



Bâtir une infrastructure durable de recherche en santé
publique au Canada

**Sous les auspices de l'Institut de la santé publique et
des populations des IRSC**

*Les 3 et 4 mars 2003
Metropolitan Hotel, Toronto*

Compte rendu d'une réunion nationale sur ce qui doit se produire pour
l'avancement de la recherche collaborative et fructueuse en santé publique
et en santé des populations dans tout le Canada

Mai 2003

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	4
Introduction	6
Réflexion sur les conditions du succès de la recherche en santé publique au Canada	7
Expérience de recherche collaborative	8
Application des principes de collaboration	11
1. Éthique de la recherche en santé publique et en santé des populations	12
2. Recherche évaluative : ce qu'elle sous-entend pour la recherche et la pratique en santé publique et en santé des populations	14
3. Développement de la capacité par l'éducation en santé publique et en santé des populations	16
4. Application des connaissances à la politique et à la pratique en santé publique et en santé des populations	17
Actions recommandées	20
Conclusion	24
Annexes	26
A. Ordre du jour	26
B. Liste des participants	29
C. Biographies des conférenciers	36
D. Renseignements généraux	39
E. Les dix commandements de la recherche communautaire	61
F. Cadre de santé de la population des IRSC	62

Remerciements

Président

John Frank, IRSC – Institut de la santé publique et des populations

Conférencière principale

Louise Potvin, GRIS, Université de Montréal

Répondants et experts

David Mowat, Centre de coordination de la surveillance, Santé Canada

Penny Sutcliffe, Bureau de santé de Sudbury et du district

Kate Waygood, *Community University Institute for Social Research*, Saskatoon

Charlene Beynon, Bureau de santé de Middlesex-London

Sarah Hayward, *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*, Edmonton

John O’Neill, *Centre for Aboriginal Health Research*

Michel Rossignol, Direction de la santé publique, Montréal,

Comité consultatif

Ann Casebeer, *Centre for Health and Policy Studies*, Université de Calgary

Larry Chambers, Institut sur la santé des personnes âgées, Université d’Ottawa

Erica Di Ruggiero, IRSC – Institut de la santé publique et des populations

Madonna MacDonald, régie de la santé de Guysborough Antigonish Strait, Nouvelle Écosse

Louise Picard, Bureau de santé de Sudbury et du district

Michel Rossignol, Direction de la santé publique, Montréal

Jane Underwood (chef de projet), Underwood and Associates, Hamilton (Ontario)

Animatrice : Ruth Armstrong, VISION Management Services, Toronto (Ontario)

Rapporteurs

Kate Bassil, étudiante au doctorat, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Farah N. Mawani, étudiante au doctorat, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Wendy McGuire, étudiante au doctorat, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Joann O’Hare

M. Bianca Seaton, étudiante à la maîtrise, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Kathryn Underwood, étudiante au doctorat, OISE/Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Coordinateur de la rencontre : Absolute Conferences & Events Inc., Toronto (Ontario)

Révision et production du document : Rathika Vasavithasan, ISPP, Toronto (Ontario)

RÉSUMÉ

Dans le but de renforcer la capacité de recherche sur la santé publique et la santé de la population au Canada, l'Institut de la santé et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP-IRSC) a organisé et accueilli le colloque sur invitation « Création d'une infrastructure durable sur la recherche en santé publique au Canada » à Toronto (Ontario) les 3 et 4 mars 2003. Ce colloque était en réponse à une recommandation clé de l'initiative « Édifier la recherche, l'éducation et le développement en santé publique au Canada : consultations dans cinq établissements », parrainée en juillet 2002 par l'ISPP-IRSC.

Ce colloque s'inscrivait dans le cadre du processus continu de dialogue sur la capacité en matière de recherche en santé au Canada et rassemblait un groupe divers de 80 chefs de file en santé publique du monde de la recherche, de la pratique, de la communauté et des décideurs. Les deux objectifs principaux de ce colloque étaient les suivants : (1) faciliter l'élaboration d'un réseau et d'une infrastructure pour les chercheurs, les praticiens, les défenseurs des intérêts et les décideurs en santé publique du Canada; et (2) formuler des recommandations et un plan d'action pour faciliter le développement de l'infrastructure pour la recherche en santé publique au Canada.

Les participants ont discuté de questions relatives à l'éthique, à l'évaluation, au développement de la capacité et à l'application des connaissances aux politiques et pratiques relatives au public et à la population. Certains objectifs clés ont été dégagés par les participants au colloque :

- Faciliter le dialogue continu concernant l'infrastructure de la santé publique au Canada en développant les infrastructures locales et nationales existantes, tout en créant des liens entre l'ISPP-IRSC, l'ISPC, l'ACSP et d'autres.
- Élaborer une banque nationale de « preuves » en matière de santé publique, incluant les recherches, les personnes ressources, les réseaux, les articles, etc. et fournir une formation pour que les gens puissent se servir des preuves disponibles.
- Élaborer un programme national de santé publique, pour placer la santé publique au programme de la santé en général, et favoriser les connexions pour lier la recherche, la pratique et l'enseignement dans les communautés concernées.
- Développer des infrastructures durables de financement en encourageant le gouvernement fédéral à fournir des ressources pour développer les recherches et investir dans le développement et la formation de praticiens, tant nouveaux venus que chevronnés.
- Soutenir le développement de la capacité et le réseautage par le biais de l'enseignement et du développement de l'infrastructure pour les comités d'éthique de tout le Canada, dans le domaine de la population et de la recherche sur la population.

Les recommandations présentées par les participants sont diverses et visent un grand nombre de personnes, de groupes et d'organismes. Le processus nécessaire pour développer une telle infrastructure dans tout le Canada est donc un projet ambitieux qui nécessitera du temps, de l'énergie et des ressources. Les mesures immédiates qui doivent être prises doivent donc

viser à revitaliser et à étendre la composition des membres du comité consultatif, ainsi que faciliter les communications continues avec les participants du colloque, tout en les aidant à se tourner vers les communautés plus vastes de la recherche, des politiques et de la pratique de la santé publique en vue d'une communication.

Bâtir une infrastructure durable de recherche en santé publique au Canada

INTRODUCTION

Quatre-vingt leaders d'opinion en santé publique des secteurs de la recherche, de la pratique, de l'action communautaire et des politiques dans tout le Canada se sont réunis à Toronto les 3 et 4 mars 2003 pour parler de « Bâtir une infrastructure durable de recherche en santé publique au Canada » (voir Annexe A – Ordre du jour).

Les deux buts de la rencontre étaient les suivants :

- Faciliter l'établissement d'un réseau et d'une infrastructure pour les chercheurs en santé publique, les praticiens, les intervenants communautaires et les responsables des politiques au Canada;
- Élaborer des recommandations et un plan d'action pour favoriser la création d'une infrastructure de recherche en santé publique au Canada.

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a organisé cette rencontre sur invitation et en a été l'hôte. L'initiative a démontré l'engagement de l'ISPP-IRSC à renforcer les capacités de recherche en santé publique et en santé des populations au Canada. La réunion a été considérée comme un moyen de fournir d'importantes suggestions sur une vaste gamme de sujets et d'appuyer la mission et la vision de l'ISPP-IRSC (voir Annexe F – Cadre de santé de la population des IRSC). La rencontre faisait également suite à une recommandation de la consultation tenue par l'ISPP-IRSC en juillet 2002 : « Édifier la recherche, l'éducation et le développement en santé publique au Canada : consultations dans cinq établissements ». Elle se voulait enfin une partie d'un échange continu sur la capacité de recherche en santé publique au Canada.

Les participants, qui avaient été invités en raison de leur expérience de la recherche collaborative ou de leur intérêt connu en la matière, provenaient des secteurs de la recherche, de l'action communautaire et de la pratique, ainsi que d'organismes gouvernementaux (voir Annexe B, Liste des participants). Pour se préparer à une série de conversations structurées pour la réunion de deux jours, ils avaient reçu une ou deux pages de renseignements généraux sur divers modèles jugés pertinents pour développer l'infrastructure de recherche en santé publique au Canada (SEARCH, REDSP, la Direction de la santé publique de Montréal, CDCARS, *Community-Campus Partnerships*, les Centres de développement de la recherche de l'ISPP-IRSC, le programme « Amélioration des compétences en surveillance de la santé » et les ARUC sont décrits à l'Annexe D). L'intention était de faire en sorte que les participants se concentrent sur la manière de bâtir une ou des infrastructures de recherche collaborative qui transcendent ou intègrent les diverses structures territoriales et

organisationnelles actuelles.

L'allocution d'ouverture de Louise Potvin et deux groupes de conférenciers ont servi à stimuler les échanges qui ont suivi sur la création d'une infrastructure de recherche collaborative au Canada (voir Annexe C – Biographies des conférenciers).

Les recommandations offertes par les participants sont fort variées et s'adressent à divers individus, groupes et organismes en plus de l'ISPP-IRSC. Le processus continu pour bâtir une infrastructure de recherche dans tout le Canada est ambitieux et il demandera du temps, de l'énergie, ainsi que des ressources. La rencontre des 3 et 4 mars 2003 a constitué un point de départ pour continuer à définir et à développer ce programme d'action. Il est à espérer que les participants, avec de nombreux autres collègues, sauront s'inspirer des idées exprimées à cette occasion et résumées dans le présent rapport.

Réflexion sur les conditions du succès de la recherche en santé publique au Canada

Louise Potvin, Ph.D.

Née du projet moderne de mettre les connaissances scientifiques au service du progrès humain, la santé publique s'est définie comme un champ de recherche et d'intervention dont l'objectif est l'amélioration de l'état de santé des individus et des populations. Récemment, Lester Breslow qualifiait de troisième révolution les bouleversements profonds qui secouent la santé publique depuis une vingtaine d'années. En écho avec les transformations des institutions qui caractérisent notre époque, cette révolution commande des ruptures autant dans les pratiques de recherche que dans les modes d'intervention. Cette présentation propose que les pratiques de recherche pertinentes pour la « Nouvelle santé publique » se déploient dans un nouvel espace hybride que les chercheurs ne sont plus les seuls à contrôler. Les contours de cet espace à géométrie variable sont marquées par : 1) la pluralité des domaines du savoir mobilisés, 2) la diversité des relations à prendre en compte entre les acteurs et les savoirs, 3) la décentralisation des processus de décisions impliqués, et 4) la démocratisation. Ces espaces hybrides forment des systèmes complexes dont la structuration est fonction : 1) des conditions initiales de mise en oeuvre, 2) de sa sensibilité aux changements dans les conditions de l'environnement, et 3) du jeu des acteurs présents.

Kate Waygood, le D^r Penny Sutcliffe et le D^r David Mowat ont félicité Louise Potvin pour ses propos et ont apporté d'autres précisions. Ils ont parlé de la manière dont l'infrastructure, qui régit la recherche en santé publique, pouvait influencer positivement la participation du secteur de la pratique de la santé publique. Ils ont aussi mentionné l'importance pour les participants d'être prêts à collaborer, de prendre le temps de se comprendre les uns les autres, et d'apprendre à se respecter et à se faire confiance. Ils ont parlé de l'importance de valider régulièrement les conclusions de la recherche avec l'ensemble de la communauté d'intérêt, car la communauté peut être très sceptique à l'égard de ces partenariats. Ils ont ajouté que les partenariats avec divers intervenants exigeaient des stratégies de communication variées pour aider à éliminer les obstacles entre les divers mondes. Certains indicateurs de succès ont été suggérés pour une recherche en santé publique efficace :

- Le système de recherche en santé publique a la capacité de poser les questions de recherche pertinentes et d’y répondre;
- En retour, les intervenants ont la capacité de répondre au système de recherche en santé publique et de l’éclairer au sujet de la pertinence des questions et d’offrir des solutions possibles.

Expérience de recherche collaborative

Afin de profiter de l’expertise des participants en recherche collaborative dans le domaine de la santé publique, maintes possibilités de dialogue sur l’établissement d’une infrastructure durable de recherche en santé publique au Canada ont été fournies tout au cours de la réunion. La première séance en sous-groupes a porté sur les enseignements tirés, avec un regard sur l’avenir.

Six groupes hétérogènes (chacun formé de représentants du milieu de la recherche, de l’action communautaire, de la pratique et du secteur des politiques) ont parlé des enseignements tirés de leurs expériences en recherche collaborative. Les réponses de ces groupes à trois questions sont résumées par thème.

1. Les ingrédients clés qui assurent une collaboration fructueuse

- *Vision et culture*
 - Une vision irrésistible et commune, un but et des objectifs clairs motivent la participation des individus et des groupes.
 - La création d’une culture de collaboration est facilitée par une histoire de collaboration fructueuse et/ou une base pour le partage de valeurs comme la confiance, le respect, l’intégrité et l’inclusion.
 - La quête de renseignements, la franchise et la co-investigation sont des conditions essentielles d’une collaboration fructueuse.
- *Relations*
 - Les « bonnes » personnes dans divers rôles qui apportent divers points de vue (université, communauté, organismes et responsables des politiques) reconnaissent leur interdépendance et besoin d’interaction.
 - Les réseaux efficaces sont bâtis sur la force des relations, la reconnaissance de la valeur de diverses perspectives, et l’équilibre du pouvoir et de l’équité.
- *Leadership, et planification et communication*
 - Des champions passionnés de la collaboration doués pour la facilitation peuvent avoir une influence déterminante sur le succès de la collaboration.
 - Planifier le changement par degrés et choisir le bon moment et profiter des occasions aident à faire avancer la vision.
 - Des stratégies de communication devraient être planifiées pour faciliter la collaboration interne et faire connaître les résultats à l’ensemble de la communauté.

- *Infrastructure et capacité*
 - Se servir des forces et de l'infrastructure existantes – c'est-à-dire la capacité organisationnelle supportée par la disponibilité de ressources humaines et financières, de temps, de compétences, d'information, et d'une structure souple – renforce les activités de collaboration.
 - Établir de nouvelles structures et créer de nouveaux ensembles de compétences pour former des relations, des partenariats et des réseaux augmentent les chances de succès.
 - Assurer la durabilité en ayant les ressources nécessaires (temps, compétences, connaissances et argent) pour entreprendre une réflexion continue (apprentissage et évaluation) et établir les structures nécessaires de responsabilisation.

2. Obstacles qui ont nui à une collaboration efficace. (Certains de ces obstacles sont la contrepartie des ingrédients clés d'une collaboration fructueuse susmentionnés)

- *Infrastructure et capacité*
 - Le besoin et la recherche continus de ressources et de compétences durables, y compris :
 - financement;
 - ressources humaines;
 - temps pour former des relations, souvent limité par la brièveté des délais imposés pour rédiger des demandes et produire des résultats;
 - information et données;
 - compétences et connaissances du grand public et des professionnels en matière de santé publique, de pratique, de recherche et de collaboration;
 - compétences et connaissances des chercheurs pour comprendre la communauté ainsi que l'expertise, les priorités et les besoins en matière de communication des praticiens.
 - L'infrastructure actuelle qui « soutient » la collaboration en recherche dans le domaine de la santé publique n'est pas suffisante pour faire face à la complexité qui résulte :
 - du manque de compréhension par le public de ce qu'est la santé publique;
 - de la différence dans le pouvoir, la capacité et l'action politique des divers groupes;
 - de l'importance différente accordée à la recherche, au développement et à l'action;
 - du choc des délais – c'est-à-dire longs pour les résultats de la recherche et courts pour les besoins de la politique;
 - des systèmes de récompense, qui la plupart du temps ne favorisent pas la collaboration (p. ex. titularisation, avancement dans les universités);
 - du manque de capacité ou de l'accord pour mesurer le succès;

- des différences culturelles dans les processus bureaucratiques vs. non structurés, la théorie vs la pratique de la recherche et les différentes voies de la connaissance.

- *Concours*

- La concurrence pour les subventions de recherche et le crédit pour les projets de recherche peuvent souvent constituer des obstacles à la collaboration.

- Accorder de la valeur seulement aux connaissances et à la recherche sanctionnées par les pairs peut exclure d'autres méthodologies de recherche et empêcher l'accès de la communauté à des possibilités de recherche (p. ex. « la recherche-action participative, qui est efficace pour former des relations et engager la communauté, n'est pas toujours reconnue à sa juste valeur ou récompensée dans les cercles universitaires »).

- Le droit de propriété intellectuelle manque de précision.

- La diversité des partenaires complique les rapprochements.

3. Différentes stratégies pour rendre la collaboration plus fructueuse

- *Responsabilisation et coûts de substitution*

- Établir des structures de responsabilisation, des cadres et des définitions pour la reddition de comptes et une recherche collaborative de haute qualité (p. ex. engager des évaluateurs des processus).

- Trouver et concevoir des initiatives de financement de la recherche collaborative qui fonctionnent.

- Tirer parti de la complémentarité des partenaires financiers et des modèles de cadre de financement actuels (p. ex. Initiative de recherche en santé mondiale).

- Doter les communautés d'une capacité institutionnelle de participation.

- Tirer parti d'« expériences naturelles ».

- Tirer parti des possibilités dans le climat politique actuel (p. ex. recadrer le concept de « mode de vie sain »).

- Incorporer diverses méthodes de recherche et stratégies de mise en application des résultats qui se refléteront dans les critères d'attribution des subventions et l'élaboration des politiques.

- Adopter une perspective à long terme – c'est-à-dire voir à la durabilité et aux résultats tout en conservant la souplesse nécessaire pour s'adapter au processus de changement.

- *Langage et cadres*

- Parler d'une seule voix de ce que nous savons, définir le langage, les cadres et les valeurs de la collaboration en santé publique.

- Appuyer la valeur d'une approche de la santé publique et utiliser ce prisme pour accroître la sensibilisation et la compréhension parmi un groupe d'intéressés plus vaste.

- Simplifier les messages.

- Établir des stratégies et des cadres à multiples niveaux pour la collaboration.
- *Transfert ou échange de connaissances*
 - Affiner nos méthodes et notre capacité de transfert de connaissance.
 - Insister davantage sur des méthodes mixtes; valider les connaissances issues de la recherche qualitative, de l'expérience vécue et des meilleures pratiques ainsi que les connaissances quantitatives et scientifiquement rigoureuses.
 - Aider les jeunes et les nouveaux chercheurs à acquérir les aptitudes nécessaires pour faire carrière en recherche collaborative (p. ex. instituts d'été).
 - Créer des programmes d'études supérieures en recherche dans le domaine de la santé publique axés entre autres sur l'acquisition de compétences pour la recherche collaborative et l'établissement de partenariats pour encourager le transfert et l'échange de connaissances.
- *Incitatifs*
 - Créer des incitatifs pour favoriser la collaboration chez les chercheurs.
 - Prévoir des fonds pour établir des relations de collaboration à même les budgets de recherche (p. ex. subventions de développement).

APPLICATION DES PRINCIPES DE LA COLLABORATION

La conversation sur la recherche collaborative est passée des principes à l'application. Avant que des groupes de discussion ne se forment, quatre experts ont parlé de leur expérience de différents mécanismes de collaboration en usage dans la recherche en santé publique. Ces experts étaient Charlene Beynon, du programme REDSP en Ontario; John O'Neil, de CDCARS; Michel Rossignol, de Montréal; et Sarah Hayward, du programme SEARCH en Alberta. Leur défi : considérer des mécanismes fructueux et « moins fructueux » qu'ils ont utilisés dans leur travail. Tous les experts ont mentionné l'importance de structurer avec soin les équipes de personnes, de prêter une attention particulière au programme d'action et à l'« espace de travail », et d'assurer la convergence des valeurs relatives à la collaboration et au but du travail lui-même. Ils ont mis en garde contre la tendance à sous-estimer les défis difficiles que pose la collaboration qui vise à établir des relations entre la recherche et la pratique. Ils ont parlé des réalisations énergisantes qui sont possibles et des échecs décourageants qui sont inévitables. Les thèmes susmentionnés qui se sont dégagés de cette séance ont permis de conclure les échanges du matin et ont servi de tremplin à ceux de l'après-midi.

Les participants à la réunion se sont penchés en petits groupes sur un thème de leur choix. Chaque groupe a été invité à appliquer les principes de la collaboration à un des quatre thèmes possibles suivants :

1. L'éthique dans la recherche en santé publique et en santé des populations
2. La recherche évaluative : ce qu'elle suppose pour la recherche et la pratique en santé publique et en santé des populations
3. Le renforcement des capacités par l'éducation en santé publique et en santé des populations
4. L'application du savoir à la politique et à la pratique en santé publique et en santé des populations.

Buts des discussions

- Déterminer les principales questions qui se posent dans le contexte pertinent
- Déterminer quels principes et méthodes de collaboration s'appliquent le plus à chaque thème
- Proposer une série de mesures pour faire avancer le thème.

Points saillants des conversations

1. L'éthique dans la recherche en santé publique et en santé des populations

Principales questions

Un certain nombre de questions stimulantes ont été soulevées et examinées, qui donnent une idée de la portée du sujet et des limites de l'Énoncé de politique des trois Conseils (CRSNG, des IRSC et CRSH) : Éthique de la recherche avec des êtres humains, pour la recherche en santé publique et en santé des populations.

- Limites
 - Quelles sont les limites de la recherche en santé publique?
 - Comment répondons-nous au besoin de transparence et de cohérence?
- Formation
 - De quelle sorte de formation et d'éducation les chercheurs et les membres des comités d'éthique ont-ils besoin? Comment répondre à ces besoins et à qui appartient-il de le faire?
- Consentement
 - Quelles sont les solutions de rechange au consentement individuel dans les projets de recherche en santé publique et en santé des populations?
 - Que signifie le consentement communautaire?
 - Quand ne pourrait-il pas convenir d'obtenir le consentement individuel?
 - Les IRSC pourraient-ils créer et diffuser un modèle de directives de pratique pour les cas où le consentement est requis dans le contexte de la recherche en santé publique et en santé des populations, afin de compléter les lignes directrices des trois conseils pour obtenir le consentement, par exemple, d'organismes communautaires.

- Enfants
 - comment pouvons-nous surmonter les difficultés que pose la participation des enfants à la recherche? Par exemple :
 - consentement parental passif
 - examen continu/nouveau consentement (par exemple, lorsque les enfants deviennent des adolescents dans le contexte d'une étude longitudinale)
 - les inclure dans la recherche participative.

- Recherche-action participative
 - Comment pouvons-nous relever les défis de la recherche participative? Par exemple :
 - examen continu
 - la compétence des comités d'éthique pour examiner convenablement les projets de recherche-action participative
 - l'examen éthique réalisé par les « partenaires » en plus des comités d'éthique.

- Données
 - Quels sont les points à considérer lorsque des données sont archivées? Par exemple :
 - conservation des données, et pendant combien de temps; mise en lieu sûr des données, et subventionnaires.

- Gestion des risques
 - Comment devrions-nous définir la notion de « risque minimal » aux participants en recherche en santé des populations?

- Comités d'éthique de la recherche (CER) en santé des populations
 - Quels devraient être le rôle et les fonctions d'un CER? Les fonctions possibles incluent :
 - offrir des conseils
 - posséder un droit de veto
 - inviter des membres spéciaux comme experts
 - procéder à des évaluations en face à face
 - assurer la continuité et la transparence des processus.

Toutefois, compte tenu du haut degré de variabilité entre les CER, on avait le sentiment que ces conseils pourraient être mieux appuyés pour remplir leur rôle potentiel comme ressources devant faciliter la conduite éthique de la recherche en santé publique et en santé des populations.

Mesures proposées

Compte tenu du manque d'uniformité des pratiques des comités d'éthique dans tout le Canada, il importe d'assurer la transparence des processus et des méthodes. Trois mesures ont été proposées :

1. Assurer une représentation appropriée au sein d'un comité directeur chargé de revoir les lignes directrices des trois Conseils de telle manière que les révisions tiennent compte des questions relatives à la recherche en santé publique et en santé des populations.
2. Recueillir des études de cas pertinentes en recherche dans le domaine de la santé publique et de la santé des populations pour aider à faciliter une compréhension de la notion de tort minimal et des rapports avantages-risques dans ce contexte de recherche.
3. Appuyer le renforcement de la capacité et la formation de réseaux par l'éducation et le développement de l'infrastructure pour les conseils d'éthique de la recherche en santé publique et en santé des populations dans tout le Canada.

2. La recherche évaluative : ce qu'elle suppose pour la recherche et la pratique en santé publique et en santé des populations

Principales questions

- Qu'est-ce que la recherche évaluative?
 - Les éléments de la recherche évaluative incluent le contexte, l'impact (les résultats) et le processus.
 - La terminologie peut prêter à confusion. La recherche évaluative est-elle une recherche qui se rapporte à l'efficacité du programme?
 - Pourquoi l'évaluation est-elle une forme de recherche? L'évaluation donne à penser qu'il existe déjà quelque chose.
 - Trouver une étiquette politiquement correcte pourrait nous amener à opter pour « la recherche en santé et la recherche sociale appliquée ».
- L'évaluation est-elle différente de la recherche?
 - On a tendance à se demander si l'évaluation, c'est de la recherche, au lieu d'entreprendre la recherche.
 - La recherche évaluative ne doit pas nécessairement avoir pour cadre un centre d'enseignement, en particulier si de nouvelles connaissances ne sont pas générées et si des possibilités de formation ne sont pas offertes aux étudiants.
- Qu'est-ce que de nouvelles connaissances?
 - Les chercheurs communautaires et universitaires peuvent répondre à la question différemment.
- Qu'est-ce qui devrait être évalué? Les sujets et les méthodes?
 - Il existe peu de sources de financement expressément pour l'évaluation. L'évaluation doit généralement se raccrocher aux programmes de recherche avec un « R » majuscule.

- S'engager dans un processus participatif avec des communautés qui veulent apprendre à faire l'évaluation peut nécessiter plusieurs années de pré-évaluation, ce qui n'est pas financé à titre de recherche.
 - Les organismes ont des capacités différentes (personnel, temps, argent) d'entreprendre de la recherches.
- Qui devrait procéder à l'évaluation – les chercheurs universitaires, communautaires, et/ou du secteur privé?
 - Les chercheurs universitaires devraient produire des connaissances et des outils pour faciliter la recherche évaluative.
 - Les chercheurs en milieu universitaire peuvent être mieux outillés que les entreprises privées pour représenter les intérêts communautaires et produire des connaissances plus généralisables.
 - Les communautés estiment que la participation de l'université à la recherche est un droit parce qu'elle est financée par l'État, mais elles ne veulent pas participer à la recherche universitaire si cette recherche ne leur est pas utile.
 - La négociation est critique pour répondre aux besoins des chercheurs communautaires et universitaires. Être honnête au sujet des buts et des attentes au départ peut aider à réduire les malentendus plus tard dans le processus de recherche. (Voir Annexe E – Les 10 commandements de la recherche communautaire.)
 - Quels sont les défis?
 - la généralisabilité de la recherche à partir d'une communauté ou de quelques communautés
 - dépasser le niveau local pour s'attaquer à des questions de principe plus vastes;
 - le financement de cette recherche
 - les mécanismes pour cerner les questions à partir de la base (c à d. ceux qui proviennent de la communauté)
 - évaluer l'impact des activités de santé publique courantes sur les communautés.

Principes directeurs

1. Les systèmes de surveillance sont nécessaires en permanence, mais ils ont souvent une durée limitée.
2. Les interventions devraient être innovatrices.
3. Le point de vue selon lequel des protocoles uniformisés devraient être appliqués à la conception de l'intervention peut être irréaliste.
4. Il est souhaitable que les études soient répétées à différents moments, en différents lieux et avec différentes populations. L'accumulation du savoir et la détermination du « niveau de savoir » qui justifie les décisions de politique sont très demandées.
5. Il est important d'avoir une approche axée sur « la recherche et le développement ».

6. L'approche évaluative devrait être adaptée au stade d'évolution du phénomène à étudier.

Mesures proposées

1. Entreprendre des recherches sur nos propres processus et pratiques de recherche en santé publique.
2. Obtenir des fonds institutionnels pour soutenir une infrastructure de recherche et de collaboration en santé publique.
3. Tenir des débats publics sur le financement de la recherche en santé publique et en santé des populations.
4. Établir un mécanisme pour coordonner le cheminement des questions et des idées des communautés vers les divers paliers de gouvernement. Établir des liens entre divers modèles de recherche au niveau provincial, territorial et communautaire, et entre les chercheurs et les praticiens en santé publique.
5. Désigner des facilitateurs pour mettre en relation les équipes de recherche, les gouvernements (au niveau provincial et national) et les communautés.

Santé Canada et les IRSC pourraient soutenir ensemble des initiatives de recherche à l'échelle nationale et des programmes interprovinciaux-territoriaux (plutôt que des approches régionales).

3. Renforcement de la capacité par l'éducation en santé publique et en santé des populations

Principales questions

- - « Renforcement des capacités » devrait être mieux défini par des véhicules éducationnels.
 - Quels modèles et quelle vision partageons-nous pour renforcer les capacités?
 - De quelles habiletés avons-nous besoin pour entreprendre des recherches?
 - De quelles compétences avons-nous besoin pour accéder à la recherche et l'utiliser?
- Les véhicules éducationnels devraient refléter la nature interdisciplinaire et diverse de la recherche et de la pratique en santé publique. Nous avons besoin de puiser dans les riches connaissances d'autres disciplines au-delà des sciences de la santé traditionnelles (p. ex. anthropologie, géographie, psychologie).
 - Associer santé rurale et santé urbaine, grandes et petites universités, universités et services de santé publique, et étendre les programmes à vocation professionnelle.
 - Développer la capacité pour les chercheurs et les praticiens communautaires parallèlement au modèle des chercheurs financés par des subventions.
- L'infrastructure est critique

- Les options pour le financement de l'éducation à l'intérieur et à l'extérieur des programmes universitaires devraient être étendues.
- Les modèles devraient s'inspirer, en partie, des modèles existants.
- De nouveaux appuis éducationnels devraient être mis à l'essai et ciblés en fonction des besoins déterminés.
- Des alliances et des partenariats de collaboration au-delà des frontières traditionnelles font probablement partie des solutions.

Principes et méthodes de collaboration

- Adhérer aux principes de l'apprentissage chez les adultes
 1. Rendre possible l'éducation permanente.
 2. Appuyer la gradation ou la spirale des possibilités d'apprentissage.
 3. Améliorer l'excellence en recherche à des fins plus générales et dans des environnements plus variés (définition moins restrictive de l'excellence au-delà des mesures traditionnelles).
 4. Encourager des cadres éducationnels multi- et interdisciplinaires.

Mesures proposées

1. Centrer le renforcement des capacités et la formation sur les besoins existants.
 2. Soutenir, augmenter et assurer la qualité des véhicules éducationnels existants pour les chercheurs en sciences de la santé traditionnelles.
 3. Élaborer et appliquer diverses stratégies à des niveaux multiples pour combler le manque de ressources, d'incitatifs, de flexibilité et d'intérêt; inclure et étendre les programmes et les réseaux de télé-apprentissage et fondés sur la pratique.
 4. Envisager la création d'une autorité nationale de diplomation pour implanter de nouveaux mécanismes de délivrance partagée des titres de compétences comme la reconnaissance inter-instituts ou inter-provinciale ou l'ascension par les échelons d'une notion plus intégrée de système d'éducation, par divers certificats, et autres programmes.
 5. Continuer à développer et à parfaire nos idées de ce qu'est l'« excellence » en recherche, notamment aux IRSC.
 6. Influencer les gouvernements (national, provinciaux ou territoriaux, régionaux) et d'autres instances à investir dans la formation et le développement de nouveaux praticiens (étudiants) et de praticiens expérimentés pour améliorer leurs compétences en recherche et la base de connaissances (p. ex. « apprendre sur place » et sabbatiques dans la communauté).
- 4. Application des connaissances à la politique et à la pratique en santé publique et en santé des populations**

Principales questions

- Dissémination
 - Communiquer l'information aux communautés (atteindre un plus vaste auditoire) et apprendre des communautés d'une façon qui est facilement accessible, en particulier dans les contextes ruraux.
 - Diffuser les connaissances à l'aide de divers véhicules; nous perdons des connaissances lorsque les revues savantes n'acceptent pas certaines formes de recherche. Le processus de réalisation de la recherche n'est pas saisi dans les revues savantes.
 - Faciliter l'apprentissage par les pairs et le dialogue interactif, des moyens sous-utilisés.
- Rôle des praticiens
 - Nombre de praticiens n'ont pas de base « professionnelle ». Plus de praticiens sont dispersés sur un territoire plus vaste et de plus en plus coupés de la communauté.
 - Le changement dans la pratique et la recherche ne sera pas possible sans changement dans la communauté d'accueil.
- Connaissance et transfert des connaissances
 - La connaissance de la communauté peut éclairer la politique.
 - Les universités ont besoin de reconnaître leur rôle et leur responsabilité vis-à-vis de la communauté.
 - Des recherches sur la façon dont la pratique change devraient précéder le transfert des connaissances pour qu'il soit possible de renforcer la capacité d'adapter la pratique en fonction des faits.
 - Bien qu'une masse critique de programmes porte sur la manière dont doit s'opérer les stratégies de transfert des connaissances, nous avons besoin d'une analyse à la grandeur du système de ces approches.
- Marketing du savoir
 - Les activités de transfert du savoir doivent se raccrocher à un cadre plus global des déterminants de la santé.
 - Les systèmes et les organisations ainsi que les individus devraient être ciblés par nos efforts de marketing.
- Financement et planification de la recherche
 - Le processus de financement exige beaucoup de personnel; la planification doit aller au-delà de l'acquisition de subventions et inclure la mise en œuvre du plan de recherche.
 - La recherche-action participative n'est pas aussi bien financée que la recherche quantitative ni reconnue comme aussi « légitime ».
 - La recherche, la politique et la pratique sont « déconnectées ».
 - Des ressources sont nécessaires pour adopter des programmes modifiés sur la base de faits (p. ex. consultation, formation, avis techniques).

- Des structures d'adoption des résultats sont nécessaires pour faciliter la conversion de la recherche en politique et en pratique.
- Les mécanismes de récompense doivent être revus par les organismes de financement et ne pas se limiter aux publications savantes. Si la recherche n'est pas publiée dans une revue savante de bonne réputation, les possibilités d'échange d'information peuvent en fait être limitées.
- Autres problèmes
 - Nous avons besoin d'une somme de connaissances pour appuyer l'échange de connaissances. Des équipes thématiques de recherche en santé publique, financées pour réunir les connaissances de domaines particuliers, pourraient aider.
 - Il y a peu d'incitations à introduire de nouvelles connaissances pour les praticiens et les responsables des politiques.
 - L'accent mis sur l'université comme lieu premier pour la recherche est problématique et limité à long terme.
 - Les contraintes réglementaires des conventions collectives peuvent surtout être des obstacles à l'échange et à l'application des connaissances si les descriptions de tâches sont si étroitement définies que les individus n'ont pas la latitude voulue pour donner suite aux savoirs et les adopter.

Principes et méthodes de collaboration

1. Accès aux connaissances, aux services et à l'information pour les praticiens.
2. À mesure qu'évolue l'échange de connaissances, financer la recherche sur la manière de procéder efficacement à cet égard.
3. Les vrais partenariats demandent du temps et des ressources.
4. Une culture d'apprentissage efficace exige que les praticiens, les responsables des politiques et les chercheurs participent comme partenaires à l'apprentissage et à l'apprentissage par les pairs.
5. La diversité des valeurs doit être reconnue et appréciée et les tensions éthiques doivent être reconnues et prises en charge de façon constructive.
6. L'engagement des responsables des politiques, des organismes subventionnaires et des autres face au changement et à sa mise en œuvre doit être assuré.
7. Des mécanismes de récompense pour l'échange de connaissances et l'efficacité du changement en matière de politiques et de programmes sont nécessaires.
8. Du personnel et des fonds doivent être affectés à des réseaux d'échange de savoir.

Mesures proposées

1. Créer un dépôt national de « preuves » en matière de santé publique, qui inclurait recherche, personnes, réseaux, articles, bibliographies annotées, déclarations consensuelles, etc. Donner une formation pour que les gens sachent comment utiliser ces preuves.
2. Établir une infrastructure de renforcement de la capacité incluant courtiers du savoir et réseaux, et un système de récompense approprié.

3. Former des équipes thématiques nationales pour diffuser la recherche existante.
4. Établir un processus pour aider les praticiens à élaborer des questions de recherche.
5. Renforcer la capacité des individus et des systèmes (ce qui inclut le financement).
6. Établir un ordre de priorité de la recherche en santé publique et un processus pertinent (qui comprend un module d'échange de connaissances). Prévoir des bourses à la découverte, à l'intégration, à l'éducation et à l'application.

ACTIONS RECOMMANDÉES

Même si certaines des idées exprimées lors de la réunion ne peuvent pas être mises en œuvre immédiatement, elles montreront la voie. Des connaissances ont été échangées, des idées, des défis et des opinions ont été influencés. Le dernier échange de la réunion a été consacré à des recommandations de mesures plus concrètes. Ces énoncés sont tous repris ici afin que puisse se poursuivre le travail pour détailler, vérifier, affiner, appliquer et évaluer les progrès dans un certain nombre de domaines clés. Ces recommandations et les perspectives partagées continueront à éclairer notre but de bâtir une infrastructure durable de recherche en santé au Canada et à contribuer à ce but.

1. Faciliter un dialogue continu

- a) Poursuivre le dialogue et profiter de l'élan donné au cours de la réunion (*Nota – Comme mesure initiale, l'ISPP-IRSC et l'ACSP seront les hôtes d'un déjeuner de maillage à la conférence de mai 2003 de l'ACSP.*)
- b) Tirer parti de l'infrastructure locale et nationale existante.
- c) Fournir des occasions de tisser des liens (ISPP-IRSC, ISPC, ACSP, autres).
- d) S'assurer que les diverses voix communautaires sont entendues.
- e) Améliorer l'aide pour la recherche fondée sur la pratique.
- f) Continuer à clarifier l'ampleur de ce qui doit être accompli.
- g) Reconnaître que les priorités varieront selon l'organisation et le niveau de compétence.

2. Établir un programme national d'action en matière de santé publique

- a) Établir un programme national d'action en matière de santé publique pour faire entrer la santé publique dans le programme d'action plus vaste en matière de santé.
- b) Créer des cadres théoriques en matière de santé publique.
- c) Prévoir des stimulants pour des échanges de formation en santé publique entre universitaires, praticiens ou cliniciens et responsables des politiques.

3. Cultiver les liens

- a) Déterminer les intérêts et créer un maillage.
- Créer des nœuds (équipes de 3 à 5 chercheurs, centres et réseaux) au niveau local, régional, provincial, territorial ou national (stratégie horizontale).
 - Relier la recherche, la pratique et l'éducation dans les communautés d'intérêt (stratégie verticale).
 - Créer des occasions de détachement, de stage et de congé sabbatique entre organisations partenaires.
 - Définir et communiquer le « succès » tôt et ce qu'il signifie pour différentes personnes.
 - Faciliter le mouvement au-delà de la territorialisation des intérêts.
 - Structurer les processus de financement afin que les partenaires communautaires puissent réellement donner leur approbation définitive aux projets.
 - Prévoir suffisamment de temps pour les « demandes de proposition » afin que les partenaires puissent se mettre ensemble.
- b) Créer un réseau de recherche en santé publique pour relier les initiatives fondées sur les meilleures pratiques et favoriser leur partage.
- c) Mettre l'accent sur ce qui est maniable en tirant parti de ce qui existe.
- Se concentrer sur les priorités et les résultats pour la santé publique et la recherche en santé publique au niveau local et régional.
 - Appuyer les liens existants pour faciliter un processus de développement.
 - Favoriser les échanges entre les structures existantes, miser sur les forces existantes, mettre les chercheurs en relation avec les sociétés et les initiatives existantes pour former des réseaux.
 - Permettre aux gens de nouer des liens au niveau local ou régional – ne pas exiger de résultats nationaux immédiats des ateliers locaux ou régionaux.
 - Établir des mécanismes de rapport pour les partenaires des réseaux afin qu'ils puissent rendre compte aux partenaires locaux qui appuient le développement de l'infrastructure.
- d) Suggestions pour l'ISPP-IRSC
- Appuyer la création de liens comme un processus continu et non une série d'opérations disjointes.
 - Prévoir une fonction de coordination.
 - Offrir des fonds de démarrage pour établir des liens avec une mentalité d'« investisseur de risque » (p. ex. 3 sur 10 est un très bon taux de succès).
 - Créer de plus petits fonds pour financer plus de réunions ou ateliers locaux ou régionaux et d'autres activités facilitant le maillage.
 - Organiser une réunion scientifique annuelle, dans le cadre peut-être de la conférence annuelle de l'ACSP, où des liens plus officiels pourraient être tissés.

- Consulter les chercheurs et intervenants pour favoriser l'élaboration de stratégies d'adoption des résultats de la recherche.
- Jouer un rôle dans la détermination d'un programme national de recherche en santé publique.

4. Mettre en œuvre diverses stratégies d'éducation et de communication

- a) Communiquer avec les chercheurs et les décideurs au sujet de la façon d'améliorer leurs capacités respectives d'acquérir, d'évaluer, d'adapter et d'utiliser les données existantes pour éclairer la politique et la pratique. Créer des possibilités d'apprentissage multidirectionnelles aussi bien pour les chercheurs que pour les praticiens afin de déterminer les priorités de recherche appliquée et d'y donner suite et de participer à la création de nouveaux savoirs.
- b) Former des équipes thématiques nationales pour diffuser la recherche existante.
- c) Considérer d'autres stratégies que les écoles d'études supérieures pour la formation des praticiens.
- d) Offrir des possibilités de formation aux décideurs sur la manière d'utiliser les preuves. [Par exemple, les scientifiques de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) sont tenus d'assurer le transfert des connaissances; leur mandat n'est pas limité à la recherche.]
- e) Élaborer des stratégies de marketing social pour accroître la pénétration des preuves et faciliter l'application des connaissances.

5. Créer des infrastructures de financement durables

- a) Encourager le gouvernement fédéral à fournir des ressources pour développer l'infrastructure de recherche.[par l'entremise de financement de contrepartie, et des encouragements pour la formation.]
- b) Stratifier le financement pour qu'il soit réparti plus équitablement afin d'aider à rendre les chances plus égales entre les régions du pays.
- c) Prévoir la prise en charge des coûts opérationnels et connexes de la recherche (p. ex. téléphone, meubles).

6. Créer une infrastructure pour appuyer la recherche en santé publique

Les participants ont parlé de créer une nouvelle organisation qui agirait comme intermédiaire entre les universités et les organismes de services, de créer des chaires de recherche en santé publique rattachées à la FCRSS et au CRSH, de financer des chercheurs qui travailleraient dans des milieux de pratique, de faciliter la participation des chercheurs, des responsables des politiques et des praticiens aux décisions relatives aux questions de recherche; de financer des équipes d'universitaires, de chercheurs communautaires et de praticiens en voie de formation.

Certaines options ont été suggérées comme structures indépendantes ou combinées avec d'autres ou se complétant pour appuyer la recherche en santé publique, le renforcement de la capacité locale, la formation professionnelle et l'échange de savoir (en particulier avec les responsables des politiques). Par exemple :

Centres d'excellence

- La création d'un institut (p. ex. « Institut canadien de recherche sur la politique et la pratique en santé publique » – voir ci-après) et/ou de partenariats en réseau exigera un partenariat local durable qui devrait faire partie de la formule de financement.
- Considérer les modèles canadiens actuels de recherche en santé publique (voir Annexe D) ainsi que le Modèle des communautés en santé et le Consortium canadien des centres de recherche en promotion de la santé
- Collaborations en réseau de partenariats fondées sur différents thèmes/stratégies (p. ex. politique, prévention de la maladie, groupes vulnérables).
- Les centres d'excellence pourraient s'engager dans :
 - la recherche;
 - le renforcement des capacités au sein des groupes locaux;
 - la formation (liaison avec les programmes d'instituts de formation);
 - l'application des connaissances;
 - la réalisation d'études de cas comparables vigoureuses;
 - l'évaluation d'études d'intervention au niveau fédéral, provincial ou territorial et régional.
- Considérer un modèle de financement à trois niveaux :
 1. Fondé sur le modèle des Chaires de recherche du Canada;
 2. Niveau II - Centres d'excellence : financement de 5 ans renouvelable une fois;
 3. Niveau I - Centres d'excellence : financement de 7 ans renouvelable indéfiniment.

ONG indépendant (p. ex. Institut canadien de recherche sur la politique et la pratique en santé publique)

- Le personnel parcourt les bases de données pour connaître les questions relatives à la politique et à la pratique en santé publique qui sont produites par les partenariats de recherche au niveau local.
- Le personnel recueille des renseignements sur les déterminants et la recherche sur les interventions (politique/pratique).
- Le personnel joue le rôle de secrétariat des « partenariats de partenariats » en reliant les centres d'excellence en recherche.
- Il y a une banque de connaissances et une base de données sur les chercheurs.

Dépôt de données probantes livrées par la recherche en santé publique

- Un groupe central serait dépositaire des données probantes livrées par la recherche et prendrait l'initiative en matière de marketing pour la santé publique (p. ex. ACSP, IRSC).
- Faire en sorte que le lieu choisi favorise la durabilité, le mentorat et l'appui des chercheurs débutants. Le dépôt devrait aider à renforcer les propositions de recherche dans le domaine.
- Créer un site Web qui inclurait les modèles existants d'infrastructure de recherche en santé publique au Canada (voir l'Annexe D pour les descriptions des modèles).
- Déterminer les failles dans les modèles existants et faire en sorte que les IRSC financent les centres qui essaient de les combler.
- Bâtir une infrastructure qui est soutenue par des stratégies de communication électronique et en face à face.
- Utiliser la pratique pour éclairer la recherche.

Conclusion

Les participants s'entendaient en général sur le besoin de renforcer les capacités de recherche et l'infrastructure en santé publique et en santé des populations. Par contre, de nombreux points de vue divergents ont été exprimés au sujet de la meilleure façon d'atteindre ce but global. Il faudra revenir sur les thèmes récurrents qui suivent pour que le mouvement enclenché à la réunion ne s'arrête pas :

1. Nous devons débattre plus à fond des valeurs, des hypothèses et des principes qui guident les modèles de pratique en santé publique et en santé des populations ainsi que nos processus pour établir les priorités de recherche.
2. Nous devons améliorer la compréhension et la reconnaissance des contributions et des compétences relatives des chercheurs, des responsables des politiques, de la communauté et des praticiens.
3. Nous devons nous assurer d'avoir la crédibilité et la capacité voulues pour poser des questions de recherche en santé publique et y trouver des réponses.
4. Nous devons nous assurer d'avoir les mécanismes et l'infrastructure pour remettre en question et renforcer les programmes d'action et de recherche en santé publique;
5. Les IRSC et d'autres devraient continuer à investir dans la connectivité et les mécanismes de liaison. Les fonds devraient être considérés comme des capitaux de risque, pour reconnaître qu'il y aura des réussites et des échecs. Nous devons être conscients du fait qu'il est très difficile de former et soutenir des relations de collaboration, mais qu'il est très facile de les briser.
6. Les IRSC et d'autres doivent être encouragés à concevoir des programmes de financement imaginatifs qui tiennent compte des besoins diversifiés des intervenants.

7. L'infrastructure de recherche multicentrique ou constituée de centres virtuels offre le plus de chances de répondre aux besoins divers dans tout le Canada.
8. Ces recommandations d'action doivent être revues tant par les IRSC que par les autres partenaires intéressés (p. ex. ACSP, ISPC).

L'ISPP-IRSC et de nombreux participants se sont engagés à aller de l'avant en ce qui concerne les questions soulevées et les recommandations présentées à la réunion. Certaines des mesures nécessaires sont en train d'être planifiées en partenariat avec l'ACSP et d'autres. Ces mesures aideront à maintenir l'élan donné et encourageront les premières collaborations pour soutenir la création d'une infrastructure durable de recherche en santé publique et en santé des populations au Canada.

ANNEXE A

Bâtir une infrastructure durable de recherche en santé publique au Canada

RÉUNION DE L'ISPP-IRSC

Les 3 et 4 mars 2003
Metropolitan Hotel, Toronto

PROGRAMME

Objectifs :

- Faciliter l'établissement d'un réseau et d'une infrastructure pour les chercheurs en santé publique, les praticiens, les intervenants communautaires et les responsables des politiques au Canada;
- Élaborer des recommandations et un plan d'action pour favoriser la création d'une infrastructure de recherche en santé publique au Canada.

3 mars 2003, 8 h 30 – 16 h 15

8 h 30 – 9 h	Arrivée, inscription et rafraîchissements (Hall Victoria)
9 h – 9 h 15	Bienvenue – John Frank (Toronto) <ul style="list-style-type: none">• Définir le contexte et passer en revue les objectifs• Présenter la facilitatrice, Ruth Armstrong
9 h 15 – 9 h 45	Présentation principale – Louise Potvin (Toronto) <i>« Facteurs critiques du succès de la recherche en santé publique au Canada »</i>
9 h 45 – 10 h 05	Réactions à la présentation principale (Toronto) Kate Waygood, David Mowat, Penny Sutcliffe
10 h 05 – 10 h 25	Questions et commentaires des participants (Toronto)
10 h 25 – 10 h 40	Pause (Hall Victoria)
10 h 40 – 11 h 45	Enseignements tirés (<i>réussites et défis</i>) de la recherche collaborative au Canada – se reporter à diverses collaborations (<i>discussions en sous-groupes assignés</i>)

- Groupe A (San Francisco, 26^e étage)
- Groupe B (Seattle, 26^e étage)
- Groupe C (Vancouver, 2^e étage)
- Groupe D (Los Angeles, 26^e étage)
- Groupe E (Denver, 26^e étage)
- Groupe F (Toronto, 2^e étage)

Affichage des résultats des échanges sur des tableaux à feuilles mobiles (Toronto)

11 h 45 – 13 h

Dîner (café de la mezzanine)

13 h 15 – 14 h

Mécanismes de collaboration (Toronto)
Sarah Hayward (SEARCH), Charlene Beynon (REDSP),
John O’Neill (CDCARS), Michael Rossignol (Montréal)

Résumé des échanges en sous-groupes –
Ruth Armstrong

Questions et commentaires des participants

14 h – 15 h 30

À la lumière des facteurs critiques de succès, ce que nous devons faire pour nous attaquer aux questions de collaboration en : *(chaque sous-groupe se penchera sur un sujet)*
(inclut pause officielle)

- Éthique (Denver, 26^e étage)
- Recherche évaluative unissant recherche et pratique (A) (Seattle, 26^e étage)
Recherche évaluative unissant recherche et pratique (B) (Los Angeles, 26^e étage)
- Renforcement de la capacité par l’éducation (San Francisco, 26^e étage)
- Application des connaissances à la politique et à la pratique (A) (Vancouver, 2^e étage)
- Application des connaissances à la politique et à la pratique (B) (Toronto, 2^e étage)

15 h 30 – 16 h

Comptes rendus des groupes (Toronto)

16 h – 16 h 15

Clôture et ajournement (Toronto)

18 h – 20 h

Souper des participants (café de la mezzanine)

4 mars 2003, 8 h 30 – 14 h

8 h 30 – 9 h 9 h – 9 h 30	Arrivée et rafraîchissements (Hall Victoria) Revue des résultats du 3 mars (Toronto) Revue des objectifs et du déroulement de la journée (Toronto)
9 h 30 – 10 h 45	Établissement de plans d'action continus et de recommandations <i>(discussions en sous-groupes assignés)</i> <ul style="list-style-type: none">• Détermination de l'ampleur du travail à accomplir• Recommandations et actions permettant d'avancer <ul style="list-style-type: none">• Groupe A (San Francisco, 26^e étage)• Groupe B (Seattle, 26^e étage)• Groupe C (Toronto, 26^e étage)• Groupe D (Los Angeles, 26^e étage)• Groupe E (Denver, 2^e étage)• Groupe F (Toronto, 2^e étage)
10 h 45 – 11 h	Pause (Hall Victoria)
11 h – 12 h	Compte rendu sur les plans d'action (Toronto) Rétraction des participants (Toronto)
12 h – 14 h	Dîner et propos de clôture : Et maintenant? – John Frank Évaluation (Toronto)

Préparé par le comité consultatif : Ann Casebeer, Larry Chambers, Erica Di Ruggiero, Madonna MacDonald, Louise Picard, Michael Rossignol, Jane Underwood

ANNEXE B

Liste des participants

<p>Ruth Armstrong, MBA VISION Management Services 66 Glen Davis Cres Toronto (Ontario) M4E 1X5 Tél. : 416-691-7302 Télé. : 416-691-9499 Courriel : rutharmstrong@vision-management.ca</p>	<p>D^r Bill Bavington Professeur agrégé Division de la santé communautaire Faculté de médecine Université Memorial St. John's (T.-N.) A1B 3V6 Tél. : 709-777-6217 Télé. : 709-777-7382 Courriel : bbavingt@mun.ca</p>
<p>D^r Pierre Bergeron Directeur scientifique Institut national de santé publique du Québec 945, avenue Wolfe Ste-Foy (Québec) G1V 5B3 Tél. : 418-650-5115 x5600 Télé. : 418-654-3210 Courriel : pierre.bergeron@inspq.qc.ca</p>	<p>Jeanne Besner Directrice, Initiatives de recherche en soins infirmiers et en santé Région sanitaire de Calgary 10101 Southport Rd. SW Calgary (Alberta) T1Y 4L5 Tél. : 403-943-0181 Télé. : 403-943-0180 Courriel : jeanne.besner@calgaryhealthregion.ca</p>
<p>Diane Bewick Directrice, Services de santé familiale et infirmière chef professionnelle Bureau de santé de Middlesex-London 50 King St. London (Ontario) N6A 5L7 Tél. : 519-663-5317 poste 2425 Télé. : 519-663-8243 Courriel : diane.bewick@mlhu.on.ca; darlene.foster@mlhu.on.ca</p>	<p>Charlene Beynon Directrice, Recherche, éducation et développement en santé publique Bureau de santé de Middlesex-London 50 King St. London (Ontario) N6A 5L7 Tél. : 519-663-5317 x2484 Télé. : 519-432-9430 Courriel : cbeynon@uwo.ca</p>
<p>Judy Birdsell On Management Ltd. 225 Scarboro Ave. SW Calgary (Alberta) T3C 2H4 Tél. : 403-807-0181 Télé. : 403-229-9642 Courriel : birdsell@on-management.com</p>	<p>Mariana Brussoni Directrice adjointe BC Injury Research & Prevention Unit L408, 4480 Oak St. Vancouver (C.-B.) V6H 3V4 Tél. : 604-875-3425 Télé. : 604-875-3569 Courriel : mbrussoni@cw.bc.ca</p>
<p>D^r David Butler-Jones Médecin-hygiéniste Région sanitaire de Sun Country Professeure agrégée de clinique Université de la Saskatchewan B.P. 2003</p>	<p>Colleen Cameron Activiste en santé communautaire Conseil de l'autorité sanitaire de district Antigonish (Nouvelle-Écosse) 61 Brookland St. Antigonish (N.-É.) B2G 1V8</p>

<p>Weyburn (Saskatchewan) S4H 2Z9 Tél. : 306-585-3544 Télé. : 306-584-3914 Courriel : davebj@sasktel.net</p>	<p>Tél. : 902-867-3895 Télé. : 902-867-2322 Courriel : accamero@stfx.ca</p>
<p>Ann Casebeer Professeure agrégée Université de Calgary 3330 Hospital Dr. NW Calgary (Alberta) T2N 4N1 Tél. : 403-210-9324 Télé. : 403-210-3818 Courriel : alcasebe@ucalgary.ca</p>	<p>Professeur Larry Chambers Président et scientifique en chef Institut sur la santé des personnes âgées Université d'Ottawa Associé au Service de santé SCO 43, rue Bruyère Ottawa, (Ontario) K1N 5C8 Tél. : 613-562-6036 Télé. : 613-562-4266 Courriel : lchamber@scohs.on.ca</p>
<p>Donna Ciliska Professeure et consultante REDSP Hamilton École de sciences infirmières Université McMaster HSC 3H48 1200 Main St. W. Hamilton (Ontario) L8N 3Z5 Tél. : 905-525-9140 x22529 Télé. : 905-526-7949 Courriel : ciliska@mcmaster.ca</p>	<p>D^r Donald Cole Professeur agrégé Sciences de la santé publique Université de Toronto McMurrich Building, 4^e étage 12 Queen's Park Cres. W. Toronto (Ontario) M5S 1A8 Tél. : 416-946-7870 Télé. : 416-978-6299 Courriel : Donald.cole@utoronto.ca</p>
<p>D^r André Corriveau Médecin-hygiéniste en chef Ministère des Services de santé et des Services sociaux GNWT PO Box 1320 Centre Square Tower, 6^e étage Yellowknife (T. N.-O.) X1A2L9 Tél. : 867-920-8646 Télé. : 867-873-0442 Courriel : andre_Corriveau@gov.nt.ca</p>	<p>Ron de Burger Directeur, Environnements sains Santé publique de Toronto 277 Victoria St. Toronto (Ontario) M5B 1W2 Tél. : 416-338-7953 Télé. : 416-392-0713 Courriel : rdeburg@toronto.ca</p>
<p>Erica Di Ruggiero Directrice adjointe IRSC – Institut de la santé publique et des populations Suite 207-L, Banting Building 100 College Street Toronto (Ontario) M5G 1L5 Tél. : 416-946-7987 Télé. : 416-946-7984 Courriel : e.diruggiero@utoronto.ca</p>	<p>Ellen Desjardins Nutritionniste en santé publique Santé publique de la région de Waterloo 99 Region St. S. Waterloo (Ontario) N2J 4V3 Tél. : 519-883-2004 x5166 Télé. : 519-883-2241 Courriel : dellen@region.waterloo.on.ca</p>

<p>Nancy Edwards Professeure, École de sciences infirmières et département d'épidémiologie et de médecine communautaire Chaire de recherche en sciences infirmières FCRSS/IRSC Université d'Ottawa 1118 – 451, chemin Smyth Ottawa (Ontario) K1H 8M5 Tél. : 613-562-5800 poste 8395 Télé. : 613-562-5658 Courriel : nedwards@uottawa.ca</p>	<p>D^r Geoffrey Dunkley Directeur, REDSP Ottawa et médecin-hygiéniste adjoint Ville d'Ottawa 495, chemin Richmond Ottawa (Ontario) K2A 4A4 Tél. : 613-724-4122 x23681 Télé. : 613-724-4152 Courriel : Geoffrey.Dunkley@ottawa.ca; andrea.desilva@ottawa.ca</p>
<p>Doris Gillis Professeure adjointe Université St. Francis de Xavier Box 5000 Antigonish, NS B2G 2W5 Tél : (902) 867-5401 Télé. : (902) 867-2389 Courriel : dgillis@stfx.ca</p>	<p>Lucille Harper Le Centre de Ressource des Femmes de Antigonish 204 – 219 Main Street Antigonish, NS B2G 2L5 Tél : (902) 863-6221 Télé. : (902) 863-4980 Courriel : antig.women@ns.sympatico.ca</p>
<p>Sarah Hayward Directrice, Programmes de recherche appliquée en santé Alberta Heritage Foundation for Medical Research 10104-103 Ave. Suite 1500 Edmonton (Alberta) T5J 4A7 Tél. : 780-453-5727 Télé. : 780-429-3509 Courriel : sarah.hayward@ahfmr.ab.ca</p>	<p>Teresa Hennebery Directrice, Politique de la santé Ministère de la Santé et des Services sociaux Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard B.P. 2000, 16 Garfield St. Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8 Tél. : 902-368-6138 Télé. : 902-368-6136 Courriel : thennebery@ihis.org</p>
<p>Marcia Hills Professeure, École de soins infirmiers Directrice, Coalition pour la promotion de la santé communautaire Faculté du développement humain et social UH2, PO Box 6030 STN CSC Victoria (C.-B.) V8N 3R4 Tél. : 250-472-4102 Télé. : 250-472-4836 Courriel : mhills@uvic.ca</p>	<p>Suzanne Jackson Directrice adjointe Centre de promotion de la santé 100 College St. Suite 207 Toronto (Ontario) M5G 1L5 Tél. : 416-978-1100 Télé. : 416-971-1365 Courriel : suzanne.jackson@utoronto.ca</p>
<p>Susan Jewkes Promotrice/consultante en santé Critical Balance 5647 Morris St.</p>	<p>Richard Jock Directeur exécutif Organisation nationale de la santé autochtone</p>

Halifax (N.-É.) B3J 1C4 Tél. : 902-443-3262 Courriel : susan@criticalbalance.com	56, rue Sparks Suite 400 Ottawa (Ontario) K1P 5A9 Tél. : 613-237-9462 Télé. : 613-237-1810 Courriel : rjock@naho.ca
D ^r Ian Johnson Professeur adjoint Université de Toronto McMurrich Building, pièce 4017 Faculté de médecine, Université de Toronto Toronto (Ontario) M5S 1A8 Tél. : 416-978-8649 Télé. : 416-978-8299 Courriel : ian.johnson@utoronto.ca	Patricia Kosseim Directrice par intérim Bureau de l'éthique Instituts de recherche en santé du Canada 410, ave Laurier ouest 9 ^e étage Indice de l'adresse 4209A Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Tél. : 613-954-1801 Télé. : 613-941-1040 Courriel : pkosseim@cihr-irsc.gc.ca
Professeur Ronald Labonte Directeur Saskatchewan Population Health & Evaluation Research Unit 107 Wiggins Rd. Université de la Saskatchewan Saskatoon (Saskatchewan) S7N 5E5 Tél. : 306-966-2349 Télé. : 306-966-7920 Courriel : ronald.labonte@usask.ca	Colleen Logue Gestionnaire, Centre de ressources en nutrition Association de la santé publique de l'Ontario 468 Queen St. E. Toronto (Ontario) M5A 1T7 Tél. : 416-367-3313 x225 Télé. : 416-367-2844 Courriel : colleen@nutritionrc.ca
Renee Lyons Professeure et directrice Atlantic Health Promotion Research Centre Université Dalhousie 6090 University Ave. Halifax (N.-É.) B3H 3J5 Tél. : 902-494-1152 Télé. : 902-494-3594 Courriel : rlyons@is.dal.ca	Madonna MacDonald Vice-présidente, santé communautaire Autorité sanitaire de Guysborough Antigonish Strait 25 Bay St. Antigonish (N.-É.) B2G 2G5 Tél. : 902-867-4271 Télé. : 902-867-1059 Courriel : mmacdonald@gasha.nshealth.ca
Martha MacLeod Professeure agrégée Sciences infirmières et santé communautaire Université du Nord de la Colombie-Britannique 3333 University Way Prince George (C.-B.) V2N 4Z9 Tél. : 250-960-6507 Télé. : 250-960-5744 Courriel : macleod@unbc.ca	Patricia Martens Professeure adjointe et chercheuse Département des sciences de la santé communautaire Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé Faculté de médecine, Université du Manitoba 408 - 727 McDermot Ave. Winnipeg (Manitoba) R3E 3P5 Tél. : 204-789-3791 Télé. : 204-789-3910 Courriel : Pat_Martens@cpe.umanitoba.ca

<p>Mary Martin-Smith Consultante en soins infirmiers de santé publique Santé Saskatchewan Direction de la santé des populations 3475 Albert St. Regina (Saskatchewan) S4S 6X6 Tél. : 306-787-7110 Télé. : 306-787-3237 Courriel : mmartin-smith@health.gov.sk.ca</p>	<p>Virginia McGowan Professeure agrégée École des sciences de la santé Université de Lethbridge 4401 University Dr. Lethbridge (Alberta) T1K 3M4 Tél. : 403-329-2596 Télé. : 403-329-2668 Courriel : v.mcgowan@uleth.ca</p>
<p>D^r Lynn McIntyre Professeure et doyenne Faculté des professions de la santé Université Dalhousie 5968 College St. Burbidge, 3^e étage Halifax (N.-É.) B3H 3J5 Tél. : 902-494-3327 Télé. : 902-494-1966 Courriel : Lynn.McIntyre@dal.ca</p>	<p>Donna Meagher-Stewart Professeure agrégée Université Dalhousie École de sciences infirmières Halifax (N.-É.) B3H 3J5 Tél. : 902-494-2143 Télé. : 902-494-3487 Courriel : donna.meagher-stewart@dal.ca</p>
<p>Judy Mill Professeure adjointe Faculté de sciences infirmières Université de l'Alberta CSB, 3^e étage Edmonton (Alberta) T6G 2G3 Tél. : 780-492-7556 Télé. : 780-492-2551 Courriel : judy.mill@ualberta.ca</p>	<p>D^r Christina Mills Présidente Association canadienne de santé publique 11, ave Huron nord Ottawa (Ontario) K1Y 0W1 Tél. : 613-722-7386 Télé. : 613-722-0666 Courriel : chrismills@rogers.com</p>
<p>D^r David Mowat Directeur général Centre de coordination de la surveillance Direction générale de la santé de la population et de la santé publique Santé Canada 130, chemin Colonnade I.A. 6503B Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Tél. : 613-957-7661 Télé. : 613-941-6242 Courriel : david_mowat@hc-sc.gc.ca</p>	<p>John O'Neil Chercheur chevronné IRSC, professeur et chef, Sciences de la santé communautaire, directeur, Centre de recherche sur la santé des Autochtones 7^e étage, pièce 715 Centre de recherche Buhler, Université du Manitoba 715 McDermot Ave. Winnipeg (Manitoba) R3P 3P4 Tél. : 204-789-3677; 789-3434 Télé. : 204-975-7783; 789-3905 Courriel : oneilj@ms.umanitoba.ca</p>
<p>Louise Picard Directrice, Programme de recherche, de formation et de perfectionnement en santé publique Bureau de santé de Sudbury et du district 1300, rue Paris Sudbury (Ontario) P3E 3A3</p>	<p>Ian Potter Sous-ministre adjoint Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Santé Canada Pièce 2114A, Immeuble Jeanne Mance Pré Tunney, I.A. 1921A Ottawa (Ontario) K1A 0L3</p>

<p>Tél. : 705-522-9200 x288 Télé. : 705-677-9602 Courriel : picardl@sdhu.com</p>	<p>Tél. : 613-957-7701 Télé. : 613-957-1118 Courriel : ian_potter@hc-sc.gc.ca</p>
<p>Louise Potvin GRIS Université de Montréal B.P. 6128 Station centre-ville Montréal (Québec) H3C 3J7 Tél. : 514-343-6142 Télé. : 514-343-2207 Courriel : louise.potvin@umontreal.ca</p>	<p>Cathy Pryce Directrice, HPDP Région sanitaire de Calgary B.P 4016, Stn C Calgary (Alberta) T2T 5T1 Tél. : 403-943-8128 Télé. : 403-943-8182 Courriel : Cathy.Pryce@calgaryhealthregion.ca</p>
<p>Pam Ratner Professeure agrégée Cochercheuse principale, NAHBR École de soins infirmiers Université de la Colombie-Britannique T201-2211 Wesbrook Mall Vancouver (C.-B.) V6T 2B5 Tél. : 604-822-7427 Télé. : 604-822-7869 Courriel : pam.ratner@ubc.ca</p>	<p>D^r Michel Rossignol Direction de la santé publique 1301, rue Sherbrooke est Montréal (Québec) H2L 1M3 Tél. : 514-528-2400 x3261 Télé. : 514-528-2459 Courriel : mrossign@santepub-mtl.qc.ca</p>
<p>Stephen Samis Gestionnaire, Recherche, analyse et infrastructure Initiative sur la santé de la population canadienne Institut canadien d'information sur la santé 377, rue Dalhousie, suite 200 Ottawa (Ontario) K1N 9N8 Tél. : 613-241-7860 Télé. : 613-241-8120 Courriel : ssamis@cihi.ca</p>	<p>D^r Sylvie Stachenko Directrice générale Santé Canada I.A. 1915B, pièce 1543B Immeuble Jeanne Mance Pré Tunney Ottawa (Ontario) K1A 1B4 Tél. : 613-954-8629 Télé. : 613-954-8631 Courriel : sylvie_stachenko@hc-sc.gc.ca</p>
<p>D^r Penny Sutcliffe Médecin-hygiéniste Bureau de santé de Sudbury et du district 1300, rue Paris Sudbury (Ontario) P3E 3A3 Tél. : 705-522-9200 x291 Télé. : 705-677-9606 Courriel : sutcliffep@sdhu.com</p>	<p>Larry Svenson Chef d'équipe Surveillance épidémiologique Santé et Bien-être Alberta B.P. 1360 STN MAIN Edmonton (Alberta) T5J 2N3 Tél. : 780-422-4767 Télé. : 780-427-1470 Courriel : larry.svenson@gov.ab.ca</p>
<p>Helen Thomas Professeure agrégée et consultante clinique Services sociaux et santé publique de Hamilton Université McMaster</p>	<p>Carla Troy Gestionnaire nationale, Amélioration des compétences en surveillance de la santé Centre de coordination de la surveillance</p>

<p>École de soins infirmiers 1200 Main St. W. Hamilton (Ontario) L8N 3Z5 Tél. : 905-525-9140 x22299 Télé. : 905-521-8834 Courriel : thomash@mcmaster.ca</p>	<p>Santé Canada 130, chemin Colonnade 3^e étage I.A. 6503A Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Tél. : 613-941-8558 Télé. : 613-941-6242 Courriel : carla_troy@hc-sc.gc.ca</p>
<p>Jane Underwood Underwood and Associates 607 - 100 Lakeshore Rd. E. Oakville (Ontario) L6J 6M9 Tél. : 905-339-3258 Télé. : 905-339-3258 Courriel : undrwood@mcmaster.ca; undrwood@sympatico.ca</p>	<p>Ruta Valaitis Université McMaster et Services sociaux et santé publique de Hamilton (REDSP) 1200 Main St. W. Hamilton (Ontario) L8N 3Z5 Tél. : 905-525-9140 x22298 Télé. : 905-521-8834 Courriel : valaitis@mcmaster.ca</p>
<p>Kate Waygood Codirectrice Community-University Institute for Social Research St. Paul's Hospital Residence 230 Avenue Rd. South Saskatoon (Saskatchewan) S7N 0J3 Tél. : 306-655-4950 Télé. : 306-655-4956 Courriel : kate.waygood@saskatoonhealthregion.ca</p>	<p>D^r Doug Wilson Professeur émérite Département des sciences de la santé publique Université de l'Alberta 13 - 125 Clinical Sciences Building Edmonton (Alberta) T6G 2G3 Tél. : 780-492-7385 Télé. : 780-492-0364 Courriel : doug.wilson@ualberta.ca</p>
<p>Eileen Woodford Directrice, Services de santé publique : service partagé des autorités sanitaires du district de Cap Breton et de Guysborough Antigonish Strait 235 Townsend St., 2^e étage Sydney (N.-É.) B1P 5E7 Tél. : 902-563-2400 Télé. : 902-563-0508 Courriel : eileen.woodford@publichealth.ns.ca</p>	<p>Linda Young Directrice, Services de santé publique Autorité sanitaire du district de la capitale 201 Brownlow Ave. Unit #4 Dartmouth (N.-É.) B3B 1W2 Tél. : 902-481-5887 Télé. : 902-481-5889 Courriel : linda.young@cdha.nshealth.ca</p>

ANNEXE C

Biographies des conférenciers

Charlene Beynon, MScN, est cadre supérieur au Bureau de santé de Middlesex-London (London, Ontario), y compris directrice du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) et professeure adjointe à l'École de sciences infirmières de l'Université Western Ontario. Elle a presque 30 ans d'expérience en santé publique; elle a travaillé comme infirmière de santé publique de district, a assuré un suivi en santé publique pour un groupe de médecins de famille, a été infirmière superviseure, et est associée à REDSP depuis 1992. Elle dispense actuellement un cours de soins infirmiers en santé communautaire à l'Université Western Ontario. Sa recherche et ses publications antérieures ont porté sur l'auto-efficacité, les partenariats et l'application de la théorie à la pratique. Elle est actuellement engagée dans une recherche sur la violence faite aux femmes, en plus d'être la chef de projet pour une enquête d'évaluation des performances des programmes de dépistage dentaire dans 10 bureaux de santé de l'Ontario. M^{me} Beynon préside le comité des opérations de REDSP, un groupe où sont représentés les cinq programmes REDSP de l'Ontario.

Sarah Hayward possède un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Queen's et une maîtrise en santé publique de Johns Hopkins. À titre d'infirmière-clinicienne spécialisée en santé publique, elle fait porter ses efforts de recherche sur l'évaluation et les résultats des soins infirmiers de santé publique ainsi que sur la synthèse et l'application des preuves. Active sur le plan de la recherche, de l'éducation et de la pratique depuis plus de 10 ans, Sarah s'applique à jeter des ponts entre la recherche et la prestation des services par le partenariat, la collaboration et le développement de la capacité. Elle est actuellement directrice des programmes de recherche appliquée en santé en Alberta *Heritage Foundation for Medical Research*, où elle dirige la création de programmes destinés à renforcer la capacité dans tout le système de santé pour réaliser des recherches et en utiliser les résultats.

Le **D^r David Mowat** est directeur général du Centre de coordination de la surveillance à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, où il a été responsable de la création du Réseau de surveillance de la santé au Canada – une initiative qui vise à renforcer la capacité de recueillir, d'analyser et de partager des renseignements sur les maladies infectieuses, les maladies chroniques et les blessures au niveau local, provincial et national pour appuyer la prise de décision reposant sur des faits. Auparavant, il a été médecin-hygiéniste local et médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario. Le D^r Mowat est diplômé en médecine de l'Université d'Édimbourg, est associé en médecine communautaire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et enseigne à l'Université d'Ottawa et à l'Université Queen's à Kingston.

John O'Neil a obtenu son doctorat en 1983 de l'Université de la Californie (San Francisco-Berkeley) en anthropologie médicale et il est actuellement professeur au *Centre for Aboriginal Health Research*, dont il est également directeur, et chef du département des sciences de la santé

communautaire à la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Il est aussi président du conseil consultatif de l'Institut de la santé des Autochtones aux Instituts de recherche en santé du Canada, et Chercheur chevronné des IRSC. De 1993 à 1996, il a été conseiller en recherche auprès de l'équipe de la politique sanitaire et sociale de la Commission royale sur les peuples autochtones. Il est l'auteur de plus de 75 articles et de plusieurs monographies sur diverses questions touchant la santé des Autochtones, dont l'autonomie gouvernementale et les services de santé, les perceptions des risques environnementaux pour la santé, les options pour l'accouchement dans les communautés isolées et les communications en matière de santé.

Michel Rossignol est directeur de l'enseignement et de la recherche à la Direction de la santé publique de Montréal et professeur agrégé d'épidémiologie, de biostatistique et de santé professionnelle à l'Université McGill. Il a précédemment été professeur agrégé à l'Université de Montréal, au département de médecine sociale et préventive. Il a aussi été directeur de projet et membre du comité d'éthique à l'Hôpital général juif de Montréal. Ses domaines de recherche incluent la douleur lombaire, l'arthrose, le syndrome du tunnel carpien et l'ostéoporose.

Le D^r Rossignol a obtenu sa maîtrise en biochimie (1978) et son doctorat en médecine (1982) de l'Université de Sherbrooke. En 1984, il a obtenu une maîtrise en épidémiologie de l'Université McGill. Il a obtenu sa spécialisation en médecine communautaire de l'Université McGill en 1987, et en médecine du travail, de l'Université Johns Hopkins, en 1989.

Penny Sutcliffe a été faite associée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en médecine communautaire en 1997 (Université de Toronto), et elle a obtenu sa maîtrise en sciences (1986) et son doctorat en médecine (1992) de l'Université de Toronto. Elle a suivi une formation de deux ans en médecine familiale à l'Université Memorial (Terre-neuve et Labrador), et elle possède une maîtrise en santé communautaire et en épidémiologie (MHSc 1996) de l'Université de Toronto.

Dans le cadre de son travail, elle a fait de courts stages dans des communautés du Nord (Moose Factory, Sioux Lookout, Labrador, Premières Nations du nord de l'Ontario), après quoi elle a occupé le poste de médecin-hygiéniste régional à Thompson (Manitoba), puis de médecin-hygiéniste en chef et d'adjoint au médecin-hygiéniste en chef à Yellowknife (territoires du Nord-ouest). Elle habite maintenant Sudbury (Ontario), où elle occupe depuis août 2000 le poste de médecin-hygiéniste et de médecin-hygiéniste en chef du Bureau de santé de Sudbury et du district.

Le D^r Sutcliffe s'intéresse depuis longtemps à ce que nous appelons aujourd'hui les « déterminants de la santé » ou les facteurs plus globaux qui influent sur la santé outre les habitudes de vie. Elle a grandement été influencée à cet égard par les études de maîtrise en promotion de la santé qu'elle avait entreprises avant d'entrer à l'école de médecine.

Transformer le « conceptuel en concret » la passionne. Comment ce que nous savons au sujet de la santé et des interventions efficaces pour améliorer la santé (y compris les structures et les systèmes de santé publique) se traduit-il dans la pratique?

Kate Waygood est diplômée en géographie de l'Université de Toronto (baccalauréat, 1966). Elle a enseigné la géographie à l'école secondaire pendant dix ans avant de déménager à Saskatoon en 1977. Son intérêt pour les affaires urbaines résulte de sa formation en géographie et en études urbaines.

Elle est venue à s'intéresser à la politique municipale en participant à des mouvements de citoyens qui faisaient entendre leur voix dans des dossiers d'aménagement du territoire touchant les vieux quartiers. Elle fait partie du conseil municipal de Saskatoon depuis 1979 et croit que la participation communautaire à l'urbanisme est importante dans la politique et l'action municipales.

En tant que conseillère municipale, M^{me} Waygood a fait partie de plusieurs comités qui révèlent son intérêt pour les questions d'urbanisme : patrimoine et conservation, projets d'amélioration commerciale, questions communautaires touchant la santé, habitation et préoccupations sociales comme la faim chez les enfants, pauvreté et jeunes décrocheurs.

De 1992 à 1994, elle a été présidente de *Heritage Canada*, organisme national voué à la protection du patrimoine canadien. Elle a été membre de la *Saskatchewan Heritage Foundation* et du *Saskatchewan Interim Heritage Council*, et elle préside actuellement les *Western Development Museums of Saskatchewan*. Depuis 1993, elle fait partie du Conseil judiciaire de la Saskatchewan.

Comme employée du district de santé de Saskatoon, M^{me} Waygood joue le rôle d'agent de développement communautaire en plus d'être codirectrice du *Community-University Institute for Social Research (CUISR)*. L'institut est financé par une subvention fédérale de trois ans accordée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et des fonds de contrepartie de l'Université de la Saskatchewan, avec l'aide d'organismes communautaires, du district de santé de Saskatoon, de la ville de Saskatoon, du *Saskatchewan Research Council* et du secteur privé.

Annexe D

Documents de référence

Les descriptions dans ce dossier ont été réunies pour faire suite à l'engagement de l'ISPP-IRSC de repérer les principaux mécanismes, modèles et possibilités de financement disponibles pour appuyer les capacités de recherche en santé publique, et de fournir des renseignements à leur sujet. Il est à espérer qu'elles aideront les participants à la réunion à conceptualiser un réseau et une infrastructure pour les chercheurs, les praticiens, les intervenants communautaires et les responsables des politiques en santé publique au Canada.

Les descriptions des programmes suivants sont incluses :

- CDCARS
- IRSC - Centres
- *Community Campus Partnerships for Health*
- ARUC
- Montréal
- REDSP
- SEARCH
- Amélioration des compétences en surveillance de la santé

Réseaux CDCARS nationaux

Description du programme

Le but du programme CDCARS est de créer dans tout le Canada un réseau de cadres de recherche propices à la recherche qui favorisera le développement de la capacité autochtone de recherche en santé. Huit centres ont été créés dans tout le Canada, qui sont tous affiliés à une université.

Financement

Les centres CDCARS sont financés pour trois ans – à concurrence de 500 000 \$ par année. Le financement de ces centres peut être renouvelé pour trois ans, sous réserve d'une évaluation satisfaisante.

Organismes parrains

Les huit centres CDCARS sont financés par l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada.

Établissements hôtes/Coordonnées/Domaines thématiques

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Roderick McCormick, Ph.D.

Department of Counseling Psychology

Faculty of Education

University of British Columbia

1985 West Mall

Vancouver (C.-B.) V6T 1Z4

Tél. : 604-822-6444

Télec. : 604-822-8944

Courriel : rod.mccormick@ubc.ca

*Nom du centre CDCARS : *What Works? The Four R's of Aboriginal Health (Respect, Relevance, Reciprocity, Responsibility)*

Quatre domaines thématiques :

- Les forces de la santé communautaire pour le développement des évaluations de la santé et des pratiques de recherche éthiques
- Prise de responsabilité face au savoir culturel autochtone
- Bien-être global, santé mentale et toxicomanies
- Thèmes de recherche émergents motivés par la communauté.

ALBERTA

Malcolm King, Ph.D.

173 HMRC

University of Alberta

Edmonton (Alberta) T6G 3S2

Tél. : 780-492-6703

Télé. : 780-492-4878

Courriel : malcolm.king@ualberta.ca

*Nombre proposé du centre CDCARS : *A National Aboriginal Health Research Training Initiative*

Trois domaines thématiques :

- Questions de santé chronique (diabète, maladies du coeur, maladies pulmonaires)
- Santé des enfants, y compris SAF/EAF, questions de nutrition, maladie aiguë
- Toxicomanie, santé mentale, suicide.

SASKATCHEWAN

Eber Hampton, Ph.D.

Saskatchewan Indian Federated College (SIFC)

President Office

CW Building, Room 227

3737 Wascana Parkway

Regina (Saskatchewan) S4S 0A2

Tél. : 306-779-6211

Télé. : 306-584-0955

Courriel : ehampton@sifc.edu

*Nom du centre CDCARS : *Indigenous Peoples Health Research Centre (IPHRC)*

Quatre domaines thématiques :

- Maladies chroniques, nutrition et mode de vie
- Guérison autochtone : toxicomanie (y compris le SAF), santé mentale et système judiciaire
- Prestation et gestion des services de santé (y compris l'éthique, le développement communautaire et la gouvernance)
- Prévention et santé environnementale.

MANITOBA

John O'Neil, Ph.D.

Centre for Aboriginal Health Research

Department of Community Health Sciences

Faculty of Medicine

University Of Manitoba

750 Bannatyne Avenue
Winnipeg (Manitoba) R3E 0W3
Tél. : 204-789-3677
Télé. : 204-789-3905
Courriel : oneilj@Ms.UManitoba.CA

*Nom du centre CACARS : *ACADRE Program*

Quatre domaines thématiques :

- Santé des populations
- Recherche sur les services de santé
- Développement et santé des enfants
- Éthique.

ONTARIO

Neil Andersson, M.D.

CIETcanada / Institut de recherche sur la santé des populations

Université d'Ottawa

1, rue Stewart

Pièce 319, 3^e étage

Ottawa (Ontario) K1N 6N5

Tél. : 613-562-5393

Télé. : 613-562-5392

Courriel : CIETinter@compuserve.com

*Nom officiel du centre CDCARS : *Anisnawbe Kekendazone (savoir autochtone)*

Trois domaines thématiques :

- Santé prénatale
- Risque et résilience chez les jeunes
- Transfert du savoir/communication.

ONTARIO

Kue Young, M.D., DPhil

Department Public Health Sciences

Faculty of Medicine

University of Toronto

4th Floor, McMurrich Bldg.

12 Queen's Park Cres. W.

Toronto (Ontario) M5S 1A8

Tél. : 416-978-6459

Télé. : 416-978-8299

Courriel : kue.young@utoronto.ca

*Nom du centre CDCARS : *Centre for Aboriginal Health Research Development in Ontario*
(CAHRDO)

Trois domaines thématiques :

- Prévention et contrôle des maladies chroniques
- Santé mentale des enfants et des femmes
- Culture, santé et guérison.

QUÉBEC

Éric Dewailly, M.D., Ph.D.

Unité de recherche en santé publique

CHUQ – Pavillon CHUL

2400, rue d'Estimauville

Beauport (Québec) G1E 7G9

Tél. : 418-650-5115 poste 5240

Télé. : 418-666-2776

Courriel : eric.dewailly@crchul.ulaval.ca

*Nom du CDCARS : *Centre de recherche sur la santé des Inuits et les changements
environnementaux*

Trois domaines thématiques :

- Environnements changeants et santé des Inuits
 - A. Santé des Inuits et contaminants
 - B. Santé des Inuits et changement climatique
 - C. Maladies chroniques et environnements changeants
- Surveillance et contrôle de la santé publique environnementale dans les régions inuites
- Connaissances inuites et sciences occidentales dans la recherche en santé environnementale.

ATLANTIQUE

Frederic Wien, Ph.D.

Dalhousie University

Maritime School of Social Work

6414 Coburg Road

Halifax (N.-É.) B3H 2A7

Tél. : 902-494-1326

Télé. : 902-494-6709

Courriel : frederic.wien@Dal.Ca

*Nom du centre CDCARS : à déterminer (centre CDCARS de la région de l'Atlantique)

Trois domaines thématiques :

- Déterminants de la santé
- Entreprendre des mesures préventives
- Santé mentale et toxicomanies

Centres de développement de la recherche des IRSC : « Comprendre et examiner les répercussions des milieux physique et social sur la santé »

Description du programme

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) a lancé le premier programme de *Centres IRSC* dans un seul domaine de recherche, « Comprendre et examiner les répercussions des milieux physique et social sur la santé », en septembre 2002. Cette initiative fournira aux équipes interdisciplinaires de chercheurs et aux intervenants dans leur domaine un soutien de base en ce qui concerne l'accès à d'autres fonds de recherche en vue d'élaborer des programmes intégrés de recherche et d'application des connaissances qui aident à comprendre et à examiner les effets sur la santé de politiques et de programmes qui ont des répercussions sur la qualité de ces environnements ainsi que d'établir et d'analyser de nouvelles interventions en vue d'obtenir des avantages en matière de santé au niveau de la population. Les intervenants clés doivent être représentés au sein de la structure de gouvernance d'un centre admissible.

L'initiative a été conçue de manière à donner suite directement à la rétroaction obtenue des intervenants en santé publique et en santé des populations au sein des communautés de la recherche, de la politique et de la pratique, qui ont été consultés dans le cadre d'une tournée de consultation dans 10 villes à l'échelle nationale effectuée par l'Institut de la santé publique et des populations en partenariat avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Les intervenants ont reconnu un manque général de capacité infrastructurelle pour la recherche interdisciplinaire en santé publique et en santé des populations réalisée en partenariat avec les utilisateurs de la recherche. Un des principaux mécanismes de financement qu'ils ont donc suggérés pour aider à remédier à ces « différences de capacité » sont les subventions de centre de recherche, qui procurent un soutien infrastructurel de base pour faciliter le sort des équipes interdisciplinaires et les partenariats requis entre la communauté, les responsables des politiques et les décideurs pour assurer la réalisation de recherche pertinente en santé publique et en santé des populations et son application dans la politique et la pratique

http://www.cihirsc.gc.ca/institutes/ipph/publications/charting_the_course_f.pdf.

Mise à jour

Sur un total de 39 lettres d'intention reçues, 25 ont franchi la première étape et leurs auteurs ont été invités à présenter une demande détaillée avant le milieu de mai 2003. L'examen par les pairs suivra peu après, et la décision sera communiquée au début d'août.

Principaux objectifs

- Harmoniser le développement du potentiel avec les thèmes stratégiques de recherche en santé et les activités du partage des connaissances des instituts participants;

- Aider les équipes de recherche interdisciplinaire dans des domaines nouveaux ou peu développés à accéder aux fonds de recherche octroyés dans le cadre de concours ouverts (recherche entreprise sur l'initiative de chercheurs);
- Promouvoir le maillage et le mentorat entre les chercheurs et les établissements existants;
- Favoriser les interactions significatives avec les utilisateurs de la recherche comme les décideurs, les administrateurs de programmes des secteurs public et bénévole, et les cliniciens et professionnels en santé publique;
- Ouvrir une voie durable aux activités des centres de développement de la recherche par l'octroi d'un financement pluriannuel;
- Faciliter le développement du potentiel dans les régions canadiennes où il se fait peu de recherche.

Résultats

- Potentiel de recherche développé en fonction des thèmes prioritaires et des activités du partage des connaissances des instituts participants;
- Meilleure recherche en santé dans les domaines nouveaux ou peu développés;
- Meilleure approche intégrée de la recherche en santé résultant d'une plus grande collaboration;
- Preuve d'interactions significatives avec divers utilisateurs de la recherche;
- Activités durables des centres de développement de la recherche;
- Toutes les régions peuvent développer davantage leur potentiel de recherche. Universalisation de l'accès au financement de la recherche en santé;
- Intervenants clés représentés dans la gouvernance du centre;
- Rapports d'étape écrits présentés tous les deux ans faisant état des progrès en vue de l'atteinte des principaux objectifs du centre, y compris analyse des progrès de chaque stagiaire financé;
- Rapport provisoire présenté la quatrième année;
- Conférence/atelier annuels organisés par les IRSC, en collaboration avec les partenaires, pour partager des expériences, des idées et les meilleures pratiques dans l'ensemble des programmes et travailler ensemble à l'atteinte des objectifs des centres;
- Diverses activités régulières et continues d'échange de connaissances faisant intervenir les utilisateurs potentiels de la recherche.

Financement

La somme totale disponible pour cette initiative est de 1,6 à 2 millions de dollars par année. Cette somme peut augmenter si d'autres partenaires financiers entrent en scène. La valeur maximale d'une subvention est de 400 000 \$ par année.

Le financement sera accordé pour une période maximale de six ans, sous réserve d'un examen intérimaire satisfaisant au cours de la quatrième année. Cette subvention n'est pas renouvelable.

Partenaires

L'Institut de la santé publique et des populations est le maître d'œuvre de cette initiative. Il est prévu que d'autres instituts des IRSC et des partenaires externes qui font l'objet d'un recrutement actif présentement se joindront à l'ISPP pour appuyer ces équipes de chercheurs.

Renseignements

http://www.cihr-irsc.gc.ca/services/funding/opportunities/institutes/2002/rfa_centres_f.shtml

Erica Di Ruggiero

Directrice adjointe, Instituts de recherche en santé du Canada –

Institut de la santé publique et des populations

Suite 207-L, Banting Building

100 College Street

Toronto (Ontario) M5G 1L5

Tél. : (416) 946-7987, Téléc. : (416) 946-7984

Courriel : e.diruggiero@utoronto.ca

Michelle Gagnon

Institut des services et des politiques de la santé

Instituts de la santé publique et des populations

Instituts de recherche en santé du Canada

410, avenue Laurier Ouest, 9^e étage

Indice de l'adresse 4209A

Ottawa (Ontario) K1A 0W9

Tél. : (613) 952-4538,

Téléc. : (613) 941-1041

Courriel : mgagnon@cihr-irsc.gc.ca

Community-Campus Partnerships for Health (CCPH)

Description du programme

Community-Campus Partnerships for Health (CCPH) est un organisme sans but lucratif qui fait la promotion de la santé par des partenariats entre les collectivités et les établissements d'enseignement supérieur. Fondé en 1996, l'organisme est un réseau grandissant de plus de 1 000 communautés et campus. Ses membres, qui proviennent de partout aux États-Unis et, de plus en plus, du monde entier, collaborent à la promotion de la santé par l'apprentissage de l'action bénévole, la recherche communautaire, le service communautaire et d'autres stratégies de partenariat. Ces partenariats sont de puissants outils pour améliorer la formation des professionnels de la santé, la responsabilité civique et la santé globale des collectivités.

Principales activités

- Renforcer la capacité des collectivités et des établissements d'enseignement supérieur de former des partenariats les uns avec les autres.
- Incorporer l'apprentissage de l'action bénévole dans la formation de tous les professionnels de la santé.
- Reconnaître et récompenser l'enseignement, la recherche et le service communautaires.
- Former des partenariats où le pouvoir est équilibré et où les ressources sont partagées entre les partenaires.

Produits choisis

- **Partnership Matters** – source de renseignements sur les possibilités de financement et d'autres importantes nouvelles par l'entremise du groupe de discussion en ligne de CCPH et d'un bulletin d'information électronique bihebdomadaire.
- **Conférences** et **instituts**.
- **Publications** – gratuites ou à prix réduit. Magazine **Partnership Perspectives**, gratuit pour les membres du CCPH, articles pratiques et qui suscitent la réflexion sur l'établissement de partenariats.
- **Répertoire des membres** – serveur de liste.
- **Réseau de mentors de CCPH** – formateurs et consultants.
- Influence la politique sur diverses questions, comme le financement de partenariats communauté-université, les objectifs de *Healthy People 2010*, et la promotion et la titularisation au sein des facultés.

Financement

- Droits d'adhésion à titre individuel, d'étudiant et d'organisation
- Divers bailleurs de fonds des secteurs privé et public pour les projets

Partenaires

Les membres de CCPH sont rattachés à des collèges et universités, organismes communautaires, systèmes de prestation des soins de santé, fondations et gouvernements. D'autres sont des cadres, des membres de corps enseignant, du personnel, des étudiants, des cliniciens, des chercheurs, des éducateurs, des chefs de file dans la communauté et des responsables des politiques provenant de communautés urbaines, rurales et suburbaines des États-Unis et d'ailleurs dans le monde. Ils reflètent la diversité des disciplines professionnelles de la santé, dont la dentisterie, la médecine allopathique, la médecine ostéopathe, les soins infirmiers, la pharmacie, la physiothérapie, l'assistance médicale, la psychologie, la santé publique et le travail social.

Renseignements

www.ccpb.info

(Nota – Ces renseignements sont tirés du site Web de CCPH et ont été revus par Sarena Seifer)

Alliances de recherche universités-communautés (ARUC)

Description du programme

Le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) est un organisme fédéral autonome qui appuie la recherche et la formation avancée en milieu universitaire.

Le programme des ARUC du CRSH est fondé sur un partenariat égal entre des organismes de la communauté et l'université. Il assure une coordination et un soutien de base pour la planification et la réalisation de programmes diversifiés d'activités qui correspondent aux objectifs du programme des ARUC et qui sont centrés sur des thèmes ou des domaines d'importance mutuelle pour les partenaires fondateurs et étroitement liés aux points forts existants du ou des partenaires universitaires.

Dans chaque ARUC, les partenaires définissent ensemble et réunissent une ou plusieurs disciplines afin de cibler un ou plusieurs thèmes ou domaines de recherche. Ces thèmes ou domaines devraient être suffisamment vastes pour se prêter à toute la gamme des activités décrites ci-dessus, par exemple la jeunesse, la pauvreté, la culture et les arts, le tourisme et les loisirs, les questions autochtones, la socialisation, l'intégration des personnes handicapées, la violence, le vieillissement de la population, la mondialisation, la justice sociale, le développement économique local et régional, la santé et le bien-être, la capacité communautaire, les indicateurs sociaux, la gestion du patrimoine culturel, la religion et la société, l'égalité des sexes, ainsi que l'environnement et le développement durable.

Un chercheur universitaire ou un représentant du milieu communautaire dirige l'ARUC et fait valoir activement ses objectifs. Le directeur :

- assure le leadership et l'orientation intellectuelle pour l'élaboration du programme d'activités;
- est appuyé par des chercheurs et des étudiants, du baccalauréat et des cycles supérieurs (dans la mesure du possible), les organisations partenaires et du personnel professionnel au besoin.

Pour le plus récent appel, une lettre d'intention était exigée au plus tard le 15 novembre 2002, et la demande officielle (sur invitation seulement) devait parvenir au plus tard le 30 juin 2003.

Principales activités

Chaque programme d'activités d'une ARUC comprend :

- un volet de recherche (p. ex. des projets à court et à long terme, de la recherche-action);
- un volet éducation et formation (p. ex. dans le contexte de projets de recherche, de stages, d'activités créditées dans le cadre de cours);
- un volet transfert des connaissances (p. ex. des ateliers, des séminaires, des colloques, des publications, des conférences publiques).

Les partenaires du projet définissent ensemble le programme d'activités de l'ARUC ainsi que les mécanismes de participation en vertu desquels les chercheurs individuels et les équipes de

chercheurs réaliseront ce programme. Les partenaires devraient continuer à développer et à perfectionner leur programme d'activités et, en plus de renforcer les alliances du début, continuer à recruter de nouveaux partenaires durant la période de la subvention.

Financement

Le processus de demande électronique comprend deux étapes : une lettre d'intention, suivie d'une demande officielle.

Lettre d'intention : jusqu'à 20 000 \$ (pour aider à préparer la demande officielle).

Subvention : jusqu'à 200 000 \$ par année pendant cinq ans.

Partenaires

Organismes communautaires et universités

Renseignements

Rena Asherman

Agente de programme

Programme d'alliances de recherche universités-communautés

Division des programmes stratégiques et des initiatives conjointes

Conseil de recherches en sciences humaines

350, rue Albert

C.P. 1610

Ottawa (Ontario) K1P 6G4

Tel.: (613) 992-4227

Télec. : (613) 947-0223

Courriel : rena.asherman@sshrc.ca

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP)

Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS)

GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé)

Description du programme

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP)

La province de Québec est divisée en régions régionales de santé, chacune comptant un directeur des services de santé publique. À Montréal, sept départements de santé communautaire et publique ont été fusionnés en 1993, lorsque l'organisme est devenu une direction de santé publique au sein de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal. Une relation administrative existe avec deux hôpitaux d'enseignement : l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Université de Montréal) et l'Hôpital général de Montréal (Centre de santé de l'Université McGill).

La Direction de santé publique (DSP) est chargée de l'évaluation des besoins de la population en matière de santé, de l'élaboration d'interventions les plus efficaces possibles, de la surveillance et du contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, du traitement des urgences réelles ou soupçonnées en santé publique, et de l'acquisition de compétences en promotion de la santé et en prévention des maladies. Le programme régional de santé publique, fondé sur un modèle de programme national, (www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/publica/index.htm) porte sur six thèmes : inégalités sociales en santé, prévention dans les soins de santé, développement des populations, promotion du style de vie et sécurité, surveillance des menaces biologiques, chimiques et physiques, et connaissance de la santé des populations (www.santepub-mtl.qc.ca).

La Direction est divisée en quatre départements : Santé au travail et hygiène du milieu, Maladies infectieuses, Santé physique (maladies chroniques, comme les maladies cardiaques, le cancer et le diabète) et Écologie humaine et sociale (santé des populations/promotion de la santé). En plus des quatre champs du programme, la Direction offre des services d'assistance, comme l'administration, la planification, la communication, la recherche et l'éducation. Il est à noter que la mention « recherche » fait partie du mandat officiel et de la mission de la DSP. Le personnel offre conseils et assistance aux Centres locaux de services communautaires (CLSC), qui fournissent des services sociaux et de santé à la population, notamment la vaccination dans la collectivité. Environ 410 personnes travaillent à la DSP; de celles-ci, 200 sont des professionnels dont les activités comprennent une quantité variable de travaux de recherche et au plus 5 personnes reçoivent une partie de leur salaire de l'université. Quarante personnes ont des charges universitaires, que ce soit à l'Université McGill ou à l'Université de Montréal. Un poste de direction à titre de coordonnateur de la recherche et de l'enseignement a été créé. En fait, comme le reconnaissent les collègues des universités : « Il s'agit là d'une organisation unique, possédant le plus haut niveau de compétences à l'extérieur d'une université au Canada ».

Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS)

(<http://www.santepub-mtl.qc.ca/omiss.html>) Cette initiative communautaire a été créée en mai 2001 pour donner suite aux activités de la DSP et à sa promesse de reconnaître les déterminants globaux de la santé, y compris la pauvreté (rapport de 1998, *Réduire les inégalités sociales de la santé*). Le but de l'OMISS est de recueillir des données utiles pour les décideurs sur les inégalités sociales et leurs conséquences sur la santé, d'élaborer un programme de recherche et de sensibiliser les organismes de financement à ces priorités.

Le **GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé)** réunit plus de 30 chercheurs qui se concentrent sur les déterminants de la santé, l'évaluation des interventions et le système de santé.

Principales activités

- Surveillance de la santé publique et contrôle de la maladie
- Recherche appliquée en santé publique et évaluation de programme
- Diffusion de l'information

Résultats/produits

- Rapports annuels sur les inégalités sociales et leurs conséquences pour la santé en français et en anglais en format PDF (www.santepub-mtl.qc.ca).

Financement

Le budget total de la DSP est d'environ 10 millions de dollars, et 3 millions de dollars sont affectés à la recherche. Cette part devrait augmenter au cours des deux prochaines années, le groupe espérant créer un centre de recherche en santé publique et en santé des populations. Le financement provient du ministère de la Santé et des services sociaux. Les fonds de recherche proviennent de diverses sources, dont le FRSQ et les IRSC.

La subvention de fonctionnement du GRIS provient du FRSQ. Les fonds de recherche proviennent de diverses sources, dont le FRSQ et les IRSC.

OMISS est une initiative financée par la DSP et l'Université de Montréal. L'observatoire est maintenant financé par le FRSQ, les IRSC et d'autres sources.

Partenaires

Université de Montréal, Université McGill, DSP Montréal-Centre, Université Concordia, Université du Québec à Montréal, CLSC et autres.

Renseignements

www.santepub-mtl.qc.ca

OMISS : www.omiss.ca

GRIS : www.mdsocp.umontreal.ca



REDSP

(Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique)

Description du programme

Fondé sur le concept de l'hôpital d'enseignement, le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) a été établi en Ontario en 1986, une entente d'affiliation officielle entre une université et un département de santé publique étant exigée pour chaque centre désigné. REDSP, qui est centré sur la pratique, procure une formation pratique aux professionnels de la santé publique et aide à guider et encourager la recherche en santé publique. Le programme, qui est appliqué dans cinq centres, a évolué de telle manière que plus de praticiens participent aujourd'hui à la planification et à la diffusion des résultats de la recherche.

REDSP Ontario est un modèle fructueux d'où sont issues un nombre impressionnant de publications et qui s'est taillé une réputation internationale. Des initiatives de recherche et d'éducation influencent la politique et la recherche, et vice-versa.

Principales activités

- Recherche appliquée en santé publique et évaluation de programme
- Formation d'étudiants et de praticiens de la santé publique.

Produits

Exemples :

- NutriSTEP, projet de recherche national auquel participent l'Ontario et cinq provinces et visant à mettre au point un outil de dépistage peu coûteux pour repérer les enfants d'âge préscolaire à risque pour les problèmes nutritionnels.
- Pratique de santé publique efficace (recensions systématiques de la littérature, www.city.hamilton.on.ca/sphs/ephpp).
- Évaluation de la performance de programmes et de services de santé publique (p. ex. coalitions pour la santé cardiaque, aide aux mères qui allaitent et santé en milieu scolaire), www.benchmarking-publichealth.on.ca.
- Evaluations (p. ex. le programme universel de vaccination contre la grippe de l'Ontario).

Financement

- REDSP est financé à parts égales par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et les municipalités.

Partenaires

Le comité directeur provincial définit l'orientation générale de la composante santé publique de REDSP et s'assure que le programme répond aux besoins et aux priorités du

système de santé publique. La composition du comité directeur est en train d'être revue, et une représentation nationale est envisagée (p. ex. IRSC).

Les centres REDSP travaillent en partenariat les uns avec les autres sous les auspices du comité provincial des opérations du programme.

Organismes parrains :

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Municipalités locales

Hôtes

- Ville de Hamilton et Université McMaster et Université de Guelph.
- Bureau de santé de Kingston, Frontenac et Lennox & Addington et Université Queen's.
- Bureau de santé de Middlesex-London, Université Western Ontario, et Collège universitaire Brescia.
- Ville d'Ottawa et Université d'Ottawa.
- Bureau de santé de Sudbury et du district et Université Laurentienne.

Renseignements

www.phred-redsp.on.ca

Centre REDSP	Directeur	Courriel
Hamilton	Jane Soldera	jsoldera@hamilton.ca
Kingston, Frontenac et Lennox & Addington	D ^f Kate O'Connor	koconnor@healthunit.on.ca
Middlesex-London	Charlene Beynon	cbeynon@uwo.ca
Ottawa	D ^f Geoffrey Dunkley	geoffrey.dunkley@ottawa.ca
Sudbury	Louise Picard	picardl@sdhu.com



**SEARCH (*Swift Efficient Application of Research in Community Health*)
(Application rapide et efficace des recherches en santé communautaire)**

Description du programme

SEARCH est un programme de recherche et de développement professionnel de deux ans en santé pour les professionnels de la santé en milieu communautaire parrainés par leurs organismes de santé. Il est conçu pour aider les organismes de santé à s'attaquer aux problèmes locaux en disposant d'une bonne information et en développant leurs propres gens.

Le programme SEARCH de formation basée sur la pratique et de réseautage offre des possibilités d'éducation, de formation, de mentorat et de collaboration pour la recherche à l'intérieur d'une communauté d'apprentissage virtuel composée de directeurs et de professionnels de la santé en partenariat avec les chercheurs et les professeurs universitaires. Le programme permet aux participants de parfaire leurs compétences et d'augmenter leurs connaissances dans trois thèmes interreliés : créer, choisir et utiliser les preuves en contexte. Il facilite les projets de recherche collaborative pour répondre aux questions prioritaires soulevées par les organismes participants.

Les participants sont choisis et parrainés par les bureaux de santé de l'Alberta, les groupes de praticiens et d'autres organismes de santé. Tout au long des deux années, les participants suivent une formation résidentielle face à face et un apprentissage en ligne entrecoupés de modules et de travail dans des projets à leur lieu de travail et au sein d'équipes multisectorielles.

Principale activité

Programme éducatif.

Résultats/produits

- Un réseau actif permanent de personnes dans la province qui sont bien placées pour veiller à ce que la recherche en santé soit reconnue à sa juste valeur, pertinente, et menée avec rigueur.
- Les résultats de projets de recherche appliquée qui ont été entrepris comme élément du programme éducatif.
- Changements dans la culture organisationnelle là où le personnel a participé au programme SEARCH.

- Changements dans la capacité universitaire là où des chercheurs ont contribué au programme.
- Communauté virtuelle de pratique où l'information est rapidement récupérée et échangée.

Financement

SEARCH est financé par l'*Alberta Heritage Foundation for Medical Research*, et les salaires des participants sont payés par leurs parrains respectifs.

Partenaires

SEARCH est un partenariat avec l'*Alberta Heritage Foundation for Medical Research*, le système de santé de l'Alberta et plusieurs facultés des universités de l'Alberta et de Calgary.

Organismes parrains :

AHFMR (www.ahfmr.ab.ca)

Université de l'Alberta (www.ualberta.ca), facultés de médecine, de sciences infirmières et de commerce

Université de Calgary (www.ucalgary.ca), facultés de médecine et de sciences infirmières

Les partenaires du programme incluent :

Santé et Bien-être Alberta

Bureaux régionaux de santé de l'Alberta

Conseil de la santé mentale de l'Alberta

Plan d'action des Médecins ruraux de l'Alberta

Renseignements

www.ahfmr.ab.ca/sitesearch

Carol Adams, coordonnatrice administrative de SEARCH

Suite 1500

Tél. : (780) 423-5727

10104 - 103 Avenue

Téléc. : (780) 429-3509

Edmonton (Alberta), Canada

ahfmrinfo@ahfmr.ab.ca

T5J 4A7

Amélioration des compétences en surveillance de la santé

Description du programme

Le programme Amélioration des compétences en surveillance de la santé est une initiative d'éducation sur le Web qui vise à améliorer les compétences chez les professionnels de la santé dans les services locaux de santé publique et au sein des autorités régionales de la santé à travers le Canada dans les domaines suivants :

- Épidémiologie;
- Surveillance;
- gestion de l'information.

Comme une surveillance efficace de la santé au Canada passe par la capacité d'utiliser et de comprendre l'information, des compétences très précises sont nécessaires. Toutefois, les compétences varient dans l'ensemble du pays et sont limitées en plusieurs lieux. Le programme Amélioration des compétences offrira des occasions de formation qui seraient peut-être inabordables ou impossibles à obtenir autrement.

Le principal public cible est le personnel qui travaille dans les bureaux locaux, régionaux, provinciaux ou territoriaux de santé publique, dont les infirmières de la santé publique, les inspecteurs, le personnel chargé de la promotion de la santé, les gestionnaires de programme et les médecins-hygiénistes.

Principales activités

Une série de modules de formation sur Internet est offerte en anglais et en français.

Produits

- Les partenaires locaux dans le domaine de la santé publique acquièrent les compétences nécessaires pour exercer une surveillance efficace.
- Prise de décision fondée sur des faits et planification renforcées au niveau local pour protéger et maintenir la santé du public.

Financement

- Santé Canada.
- Contributions en nature des autorités provinciales, territoriales et régionales de la santé.
- Les plans pour assurer la pérennité du programme incluent un financement ou des subventions par les ministères provinciaux ou territoriaux, des bourses d'organisations professionnelles, un financement et des subventions à l'éducation par le secteur privé (p. ex. sociétés pharmaceutiques) et des dotations.

Partenaires

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les régies régionales de la santé, les services de santé publique municipaux et les organisations professionnelles comme l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire, l'Association des épidémiologies en santé publique de l'Ontario, la *Saskatchewan Epidemiology Association* et d'autres groupes qui s'intéressent à la surveillance.

Organismes parrains

Les employeurs qui permettent à leur personnel de participer à cette formation pendant les heures de travail à titre d'étudiants et de facilitateurs.

Renseignements

<http://www.healthsurv.net/skills>

Carla Troy

Gestionnaire nationale

Amélioration des compétences en surveillance, Centre de coordination de la surveillance

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

130, chemin Colonnade, pièce 394B

Indice de l'adresse 6503A

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-941-8558

Télec. : 613-941-6242

Courriel : carla_troy@hc-sc.gc.ca

Jennifer Sealy

Gestionnaire de projet

Amélioration des compétences en surveillance, Centre de coordination de la surveillance

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

130, chemin Colonnade, pièce 396B

Indice de l'adresse 6503A

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-946-2602

Télec. : 613-941-6242

Courriel : jennifer_sealy@hc-sc.gc.ca

ANNEXE E

Les dix commandements de la recherche communautaire

- **Recherche communautaire tu ne définiras, concevras, ni entreprendras sans consulter la communauté!**
- **Des processus tu reconnaîtras la valeur autant que des résultats!**
- **Face à un choix entre les objectifs communautaires et la satisfaction de ta curiosité intellectuelle, les objectifs communautaires tu feras passer en premier!**
- **Les données de la communauté tu ne convoiteras!**
- **Des données communautaires tu n'entreprendras l'analyse sans l'apport de la communauté!**
- **Faux témoignage tu ne feras aux membres de la communauté ni à leur sujet!**
- **Les conclusions de recherche communautaire tu ne dévoileras avant que la communauté ne soit consultée (exposition prématurée)!**
- **Des gens de la communauté tu engageras et formeras pour exécuter des fonctions de recherche!**
- **La confidentialité tu ne dois violer!**
- **Tes préjugés tu confesseras volontiers, et le biais de tes hypothèses et de tes méthodologies aussi!**

Source : Leland Browne, directeur exécutif, Académie communautaire, Université de la Californie, Berkeley. Dans Bor D, et coll. (rédacteurs) Community Health Improvement through Information and Action: An Anthology from the Health of the Public Program. Health of the Public Program Office, University of California, San Francisco CA. 1995.

ANNEXE F

Cadre de santé de la population
(Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la santé publique et
des populations)

