

Message du directeur scientifique

Santé des populations et santé publique au Canada : Promesses non tenues, mais potentiel de changement (article de fond fondé sur le inspiré d'un résumé d'une communication présentée par le directeur scientifique de l'ISPP au Forum scientifique de Santé Canada en 2004)

Les buts de la nation en matière de santé sont implicitement liés aux valeurs culturelles et nationales que les Canadiens partagent, des valeurs qui sous-entendent une promesse de justice dans la répartition des avantages en matière de santé : tous les citoyens ont le droit d'être en bonne santé et d'avoir un accès égal à des soins efficaces et à des stratégies de prévention éprouvées pour demeurer en santé. Au chapitre de la justice, les importants écarts dans l'état de santé qui existent au sein de la société canadienne méritent d'être examinés avec soin. Que révèlent ces écarts à propos de notre approche en santé publique? Dans quelle mesure comprenons-nous les taux d'incidence de la mauvaise santé et des décès prématurés le long du gradient socioéconomique de la santé?

Au Canada aujourd'hui, il est possible d'affirmer que les disparités socioéconomiques sont les principaux facteurs qui influencent la majorité des résultats de santé. Ainsi, elles offrent une perspective unique sur les déterminants de la santé, du point de vue notamment de la santé publique traditionnelle. On reconnaît de plus en plus dans les pays industrialisés que le mouvement vers l'établissement de buts de santé nationaux doit s'accompagner de stratégies efficaces pour réduire les disparités en matière de santé, une responsabilité que les gouvernements de tous les pays industrialisés commencent à prendre très au sérieux.

La recherche nous en apprend de plus en plus sur l'urgent besoin de réduire les disparités sur la plan de la santé. Une étude de Statistique Canada, qui a examiné la relation entre les gains et les décès signalés chez les hommes canadiens inscrits au Régime de pensions du Canada au cours des cinq premières années suivant la retraite obligatoire, montre la nature fractale des gradients socioéconomiques dans les résultats de santé. Les chercheurs ont constaté qu'à mesure que les gains moyens des hommes augmentent au cours des 20 années avant qu'ils n'atteignent l'âge de 65 ans, les taux de mortalité chez les 65 à 70 ans ont une tendance graduelle à diminuer.

Les conclusions de l'étude sont statistiquement robustes, car les données montrent de façon très nette que les travailleurs dans le dernier décile courent deux fois plus de risques de mourir au cours des cinq premières années de leur retraite que les hommes dans le premier décile. La manière dont les chercheurs interprètent ces tendances et comprennent leurs origines, par exemple dans la répartition socialement inéquitable des facteurs de risque communs pour les maladies chroniques, détermineront probablement l'orientation des efforts de santé publique à l'avenir pour réduire ces disparités.

Lorsque l'on réfléchit aux théories de Sir Geoffrey Rose, un des épidémiologistes anglais les plus respectés, il importe de noter que chaque fois qu'un facteur de risque est présent, à moins que la forme réelle de la courbe dose-réponse ne soit parfaitement comprise, il est difficile de savoir s'il faut cibler la population réduite à risque ou le groupe plus vaste au milieu (les

personnes catégorisées comme normales) où réside le gros du risque attribuable. La courbe dose-réponse représente un apport critique aux politiques économiques et sociales visant les enfants qui vivent dans la pauvreté, et elle doit être prise en compte chaque fois que le Conseil du Trésor élabore des modifications aux politiques d'imposition et de transfert, car ces décisions influent directement sur le nombre d'enfants qui resteront pauvres ainsi que sur l'état de santé et les capacités d'adaptation de ces mêmes enfants pendant toute leur vie. Les taux de pauvreté chez les enfants au Canada, après impôts et paiements de transfert, sont moins élevés que seulement ceux qui sont observés aux États-Unis, ce qui signifie que par rapport aux autres nations de l'OCDE, le Canada ne fait pas particulièrement belle figure. Il est donc important que les experts de la santé publique continuent de porter à l'attention des décideurs les conséquences distributives de la politique fiscale et ses résultats prévus pour la santé des populations.

L'effet de la situation socioéconomique d'une personne sur sa santé et sa longévité ne devrait pas être sous-estimé. Même le déclin des taux de mortalité au cours des 40 à 50 dernières années – une grande réussite canadienne, somme toute –, ne peut être attribué uniquement à des améliorations du régime alimentaire, à la réduction du tabagisme, ni à la prise en charge médicale du cholestérol, du poids corporel ou de l'hypertension. Des inégalités en matière de santé persistent. Une étude révolutionnaire de Statistique Canada fondée sur les chiffres de revenu moyen de secteurs de recensement locaux montre l'écart entre les quintiles de revenu faible et ceux de revenu élevé pour ce qui est de l'incidence des cardiopathies ischémiques chez les hommes au cours de la période de 20 ans qui va de 1976 à 1996. Bien que les analystes aient observé un rétrécissement de cet écart dans les années 1980, ils n'ont pu discerner d'autre amélioration au cours des dernières années avant 1996.

Continué à la page 2...

À l'intérieur de ce numéro:

Message du directeur scientifique	1
CCGRSM - une mise-à-jour de Vic Newfeld	2
Modifier la formule de financement...	3
ACSP - Regard vers l'avenir	3
Véronic Ouellette, étudiante au doctorat	4
Nouveau concours permanent des IRSC	5
Décisions de financement récentes	5
Possibilités de financement de l'ISPP	6

Message du directeur scientifique (continué)

Cette constatation soulève un certain nombre d'importantes questions. L'écart tient-il au fait que les facteurs de risque pour les cardiopathies ischémiques, comme le tabagisme, sont surtout présents chez les groupes socioéconomiquement défavorisés? Ou serait-ce que les gagne-petits ne se rendent pas assez rapidement à l'hôpital lorsqu'ils éprouvent des douleurs thoraciques? Est-ce que l'accès aux meilleurs traitements, une fois à l'hôpital, entre en ligne de compte? Notre compréhension des facteurs parmi ceux-là qui sous-tendent l'« inégalité préexistante » dans la mortalité par cardiopathie ischémique au Canada pourrait être clairement améliorée par la détermination exacte de la somme de morts subites dans la collectivité et des crises cardiaques confirmées donnant lieu à une hospitalisation, une activité de surveillance peu coûteuse qui n'a pas cours actuellement au Canada.

L'épidémie d'obésité est un autre enjeu qui peut être considéré à travers le prisme de l'équité. Nul ne peut ignorer les énormes changements culturels en cours dans toutes les couches de la société en Amérique du Nord. De mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice ont des conséquences néfastes pour d'importants segments de la population, poussant la distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) vers la droite avec la force d'un raz-de-marée. L'économie joue aussi un rôle. Par exemple, l'accroissement rapide de la production de maïs aux États-Unis (qui a plus que doublé au cours des vingt dernières années) peut être mis en étroite corrélation avec les tendances dans l'industrie de la restauration-minute, comme l'augmentation des portions et une utilisation accrue des produits du maïs qui bénéficient de subsides gouvernementaux (y compris la viande

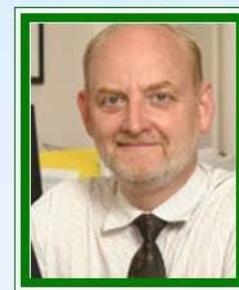
provenant d'animaux nourris avec du maïs bon marché). Les raisons d'une mauvaise santé peuvent souvent se trouver loin en amont, fermement ancrées dans la culture, l'économie et la politique publique.

En conclusion, les responsables des politiques sont exhortés à regarder au-delà des définitions traditionnelles de la santé publique pour voir plus loin les déterminants de la santé. Rechercher les causes profondes de la maladie et de l'invalidité, considérer des populations entières et s'en occuper, et comprendre et appliquer les principes du changement social pendant toute la vie sont les principes clés auxquels nous devons adhérer au moment d'entrer dans la nouvelle ère de la santé publique au Canada.

Meilleurs salutations,



John Frank
Directeur scientifique



Message du directeur scientifique:

* Wolfson M, Rowe G, Gentleman JF, Tomiak M. Career earnings and death, a longitudinal analysis of older Canadian men. *J Gerontol* 1993; 48(suppl):167-179.

† Rose G. Sick Individuals and sick populations. 1985; *Int J Epid* 12:32-38.

‡ Organization for Economic Co-operation and Development.

§ Statistics Canada, Catalogue 82-003. Supplement to Health Reports, volume 13, 2002, p. 57.

** (pg. 41.

La Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale – mise à jour

Vic Neufeld MD, Coordonnateur national, CCRSM

« Comment le Canada peut-il augmenter son investissement et sa participation dans la recherche qui porte sur les problèmes de santé des sociétés des pays à revenus moyens et faibles? » Il y a quatre ans, cette question a déclenché au Canada un « mouvement » qui a évolué suivant deux voies. Il y a d'abord les organismes fédéraux du Canada qui s'intéressent à la recherche en santé : quatre organismes ont signé un protocole d'entente pour créer l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM). Le Dr John Frank, qui représente les IRSC, est un chef de file clé de cette initiative.

Un organisme sans but lucratif – la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) – complète cette initiative. Sa vision est la suivante :

- ◆ Ouvrir en faveur d'une santé de meilleure qualité et plus équitable dans le monde par :
 - + la mobilisation d'investissements canadiens plus importants en recherche en santé mondiale;
 - + l'établissement de partenariats en recherche productifs composés de Canadiens et de représentants de pays à revenus moyens et faibles;
 - + la mise en pratique de la recherche.

Lancée en 2003, la CCRSM a maintenant un conseil d'administration, plusieurs groupes de travail, un secrétariat (qu'elle partage avec l'IRSM), un site Web et plus de 400 membres actifs dont beaucoup vivent et travaillent dans des pays à revenus moyens et faibles (PRMF). Nous résumons ci-dessous une activité qui illustre ce que nous faisons.

En juillet 2004, la Coalition a lancé son premier « Atelier d'été à l'intention des nouveaux chercheurs en santé mondiale » – atelier de cinq jours qui a eu lieu à Halifax et qui était organisé par l'Université Dalhousie. L'atelier est le reflet d'une partie de la mission de la Coalition, qui est de « soutenir la prochaine génération de chercheurs en santé mondiale au Canada et dans les PRMF ». Vingt-et-un « nouveaux » chercheurs ont collaboré avec une équipe d'animateurs et ont concentré leurs efforts sur le défi de transformer la recherche en politiques, en pratiques et en interventions. Les participants ont travaillé en « dyades » : un Canadien jumelé à quelqu'un d'un PRMF ont travaillé ensemble au même projet. L'événement a connu un grand succès et un deuxième atelier aura lieu en Tanzanie en juillet 2005.

Pour obtenir plus de renseignements, consultez notre site Web : <http://www.ccghr.ca>

Modifier la formule de financement des concours ouverts - de 80 : 20 à 100 : 0

Soumis par Morris Barer, Directeur scientifique Institut des services et des politiques de santé des IRSC

En novembre 2002, Warren Thomgate et ses collaborateurs au Département de psychologie de l'Université Carleton ont présenté aux IRSC un rapport qui analysait les résultats de leurs concours ouverts (voir Mining the Archives: Analyses of CIHR research grant adjudications [PDF Externe (270 Ko) | Aide]). Cette analyse a révélé que les comités de recherche médicale (surtout le pilier 1) et les comités de recherche en santé (surtout les piliers 3 et 4) accordaient un poids fort différent aux critères d'évaluation, les premiers mettant davantage l'accent sur l'expérience et les antécédents, et les seconds, sur les méthodes et les plans d'analyse. L'équipe de recherche a également constaté que, dans l'ensemble, les désaccords semblaient plus fréquents chez les membres des comités de recherche en santé, et que ces désaccords se traduisaient par une cote plus basse. Par conséquent, les cotes des comités et des évaluateurs individuels au sein des comités de recherche en santé avaient tendance à être considérablement plus basses que celles des comités de recherche médicale.

Ces conclusions étaient lourdes de conséquences, parce que les IRSC utilisaient une règle « 80 : 20 » pour répartir les fonds entre les comités, 80 % des fonds étant répartis en fonction des seuils universels en percentile (p. ex. si les fonds disponibles pour le concours permettaient de financer 30 % des demandes, les 24 % les mieux cotées des demandes examinées par chaque comité étaient financées, à condition d'entrer dans la catégorie « finançable »), mais les 20 % restants des fonds étaient répartis en fonction d'un classement global de toutes les demandes dans le concours. Puisque les comités de recherche en santé cotent généralement les demandes plus bas que les comités de recherche médicale, peu de demandes de recherche en santé étaient

financées à partir de la liste globale, et les taux de succès globaux pour ces demandes étaient conséquemment plus bas.

Pour donner suite aux points soulevés dans le rapport Thomgate, ainsi qu'à d'autres préoccupations exprimées peu après la création des IRSC, l'organisation a établi un groupe spécial, le Comité sur l'équité de l'évaluation et du classement (CEEC), plus tard remplacé par le Sous-comité sur la surveillance et l'innovation dans l'examen par les pairs (SSIEP), un sous comité du Comité permanent de surveillance des concours de subventions et bourses (CPSCSB). Ces deux comités travaillent avec diligence depuis les deux dernières années pour entreprendre des analyses et des consultations additionnelles.

Récemment, le SSIEP a présenté une proposition au CPSCSB - qui l'a approuvée et qui l'a ensuite transmise au conseil d'administration - pour remplacer la formule d'attribution 80 : 20 par une formule simple 100 : 0 (c'est à dire que si les fonds totaux permettent de financer les 30 % des demandes les mieux cotées, les 30 % des demandes les mieux cotées de chaque comité seront financées). Ainsi, le taux de succès sera le même pour tous les comités d'examen par les pairs, tant et aussi longtemps que toutes les demandes au dessus du percentile financé (p. ex. environ 25 % au dernier concours) seront cotées 3,5 ou plus. Cette proposition a été entérinée par le conseil d'administration à sa dernière réunion, de sorte que pour une période initiale de cinq ans, à compter du concours de mars 2005, les fonds destinés aux concours ouverts de subventions et bourses seront répartis selon le ratio 100 : 0. Cette approche sera évaluée vers la fin de cette période de cinq ans.

Bien que le SSIEP continue d'avoir du pain sur la planche dans sa quête constante d'amélioration de l'examen par les pairs, cette décision représente une importante étape dans la vie des IRSC.

L'Association canadienne de santé publique – Regard vers l'avenir

D^{re} Elinor Wilson, Chef de la direction

*« Le problème avec l'avenir, c'est qu'il arrive habituellement avant que nous soyons prêts. »
(Arnold H. Glasow)*

Les milieux de la santé publique du Canada et du monde entier accepteraient facilement cette affirmation. Qu'il s'agisse de nouvelles épidémies de maladies chroniques, de dégradation et de changements de l'environnement, des périls de technologies nouvelles non éprouvées ou de la perméabilité des frontières provinciales/territoriales, nationales ou internationales, l'avenir, c'est maintenant.

On ne peut atteindre ces buts sans partenariats. Le protocole d'entente que nous avons conclu avec l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC, l'Agence de santé publique du Canada et l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui fait partie de l'Institut canadien d'information sur la santé, renforce tous les aspects de notre travail, qu'il s'agisse de notre conférence nationale, de nos programmes nationaux et internationaux ou de l'élaboration de nos politiques.

À l'interno, le conseil d'administration de l'ACSP a pris des mesures pour mieux positionner l'Association afin qu'elle continue de jouer un rôle de premier plan dans l'évolution du contexte de la santé publique en adoptant les priorités suivantes :

- Définir un plan d'action pancanadien pour la santé publique;
- Mettre l'accent sur le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé publique;
- Accroître les capacités fondamentales de l'ACSP en élaborant un plan financier à long terme;
- Insuffler un nouveau dynamisme dans l'effectif de l'ACSP;
- Faire naître une culture organisationnelle proactive, innovatrice et sensible.

Nous avons hâte de poursuivre nos collaborations dans ce monde idéal et nous vous invitons à vous joindre à nous dans nos projets.

<http://www.cpha.ca>

Véronic Ouellette, étudiante au doctorat, Soins de santé et épidémiologie, Université de la Colombie-Britannique et représentante étudiante, conseil d'administration de la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale

Pendant mes études en médecine, j'ai eu le privilège de collaborer avec des ONG des secteurs de la santé et de l'environnement dans toute l'Amérique latine. J'ai été plongée dans la joie et la souffrance de personnes qui n'avaient pas accès aux soins de santé et vivaient de revenus très faibles. Je me suis sentie enrichie par les contacts que j'ai eus avec des personnes qui ont construit des centres de santé et des réseaux de transport à grands frais personnels. J'étais néanmoins intriguée. Les interventions en cours produisent-elles les résultats attendus? Quelle serait la façon la plus efficace pour moi de relever certains de ces défis écrasants? Il ne suffisait pas de sensibiliser d'autres étudiants et de participer à des projets d'envergure modeste. Je me suis lancée dans une voie d'initiatives de recherche et de renforcement des capacités pour la nouvelle génération de chercheurs qui, je l'espère, aura l'appui de tous les membres des milieux de la recherche au Canada.

Cet intérêt m'a conduite à une maîtrise en administration de la santé. J'ai essayé de traiter de questions de santé internationale, mais les possibilités (directeurs de recherche et financement) n'existaient pas à l'époque. Ma thèse sur l'accès aux soins à la suite d'une réforme a montré les écarts importants qui découlent de changements de l'accès perçu, alors que les temps d'attente déclarés n'ont pas changé. Elle a ouvert pour les décideurs une fenêtre sur la façon dont la perception de ce qui est acceptable était la force motrice d'un mouvement social.

Mon engagement envers la politique factuelle, sans oublier le manque de recherche permettant de répondre à de nombreuses questions pertinentes, conjugué au désir d'effectuer une recherche valide en santé mondiale m'ont poussée à entreprendre un programme de doctorat combiné à une résidence en médecine communautaire. Dans le contexte de ce programme mixte, j'ai établi des contacts avec le Centre de la santé internationale à l'Université de la Colombie-Britannique. Je participe actuellement à un projet financé par l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM) dans le cadre duquel on étudie l'expérience de Cuba en gestion des déterminants de la santé afin d'en tirer des leçons pour d'autres pays industrialisés et en développement (après tout, Cuba est parvenu à l'état de santé d'un pays industrialisé avec le PIB d'un PRMF). Nos résultats préliminaires indiquent que la gestion intersectorielle des déterminants de la santé liée à un système intégré de surveillance et de contrôle des répercussions joue un rôle clé dans cette réussite.

Ce projet m'a permis de participer au premier atelier d'été à l'intention des nouveaux chercheurs en santé mondiale organisé par la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM). Cet atelier d'été est l'une des grandes réalisations du comité de renforcement des capacités de la CCRSM, qui cherche maintenant avant tout à permettre aux chefs de file de la recherche en santé mondiale d'appuyer une nouvelle génération de chercheurs dans ce domaine. L'atelier d'été a offert une occasion magnifique d'apprendre et de réfléchir sur les enjeux d'application des connaissances et la façon d'organiser notre recherche pour qu'elle ait des répercussions mondiales pertinentes. Pendant l'atelier, des jeunes chercheurs du Canada et de PRMF ont tenu une séance de travail sur les défis posés par le cheminement de carrière dans le

domaine de la santé mondiale. Un sous-groupe, constitué de Valery Riddle (Université Laval), Susan Walker (Université McMaster) et moi-même, a poussé plus loin la réflexion et rédigé un commentaire qui, nous l'espérons, sera accepté pour le numéro spécial de la *Revue canadienne de santé publique* qui portera sur la santé mondiale.

En résumé, même si nous avons été stimulés par la possibilité pour le Canada de contribuer à la recherche en santé mondiale que l'IRSM vient de commencer à appuyer et même si les étudiants représentent un potentiel inexploité et contribuent à la création de nouvelles connaissances en santé mondiale, nous avons conclu qu'il reste encore beaucoup de difficultés à surmonter. Les défis comprennent le peu de temps accordé pour obtenir du financement pour la recherche, les difficultés que posent l'établissement et le maintien d'une collaboration significative, ainsi que le manque de temps réservé pour diffuser les résultats aux collectivités locales d'une façon pertinente et conforme à l'éthique, plutôt qu'en les diffusant seulement aux milieux scientifiques dans des articles de revues. La recherche en santé mondiale est complexe, et une collaboration interdisciplinaire s'impose si l'on veut effectuer des recherches appropriées sur de nombreux problèmes de santé mondiale. Les structures actuelles de financement et de récompense des universités n'y attachent pas de valeur. La mise en commun de nos expériences nous aide à nous faire une idée de ce qui est primordial pour les nouveaux chercheurs afin de leur permettre d'apporter une contribution importante à la santé mondiale : l'engagement des universités, des doyens et des institutions de financement à promouvoir ce domaine et à l'appuyer suffisamment.

Sur un autre plan, en collaboration avec le REUSSI* et la CCRSM, nous avons cherché à mettre sur pied un programme pour répondre aux besoins des membres du réseau REUSSI (organisations universitaires qui s'intéressent à la santé mondiale) qui souhaitent participer activement à la recherche et sont à l'affût de possibilités de formation de premier cycle comme moyen d'accroître les répercussions positives de leurs projets. Si le rôle de mentor en recherche vous intéresse ou si vous souhaitez faciliter cette initiative, n'hésitez pas à communiquer avec moi. cieltrouteur@hotmail.com

Mes projets de doctorat établissent un lien entre tous mes intérêts et toutes mes activités : j'espère établir une solide collaboration mutuellement avantageuse avec le Projet d'interventions essentielles en santé en Tanzanie (TEHIP) afin d'évaluer l'incidence que des interventions visant à améliorer la santé ont sur le développement économique. Subventionné par le CRDI, le TEHIP a réduit considérablement les taux de mortalité et de morbidité dans des régions pilotes de la Tanzanie. Il servira d'étude de cas au cours du deuxième atelier d'été de la CCRSM à l'intention des nouveaux chercheurs en santé mondiale qui aura lieu en Tanzanie cet été. Je suis heureuse de présider le comité organisateur de cet atelier d'été.

Enfin, je remercie toutes les organisations mentionnées dans ce profil qui ont démontré leur appui pour la nouvelle génération de chercheurs en santé mondiale. J'espère que beaucoup d'autres se joindront à ce voyage qui pourrait non seulement améliorer l'état de santé des populations des PRMF, mais aussi faire comprendre comment améliorer de façon rentable notre propre système de santé et mieux servir nos propres populations marginalisées.

* SUNSIH est un réseau pour étudiant universitaire dans la santé sociale et internationale

Équipes, équipes en voie de formation et ressources en recherche - nouveaux concours permanents des IRSC

Au cours des quatre dernières années, le portefeuille de programmes de financement des IRSC est devenu de plus en plus complexe. Bien qu'il faille se réjouir des causes de cette évolution - financement accru, mandat élargi des IRSC, ainsi que collaboration plus grande entre les disciplines et les établissements et avec la communauté -, le milieu de la recherche nous a dit qu'il n'est pas facile de se tenir au courant des diverses possibilités de financement, qui sont fréquentes et imprévisibles.

Au cours des cinq prochaines années, les IRSC entendent simplifier leur portefeuille en combinant les programmes de financement dont les objectifs sont semblables. S'inspirant de l'idée de « lancements de programmes » semestriels, les IRSC adopteront un cycle régulier pour annoncer tous les concours de financement. La plupart des concours auront un volet ouvert, c'est à dire que les demandes dans tous les secteurs de la recherche en santé seront acceptées, et un volet « annonce de priorités » (ou stratégique), pour encourager les candidats à centrer leurs efforts sur les axes prioritaires qu'auront déterminés les instituts. Le but est simple, un portefeuille bien conçu de programmes de financement offrant la souplesse voulue pour accepter toutes les approches de la recherche en santé.

La première étape de cet exercice de simplification est l'unification des programmes destinés à appuyer les équipes de recherche. Le concours de subventions d'équipe des IRSC, initialement lancé en septembre 2004, sera l'un de trois nouveaux programmes réguliers. Les autres seront le concours de subventions de ressources en recherche (aide pour l'élaboration de théories, de cadres, de méthodes de recherche, d'instruments de mesure et de techniques d'évaluation, sur le modèle du concours « Amélioration des théories » de l'ISPS en 2004) et le concours de subventions aux équipes en voie de formation (pour unifier un certain nombre de mécanismes de financement actuels, dont le concours d'EIRC conçu par l'ISPS).

Le deuxième cycle de concours pour les subventions d'équipe des IRSC s'amorcera en juin 2005. Le Programme de subventions d'équipe des IRSC vise à remplacer et à améliorer les programmes AGRS, EIRS et certains programmes de groupes. Le Programme a pour objectif de renforcer la recherche en santé au Canada en venant en aide à des équipes de chercheurs talentueux et expérimentés qui réalisent des recherches de haute qualité et assurent une formation et un mentorat supérieurs en recherche. L'accent est mis sur la production de nouvelles connaissances et l'application des résultats de la recherche en vue d'améliorer la santé des Canadiens et le système de santé du Canada. Ces résultats pourront être appliqués plus rapidement et plus efficacement avec une subvention d'équipe des IRSC que si les éléments de cette recherche avaient été financés par une série de subventions de fonctionnement distinctes.

Par leur Programme de subventions d'équipe, les IRSC ont l'intention de financer diverses équipes d'experts (équipes unidisciplinaires, équipes multidisciplinaires, équipes transdisciplinaires, équipes en partenariat avec la communauté, équipes université industrie, etc.). L'élément rassembleur qui sous-tend toutes les équipes retenues par les IRSC sera l'engagement face à l'excellence et la poursuite d'une approche concertée et basée sur la résolution de problèmes en matière de recherche en santé. Les subventions d'équipe seront financées pour un maximum de cinq ans et elles pourront être renouvelées dans le cadre des concours réguliers.

Nous sommes conscients que les changements apportés aux programmes doivent être gérés avec soin afin d'éviter toute interruption dans la poursuite de l'excellence en recherche et que les chercheurs et leurs partenaires doivent également participer à l'amélioration des mécanismes de soutien de la recherche en santé. Nous en sommes maintenant à la phase de la conception des programmes de subventions de ressources en recherche et aux équipes en voie de formation, et nous continuerons à solliciter l'avis du milieu de la recherche à mesure que se poursuit l'unification de nos programmes de financement axés sur les équipes.

Planifier l'avenir de la santé publique : les gens, les lieux et les politiques
96^e conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique

le 18 au 21 septembre, 2005

Inscrivez-vous en ligne à <http://www.cpha.ca/francais/indexf.htm>

Abdallah S. Daar,
Lauréat du Prix Avicenne
d'éthique scientifique
2005

Pour plus d'informations, s.v.p. consultez le site web d'ONUESC à http://portal.unesco.org/shs/fr/ev.php-URL_ID=7926&URL_DO=DO_TO PIC&URL_SECTION=201.html

Évaluation de POP Nouvelles: comment allons-nous ?

Comme **POP Nouvelles** est à la fin de sa deuxième année de publication, le personnel de l'ISPP aimerait savoir s'il rencontre vos besoins. Après avoir lu ce numéro, pourriez-vous nous assister avec l'évaluation de **POP**

Nouvelles en cliquant sur le lien ci-dessous et répondre aux questions suivantes. Vos commentaires seraient grandement appréciés.
<http://www.feedbackform.ca/>

Décisions de financement récentes

L'ISPP a récemment subventionné un nombre de projets reliés à ses priorités stratégiques, à travers les compétitions suivantes :

- + Relever les défis que posent les nouvelles possibilités en génétique pour la politique et les soins de santé
- + Synthèses de recherche : domaines prioritaires des services et des systèmes de santé
- + Subventions de projets pilotes dans des domaines thématiques stratégiques des services et des politiques de la santé
- + Stratégies liées à l'application des connaissances dans le domaine de la santé
- + Excellence, innovation et progrès dans l'étude de l'obésité et du poids corporel sain - Les subventions de fonctionnement et les subventions de projets pilotes relatives au thème de l'obésité chez les enfants
- + Annonces de priorités de l'automne 2004

Pour une liste complète des projets subventionnés sous ces initiatives, s.v.p. consultez notre site web à : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/26895.html>

Personnel de l'ISPP

Personnel de L'ISPP basé à Toronto:

John Frank
Directeur scientifique
john.frank@utoronto.ca

Erica Di Ruggiero
Directrice associée
e.diruggiero@utoronto.ca

Vera Ndaba
Agente des finances et des événements
v.ndaba@utoronto.ca

Gail D. Bryant
Adjointe exécutive
gail.bryant@utoronto.ca

Rathika Vasavithasan
Coordinatrice de projets
cihr.ipph@utoronto.ca

Personnel de L'ISPP basé à Ottawa:

Michelle Gagnon
Directrice adjointe, partenariats et
partages des connaissances/
IRSC-ISPS & IRSC-ISPP
mgagnon@cihr-irsc.gc.ca

Michèle O'Rourke
Associée, Initiatives stratégiques
IRSC-ISPS & IRSC-ISPP
morourke@cihr-irsc.gc.ca

Kim Gaudreau
Agente de projets/
IRSC-ISPS & IRSC-ISPP
kgaudreau@cihr-irsc.gc.ca

Téléphone: 416-946-7878
Télécopieur: 416-946-7984
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ipph/>

Possibilités de financement de l'ISPP

Annonce de priorité d'octobre 2005 - bourses de recherche et bourses de recherche au doctorat

Publiée conjointement par l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), la présente annonce de priorité a pour but de renforcer la capacité de recherche sur la santé publique et, de ce fait, appuyer la prochaine génération de chercheurs en santé publique et favoriser la recherche liée aux politiques et pratiques de santé publique dans tout le pays.

La santé mentale en milieu de travail : justification de l'action – Appel de demandes

Le but de cet appel de demandes est d'encourager la création d'équipes de chercheurs nouvelles ou émergentes, qui entreprennent des recherches multidisciplinaires pratiques en collaboration avec des intervenants en milieu de travail en vue d'améliorer la santé mentale en milieu de travail. On s'attend à ce que les équipes bâtissent un programme de recherche axé sur l'élaboration et l'évaluation d'interventions au niveau des politiques et des programmes en ce qui concerne la promotion, la prévention, le traitement, le retour au travail, la gestion des invalidités et/ou la stigmatisation/discrimination en milieu de travail. La recherche doit être pertinente aux milieux de travail et menée avec des partenaires en milieu de travail provenant des secteurs public et privé. Les partenariats à l'échelon régional, provincial/territorial et/ou national avec des intervenants en milieu de travail garantiront une plus grande pertinence de la recherche et augmenteront le transfert et l'acquisition des connaissances, d'où découleront ultimement des milieux de travail plus sains, une plus grande productivité et une meilleure qualité de vie.

Publications de l'ISPP

Les publications ci dessous sont disponibles sur papier et sous forme électronique. Pour télécharger un fichier ou html, visitez notre site web à http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ipph/publications/index_e.shtml

Localiser et canaliser les sources de la santé, Plan stratégique 2002-2007—Plan complet et sommaire exécutif

Rapports annuels de l'Institut de la santé publique et des populations

Le chemin à parcourir : Rapport d'étape : Deux ans plus tard : Bilan?

Édifier la recherche, l'éducation et le développement en santé publique au Canada : consultations dans cinq établissements

Élaborer un programme de recherche à long terme sur la santé mentale en milieu de travail

L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle