Pour avoir un impact sur la santé des populations, les interventions doivent être étendues à grande échelle : c'est-à-dire qu'il faut s'efforcer d'en augmenter l'impact auprès de plus de gens et d'en promouvoir les retombées sous forme de politiques et de programmes (Simmons, Fajans et Ghiron, 2007). L'équité et la viabilité sont considérées comme des principes essentiels d'une approche efficace d'expansion.



La recherche sur les initiatives intersectorielles est encore rare, malgré le fait que la collaboration intersectorielle est recommandée depuis longtemps par des scientifiques universitaires et gouvernementaux pour relever les défis de santé (Keon et Pépin, 2009; Nutbeam, 1994). Une récente analyse comparative d'études de cas nationales (Barr, Pedersen, Pennock et Rootman, 2008) a révélé des renseignements importants sur les déterminants du succès des efforts intersectoriels. Cependant, il reste encore beaucoup de recherche à faire dans ce domaine.

On s'est encore relativement peu intéressé aux systèmes de mise en œuvre nécessaires au succès de l'expansion des interventions. Un certain nombre de difficultés observées pourraient faire l'objet d'autres études : négligence des questions de gouvernance, inaction au regard des stratégies conçues en faveur des pauvres (Gwatkin, 2009; Simmons et coll., 2007) et sous-estimation de la capacité d'adaptation des ressources humaines en santé et des capacités des systèmes juridiques, administratifs et financiers (Hanson, Ranson, Oliveira-Cruz et Mills, 2003; Huicho et coll., 2005; Nyongoro, Awoonor-Williams, Phillips, Jones et Miller, 2005; O'Connor, 2002; OMS, 2006).

En résumé, cette priorité stratégique est axée sur les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, et met un accent particulier sur la mise en œuvre intersectorielle et l'expansion. Plusieurs facteurs agissent sur ces systèmes, notamment : structures de gouvernance interorganisationnelles, intersectorielles et intergouvernementales; soutien au leadership; capacité d'adaptation du système; mécanismes d'échange d'information. Étant donné que les systèmes de mise en œuvre peuvent autant accentuer qu'atténuer les impacts potentiels des interventions en santé des populations sur la santé et l'équité en santé, ces influences mutuelles sont aussi intéressantes.

**But :**

- Examiner comment les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations peuvent accentuer ou atténuer les effets de ces interventions sur la santé ou l'équité en santé.

**Objectifs :**

- Soutenir la recherche contribuant à la compréhension des processus d'expansion des interventions en santé des populations qui améliorent la santé et l'équité en santé.
- Stimuler la recherche sur les possibilités de mise en œuvre intersectorielle des interventions en santé des populations et sur les attributs des systèmes de mise en œuvre.

## Priorité n° 4 : Innovations théoriques et méthodologiques

Des progrès théoriques et méthodologiques importants ont été accomplis dans l'étude des interventions en santé publique et des populations et l'examen des iniquités en santé, en particulier : conciliation des méthodes d'étude orientées sur l'écologie et sur l'individu (p. ex. analyses multiniveaux); utilisation d'outils pour décrire l'environnement naturel et l'environnement bâti (p. ex. systèmes d'information géographique); application de modèles de simulation aux problèmes de santé publique (p. ex. intégration de la théorie d'analyse de réseaux aux modèles de simulation de maladies infectieuses); et approche décisionnelle axée sur l'évaluation des impacts sur la santé.

De même, on a démontré l'utilité de certains progrès accomplis dans les techniques de synthèse de connaissances, comme la métasynthèse, la synthèse intégrative et la synthèse réaliste (Pawson, Greenhalgh, Harvey et Walshe, 2005), les techniques d'examen rapide (Best, Riley et Norman, 2007), les méthodes de mesure de l'équité dans le cadre d'examen quantitatifs et systématiques (Petticrew et coll., 2009). Certaines approches prometteuses pour soutenir l'application des connaissances sont aussi dignes de mention, par exemple les dialogues délibératifs (Culyer et Lomas, 2006) et les examens réalistes pour résumer l'information scientifique (Pawson, 2006). Les innovations théoriques comprennent l'intégration de la science des systèmes, la théorie de la complexité et les cadres socioécologiques d'intervention en santé des populations (Leischow et coll., 2008).

Nous avons cependant besoin d'autres innovations théoriques et méthodologiques puisées dans diverses disciplines pour nous attaquer aux trois priorités stratégiques précédentes. Voici des exemples du genre d'innovations nécessaires dans le domaine de la santé publique et des populations : mesures de l'équité en santé pouvant être facilement tirées des rapports sur l'état de santé et utilisées dans les études interventionnelles en santé des populations; procédures analytiques pour les modèles de recherche à méthode mixte nous permettant de comprendre comment les variations temporelles du contexte influent sur les résultats des interventions en santé publique; théories intégratives expliquant comment l'expansion d'une intervention se déroule à la fois verticalement, entre les niveaux du système, et horizontalement, entre les secteurs. Ces innovations devront être incorporées dans des initiatives de production, de synthèse et d'intégration des connaissances.



L'éthique appliquée à la santé publique et des populations pourrait également bénéficier d'innovations méthodologiques et théoriques. L'éthique peut se définir comme une série de valeurs fondamentales qui se reflètent dans les paradigmes de la recherche, des politiques, des programmes et des pratiques. Ces valeurs déterminent notre perspective sur les facteurs qui influencent les choix individuels, les approches de recherche, les critères d'établissement des priorités et les choix relatifs à la distribution des ressources, ainsi que les efforts d'application des connaissances. Même si les approches bioéthiques nous ont été utiles et ont guidé de nombreuses interventions cliniques dans le secteur de la santé, elles tiennent surtout compte des droits, des avantages et des risques individuels. En revanche, la recherche en santé publique et des populations tient compte des moyens à prendre pour obtenir les plus grands bienfaits et avantages pour la collectivité, quitte à laisser certains individus sans avantages directs et à menacer certaines libertés individuelles (Caulfield, Brown et Meslin, 2007; Daniels, 2006).



Un cadre d'éthique en santé des populations permet d'énoncer explicitement les principes et les valeurs qui nous animent dans la réduction des iniquités et la promotion de l'équité. Même si certains travaux ont été entrepris pour définir un code d'éthique et un cadre de gestion de l'éthique en santé publique (Nuffield Council on Bioethics, 2007; Thomas, Sage, Dillenberg et Guillory, 2002), il subsiste des lacunes dans la compréhension, la conceptualisation et l'application au domaine de la santé publique et des populations (Daniels, 2009). Compte tenu des orientations stratégiques de l'ISPP, le moment est propice pour élaborer et perfectionner des cadres d'éthique en santé des populations qui permettront d'orienter la sélection et la mise en œuvre des interventions en santé publique et des populations visant à réduire les iniquités tout en améliorant la santé au Canada et dans le monde.

**But :**

- Stimuler les innovations théoriques et méthodologiques dans la production, la synthèse et l'intégration des connaissances en santé publique et des populations.

**Objectifs :**

- Promouvoir l'élaboration et le perfectionnement de théories et de méthodes pour l'examen des interventions et des systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations qui favorisent l'équité et réduisent les iniquités en santé.
- Favoriser l'élaboration et le perfectionnement de cadres d'éthique pour les interventions en santé des populations au Canada et dans le monde.

## Application des connaissances, partenariats et renforcement des capacités

L'Institut poursuivra chacune de ces priorités stratégiques en recherche par la promotion de l'excellence en application des connaissances, la formation de partenariats stratégiques innovateurs et le renforcement des capacités de recherche d'excellent calibre.

Les partenariats occupent une place centrale dans toutes les activités de production et d'application des connaissances, lesquelles reposent sur des échanges efficaces entre chercheurs et utilisateurs visant à intégrer adéquatement les connaissances scientifiques les plus récentes et les plus utiles au processus décisionnel. Pour accomplir sa mission, l'ISPP doit exploiter les atouts d'autres acteurs dans ce domaine, créer des synergies et apprendre de l'expérience actuelle et des pratiques exemplaires. À cette fin, l'Institut fera équipe avec des organismes régionaux, provinciaux ou territoriaux, nationaux et internationaux qui travaillent activement à promouvoir la production et l'application des connaissances sur la santé publique et des populations.



- Objectifs :**
- Soutenir et accélérer l'application de la recherche sur les interventions et les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations sous forme de pratiques, de programmes et de politiques dans le secteur de la santé et d'autres secteurs.
  - Développer les partenariats stratégiques existants et en créer de nouveaux pour appuyer les efforts de production et d'application des connaissances des chercheurs et des décideurs dans le domaine de la santé publique et des populations au Canada et à l'échelle mondiale.
  - Répondre aux besoins émergents en production et en application des connaissances (qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange, et l'application conforme à l'éthique des connaissances) liées à la protection ou à la promotion de la santé de la population.

Les initiatives de renforcement des capacités sont généralement orientées vers les individus, les équipes, les organismes, les réseaux ou les systèmes. Elles se composent principalement de bourses de personnel de recherche destinées aux chercheurs individuels et, dans certains cas, aux praticiens et aux responsables des politiques à divers stades de leur carrière; de subventions d'infrastructure pour les programmes de formation stratégiques; et de soutien aux ateliers d'été. Bon nombre de ces initiatives de renforcement des capacités visent aussi des objectifs d'application des connaissances. En collaboration avec ses partenaires, l'Institut poursuivra ses efforts de renforcement des capacités dans les secteurs liés à ses priorités stratégiques.

**But :**

- Accroître la capacité du milieu canadien de la recherche en santé à diriger et à soutenir des projets de recherche de pointe et d'application des connaissances en santé publique et des populations, à l'échelle nationale et internationale.

## Chemin à parcourir

Le présent plan stratégique guidera les initiatives de recherche, de renforcement des capacités et d'application des connaissances de l'ISPP au cours des cinq prochaines années. L'Institut réexaminera le plan et ses priorités chaque année, afin d'assurer leur concordance avec les possibilités et les défis émergents, et l'évolution des politiques et des priorités du gouvernement fédéral.

Les activités, les projets et les objectifs appuyant les priorités stratégiques de l'ISPP seront communiqués en détail dans un plan opérationnel annuel, dont chacun des buts et objectifs stratégiques sera assorti d'indicateurs du rendement. Les progrès seront surveillés et rapportés dans le Rapport annuel des IRSC et le Rapport ministériel sur le rendement (tous deux déposés au Parlement) en conformité avec les obligations de transparence et de reddition de comptes.



Conformément à son engagement envers l'excellence organisationnelle et compte tenu de sa place dans le réseau de structures organisationnelles internes et externes vouées à l'amélioration de la santé, l'ISPP s'est attribué cinq fonctions clés (voir tableau 2). Les indicateurs correspondant à ces fonctions seront établis dans le cadre de la stratégie de surveillance et d'évaluation de l'Institut.

### Tableau 2 : Fonctions clés de l'ISPP

1. **Percée** : stimule l'émergence de nouvelles idées, méthodes et connaissances scientifiques. Cette fonction comporte la création d'un espace intellectuel propice à l'innovation dans le domaine de la santé publique et des populations.
2. **Incubation** : soutient le développement des nouvelles idées, approches et méthodes scientifiques, et évalue leur applicabilité générale. Dans le contexte des programmes, cette fonction est axée sur les nouveaux mécanismes de financement et les autres outils appuyant la création et l'application des connaissances en santé publique et des populations.
3. **Durabilité** : consiste à stabiliser le financement et le soutien à certains programmes et projets conçus et lancés par l'ISPP et ses partenaires. Cette fonction sert aussi à déterminer où, quand et comment établir des infrastructures permanentes.
4. **Extension à grande échelle** : concerne les moyens d'augmenter et d'étendre les avantages des innovations et de stimuler leurs retombées sous forme de politiques et de programmes. En partenariat avec d'autres organismes, l'ISPP soutiendra l'expansion des innovations en santé publique et des populations, et fournira les justifications scientifiques requises. Cette fonction est particulièrement pertinente par rapport au travail de renforcement des capacités, d'application des connaissances et de développement méthodologique de l'Institut.
5. **Gérance** : comporte le travail en partenariat avec les collègues des IRSC afin de garantir une place importante à la santé publique et des populations dans la programmation des IRSC à court et à long terme. Cette fonction sert aussi à promouvoir la discussion et la prise en compte des questions de santé mondiale dans la programmation des IRSC sur une base continue.



## Références

- Barr, V., Pedersen, S., Pennock, M., et Rootman, I. (2008). *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*. Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la santé.
- Bauld, L., Judge, K., et Platt, S. (2007). Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: Observational study. *Tobacco Control*, 16(6), 400-404.
- Best, A., Moor, G., Holmes, B., Clark, P. I., Bruce, T., Leischow, S., et coll. (2003). Health promotion dissemination and systems thinking: Towards an integrative model. *American Journal of Health Behavior*, 27 Suppl 3, S206-16.
- Best, A., Riley, B., et Norman, C. (2007). Evidence Informed Public Health Policy and Practice through a Complex Lens: A Rapid Review. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.
- Butler-Jones, D. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- Caulfield, T., Brown, R., et Meslin, E. M. (2007). Challenging a Well Established Consent Norm?: One Time Consent for Biobank Research. *Journal of International Biotechnology Law*, 4(2), 69-74.
- CDSS. (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Culyer, A. J., et Lomas, J. (2006). Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: do they work and how might we know? *Evidence & Policy* 2(3), 357-371.
- Dahlgren, G., et Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhague: Organisation mondiale de la santé.
- Daniels, N. (2006). Equity and population health: Toward a broader bioethics agenda. *The Hastings Center Report*, 36(4), 22-35.
- Daniels, N. (2009). Just health: Replies and further thoughts. *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 36-41.
- Dickerson, S. S., et Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355-391.
- Friend, K., et Levy, D. T. (2002). Reductions in smoking prevalence and cigarette consumption associated with mass-media campaigns. *Health Education Research*, 17(1), 85-98.

- Gwatkin, D. (2009). Ensuring that the Poor Share Fully in the Benefits of Results-Based Financing Programs in Health. Technical Working Paper. Tiré le 14 août 2009 de [http://www.rbhealth.org/rbhealth/system/files/RBF\\_Tech\\_Equity\\_03.pdf](http://www.rbhealth.org/rbhealth/system/files/RBF_Tech_Equity_03.pdf)
- Hanson, K., Ranson, K., Oliveira-Cruz, V., et Mills, A. (2003). Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up, *Journal of International Development* 15, 1–14.
- Hawe, P., Shiell, A., et Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4), 267-276.
- Houweling, T. A., Kunst, A. E., Huisman, M., et Mackenbach, J. P. (2007). Using relative and absolute measures for monitoring health inequalities: Experiences from cross-national analyses on maternal and child health. *International Journal for Equity in Health*, 6, 15.
- Huicho, L., Dávila, M., Gonzales, F., Drasbek, C., Bryce, J., et Victoria, C.G. (2005). Implementation of the integrated management of childhood illnesses strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. *Health Policy and Planning*, 20 Suppl. 1, 32-41.
- Keon, W.J., et Pépin, L. (2009). Un Canada en santé et productif : Une approche axée sur les déterminants de la santé. Rapport final du sous-comité sénatorial sur la santé des populations, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa, ON: Sous-comité sur la santé des populations.
- Leischow, S. J., Best, A., Trochim, W. M., Clark, P. I., Gallagher, R. S., Marcus, S. E., et coll. (2008). Systems thinking to improve the public's health. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2 Suppl), S196-203.
- Lynch, J., Smith, G. D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G. A., et coll. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part I. A systematic review. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhouf, F., et Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU working group on socioeconomic inequalities in health. *Lancet*, 349(9066), 1655-1659.
- Merzel, C., et D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.
- Minkler, M., Vasquez, V. B., Tajik, M., et Petersen, D. (2008). Promoting environmental justice through community-based participatory research: The role of community and partnership capacity. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 35(1), 119-137.

- Mohan, P. (2005). Inequities in coverage of preventive child health interventions: The rural drinking water supply program and the universal immunization program in Rajasthan, India. *American Journal of Public Health*, 95(2), 241-244.
- OMS (2006). Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Nixon, S., et Forman, L. (2008). Exploring synergies between human rights and public health ethics: A whole greater than the sum of its parts. *BMC International Health and Human Rights*, 8, 2.
- Nuffield Council on Bioethics. (2007). *Public health: Ethical issues*. Cambridge: Cambridge Publishers Ltd.
- Nutbeam, D. (1994). Inter-sectoral action for health: making it work. *Health Promotion International*, 9(3), 143-144.
- Nutbeam, D. (2004). Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*, 19(2), 137-140.
- Nyonator, F. K., Awoonor-Williams, J. K., Phillips, J. F., Jones, T. C., et Miller, R. A. (2005). The Ghana community-based health planning and services initiative for scaling up service delivery innovation. *Health Policy and Planning*, 20(1), 25-34.
- O'Connor, D.R. (2002). Partie un du rapport de la Commission d'enquête sur Walkerton. Ministère du Procureur général de l'Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Tiré le 13 août de <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/walkerton/>
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London ; Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., et Walshe, K. (2005). Realist review—a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10 Suppl 1, 21-34.
- Petersen, L., Handel, J., Kotch, J., Podedworny, T., et Rosen, A. (1992). Smoking reduction during pregnancy by a program of self-help and clinical support. *Obstetrics and Gynecology*, 79(6), 924-930.
- Petticrew, M., Tugwell, P., Welch, V., Ueffing, E., Kristjansson, E., Armstrong, R., et coll. (2009). Better evidence about wicked issues in tackling health inequities. *Journal of Public Health (Oxford, Angleterre)*.
- Rauh, V. A., Landrigan, P. J., et Claudio, L. (2008). Housing and health: Intersection of poverty and environmental exposures. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 276-288.
- Richardson, L., Hemsing, N., Greaves, L., Assanand, S., Allen, P., McCullough, L., et coll. (2009). Preventing smoking in young people: A systematic review of the impact of access interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(4), 1485-1514.

- Rickles, D., Hawe, P., et Shiell, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 933-937.
- Simmons, R., Fajans, P., et Ghiron, L. (Eds.). (2007). *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Stahl, T., Rutten, A., Nutbeam, D., et Kannas, L. (2002). The importance of policy orientation and environment on physical activity participation—a comparative analysis between Eastern Germany, Western Germany and Finland. *Health Promotion International*, 17(3), 235-246.
- Starfield, B. (2007). Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine* (1982), 64(7), 1355-1362.
- Thomas, J. C., Sage, M., Dillenberg, J., et Guillory, V. J. (2002). A code of ethics for public health. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1057-1059.
- Victora, C. G., Wagstaff, A., Schellenberg, J. A., Gwatkin, D., Claeson, M., et Habicht, J. P. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough. *Lancet*, 362(9379), 233-241.
- van der Wal, R., et Globerman, J. (2008). Interventions that improved a practice environment: “making a difference”. *Healthcare Management Forum / Canadian College of Health Service Executives*, 21(3), 29-34.
- Wilkinson, R. G., et Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* (1982), 62(7), 1768-1784.
- Wilkinson, R. G., et Pickett, K. E. (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Londres: Penguin (Allen Lane)
- Wright, L. N., Pahel-Short, L., Hartmann, K., Kuller, J. A., et Thorp, J. M., Jr. (1996). Statewide assessment of a behavioral intervention to reduce cigarette smoking by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(2), 283-7; discussion 287-8.

## Annexe A : Le processus de planification stratégique

La préparation du deuxième plan stratégique de l'ISPP a débuté en 2007 par une analyse du contexte et l'établissement de plusieurs groupes de travail du conseil consultatif de l'Institut. Ces groupes ont été chargés d'examiner les progrès accomplis en regard du plan stratégique 2002-2007 et d'établir provisoirement les priorités du nouveau plan.

Plusieurs activités ont débuté en août 2008. Le personnel de l'ISPP a mis à jour l'analyse du contexte par une recherche approfondie dans Internet sur les stratégies et les priorités de recherche liées à la santé publique et des populations afin d'y tirer des rapports d'organismes de financement de la recherche gouvernementaux, non gouvernementaux et privés du Canada et de l'étranger. Des documents clés (p. ex. lois et normes en santé publique, programmes d'études supérieures en santé publique au Canada) ont aussi été examinés afin d'y relever les possibilités émergentes et pertinentes dans les domaines de la recherche, du renforcement des capacités, des partenariats et de l'application des connaissances.

En plus d'organiser une série de consultations ciblées avec des intervenants, l'Institut a conçu un sondage en ligne afin d'étendre les consultations à tout le milieu. Le sondage a été envoyé aux universités, aux chercheurs, à des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'à des organismes communautaires. Au total, 231 réponses ont été reçues.

Les priorités stratégiques ont été révisées à partir de l'information recueillie et ont été présentées en avril 2009 au conseil consultatif de l'Institut, où elles ont été approuvées à l'unanimité.

Au cours des cinq prochaines années, les orientations stratégiques décrites dans le plan guideront l'ISPP dans la conception de ses possibilités de financement, de son cadre d'évaluation et de ses activités. Elles guideront aussi la création de partenariats, le renforcement des capacités et l'application des connaissances.

Pour tout renseignement, communiquez avec :

Instituts de recherche en santé du Canada  
Institut de la santé publique et des populations  
600, Peter Morand, bureau 312  
Ottawa (Ontario) K1G 5Z3  
Téléphone : 613-562-5800, poste 8414  
Télécopieur : 613-521-2919  
Courriel : [ipph-ispp@uottawa.ca](mailto:ipph-ispp@uottawa.ca)

