



Rapport de l'atelier sur l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC)

26 - 27 septembre 2006
Centre Banff, Banff (Alberta)



Table des matières

Contexte et objectif	1
Introduction	1
Objectifs de l'atelier	2
Aperçu : Explication de l'importance de la recherche interventionnelle	2
Apprendre par l'expérience	3
D ^r Richard Lessard : Vers une organisation apprenante	3
D ^{re} Barbara Riley : Enseignements de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire	4
Échanges et dialogues	6
Quelle est la portée de la recherche interventionnelle sur la santé des populations?	6
Comment développer les capacités de recherche interventionnelle sur la santé des populations?	7
L'IRISPC : de qui/quoi s'agit-il?	8
Vers l'avenir	9
Étapes suivantes proposées	9
Réflexions d'une participante à la discussion : D ^{re} Laurie Anderson	10
Annexes	
1. Liste des participants	12
2. Comité organisateur	14
3. Liste des documents d'information	15



REMERCIEMENTS

Le comité organisateur de l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC) souhaite témoigner sa gratitude aux participants pour bien vouloir partager leur expertise et à avoir consacré du temps à l'atelier afin de faire avancer l'IRISPC. Le comité aimerait également remercier les personnes suivantes :

- Les conférenciers et de la participante à la discussion – Richard Lessard, Barbara Riley and Laurie Anderson;
- Notre animatrice, Lillian Bayne pour son expertise pendant l'atelier;
- Nos animateurs de petits groupes pour leurs contributions au travail en petit groupe;
- Barbara Riley pour la préparation de ce rapport d'atelier;
- Lindsay Bradshaw pour la transcription des discussions en séance plénière;
- Vera Ndaba pour avoir bien organisé l'atelier.

N.B. Les points de vue exprimés dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les idées et opinions des organisations représentées au comité organisateur. Voir Annexe 2



Contexte et objectif

Introduction

L'atelier de Banff visait à amorcer un dialogue plus stratégique, coordonné et ambitieux sur la recherche ayant pour but d'améliorer les interventions sur la santé des populations au Canada. Ce dialogue, et les mesures qui en résulteront, seront déterminants pour le développement et la durabilité de la santé publique et des populations au Canada. Cela est largement reconnu. Cependant, on comprend moins bien comment développer systématiquement les capacités dans ce « nouveau » champ de recherche que constituent les interventions sur la santé des populations.

L'atelier de Banff a été imaginé à l'origine par un groupe informel, que nous appellerons les « fondateurs de l'IRISPC », comme une occasion d'étendre le dialogue au-delà de leur groupe. Les fondateurs de l'IRISPC ont établi une définition usuelle de la recherche interventionnelle sur la santé des populations, ont donné quelques présentations pour susciter la discussion et ont conçu une initiative de dix ans pour stimuler le développement des capacités de recherche interventionnelle sur la santé des populations – sur le plan du volume, de la qualité et de l'utilité de cette recherche pour les décideurs et les praticiens.

Une définition pratique ... **La recherche interventionnelle sur la santé des populations** comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations.

L'atelier se voulait modeste, mais inclusif. Il devait servir de forum inaugural pour tester certaines idées initiales, évaluer la vitalité du domaine et l'intérêt qu'il suscite ainsi que pour proposer des orientations possibles par voie de remue-ménages.

Le lancement de l'IRISPC s'est fait dans un contexte dynamique et agréable. Le présent compte rendu en rapporte les faits saillants, mais son succès se mesurera vraiment par la croissance d'un réseau intégré ainsi que par l'augmentation de la capacité de financement, d'exécution et d'utilisation de la recherche interventionnelle sur la santé des populations.

Objectifs de l'atelier

L'atelier de Banff visait à rassembler un noyau initial de « penseurs éminents » (voir Annexe 2) afin d'aider à dégager des orientations pour la recherche



interventionnelle sur la santé des populations au Canada. Les objectifs des organisateurs et des participants consistaient à :

- Travailler à une interprétation commune de la recherche interventionnelle sur la santé des populations
- Cerner les points forts et les limites de la capacité actuelle de recherche interventionnelle sur la santé des populations et partager les leçons tirées de stratégies de développement des capacités
- Contribuer à parfaire un cadre pour guider l'élaboration d'un plan de recherche interventionnelle à long terme sur la santé des populations
- Créer un milieu de la recherche interventionnelle sur la santé des populations, afin d'augmenter la visibilité de cette recherche et d'en promouvoir le soutien – de multiplier les collaborations
- Élaborer des stratégies de planification des mesures incluant les acteurs clés, les rôles et responsabilités ainsi que les besoins continus en renseignements et en communications et les stratégies pour y répondre

Pour compléter l'expérience et l'expertise des participants à l'atelier, une série de six documents d'information ont été distribués avant l'activité. Ces documents visaient à stimuler la réflexion sur la portée de la recherche interventionnelle (document des D^{res} Penny Hawe et Louise Potvin) et à fournir des exemples d'activités, d'expériences et de mandats organisationnels ayant un lien avec la recherche interventionnelle sur la santé des populations (voir Annexe 3 pour une brève description des documents d'information).

Aperçu : Explication de l'importance de la recherche interventionnelle

L'atelier a été coprésidé par Penelope Hawe et Stephen Samis. La D^{re} Hawe est professeure et titulaire d'une chaire en santé et société de l'Institut Markin, au Centre for Health and Policy Studies de l'Université de Calgary. M. Samis est président de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada et directeur des politiques de santé à la Fondation des maladies du cœur du Canada.

La D^{re} Hawe et M. Samis ont donné le ton à l'événement en réaffirmant la nécessité de mieux coordonner la recherche et l'évaluation avec les programmes et les politiques sur la santé des populations. Nos problèmes de santé et nos problèmes sociaux ne cessent de s'aggraver. Nous devons investir nos ressources plus judicieusement. L'IRISPC préconise d'investir dans le développement de la capacité de sorte que la recherche produite et utilisée soit davantage utile à la conception de programmes et de politiques d'intervention.

Toutes les organisations fondatrices de l'IRISPC assument des mandats nationaux et poursuivent des missions liées à la réduction de l'écart entre la création des connaissances et leur utilisation pour des interventions sur la santé des populations.



Le fait qu'il existe déjà un dynamisme important dans le domaine est un autre message clé transmis aux participants. L'IRISPC sert de véhicule – ou de plateforme – pour créer un fil conducteur entre les initiatives existantes dans le domaine et les développer. S'inspirant des propos des D^{rs} Cameron et Riley, la D^{re} Hawe a indiqué que l'IRISPC aspirait à devenir un « programme national permanent ».

« Ce que nous voulons vraiment...c'est canaliser les synergies qui se développent déjà partout au pays. »
S. Samis

Apprendre par l'expérience

D^r Richard Lessard : Vers une organisation apprenante

Richard Lessard est directeur, Direction de la santé publique de Montréal. Il travaille en ce moment pour l'Organisation mondiale de la santé.

Le D^r Lessard a partagé son expérience acquise dans ses efforts pour créer une organisation apprenante. Il a également invité les participants à entrevoir un avenir où les milieux de la pratique et de la recherche en santé publique travailleront de concert pour améliorer la santé par le biais d'interventions évaluées.

« Une organisation apprenante est à l'affût des nouvelles connaissances; elle les intègre à son processus décisionnel, agit en conséquence et évalue constamment ses politiques, programmes et interventions pour déterminer s'il est possible de les appliquer ou de les enrichir de sorte à en améliorer les résultats sur la santé. »

Le D^r Lessard a insisté sur le fait que la science n'a pas beaucoup d'influence sur le processus décisionnel. Il existe des solutions fondées sur des données factuelles à des problèmes comme la pauvreté des enfants, l'obésité ou la pollution des villes, mais ces solutions sont inexploitées. Le D^r Lessard a également pu constater lui-même dans sa ville de Montréal que « beaucoup de chercheurs travaillent sur de nombreux projets...tous importants...mais consacrent pas assez de temps aux problèmes de santé publique les plus pressants ».

L'approche des organisations apprenantes est utile pour réduire ces écarts. À partir de son expérience, le D^r Lessard a identifié certains facteurs essentiels au succès de la transition vers une organisation apprenante. Premièrement, les équipes de chercheurs et le personnel de santé publique doivent se concentrer sur les problèmes. Les problèmes de santé publique forment ce qu'ils appellent le « nœud » – le centre des préoccupations.



« Pour résoudre efficacement les problèmes de santé publique, l'échange de connaissances et d'information est nécessaire. »

Un autre élément déterminant du succès est de comprendre que des décisions se prennent sans arrêt, « que ça nous plaise ou non ». Une des aspirations clés est d'influencer ces décisions avec des connaissances, pour ainsi améliorer la qualité des interventions.

Troisièmement, nous devons comprendre que la recherche et les interventions sont indissociables. Il est inutile de développer les capacités de recherche si cette recherche ne peut être utilisée. Les interventions doivent être suffisamment pourvues en ressources et mises en œuvre de façon à en permettre une évaluation significative. En général, les interventions sont à une échelle trop modeste. Les évaluations et les interventions doivent croître au même rythme; chacune est inutile sans l'autre.

D^{re} Barbara Riley : Enseignements de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire

Barbara Riley est chercheuse au Centre de recherche sur le comportement et l'évaluation de l'INCC/SCC à l'Université de Waterloo. Elle est détentrice de la bourse de recherche D^r Andres Petrasovits sur les politiques de santé (fondateur de l'ICSC) d'une durée de trois ans, financée conjointement par la Fondation des maladies du cœur du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada.

La D^{re} Riley a introduit dans la discussion une analyse rétrospective de certaines leçons tirées de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire (ICSC). La raison d'être principale de l'ICSC était de connecter les politiques, la recherche et les interventions dans le secteur de la santé publique – un peu comme l'organisation apprenante du D^r Lessard, mais à l'échelle pancanadienne. L'ICSC a modifié l'orientation des politiques au Canada par son approche populationnelle à l'égard de la prévention des maladies cardiovasculaires (chroniques). L'ICSC a également ouvert un « nouveau » champ de recherche s'intéressant aux interventions de santé publique. Sur une période de 20 ans, l'ICSC a amassé une vaste expérience du développement des capacités dans ce « nouveau » champ de recherche.

L'ICSC a créé un prototype d'infrastructure pour connecter la recherche et l'évaluation avec les interventions auprès des populations. Le prototype a été produit à une échelle relativement modeste, en partie à cause du peu de fonds investis, mais aussi en raison du manque de capacité dans d'autres domaines. Par exemple, à l'époque, les équipes de recherche interdisciplinaire formées de chercheurs, de décideurs et de praticiens étaient encore une nouveauté, et les outils de recherche et de mesure n'étaient pas adaptés aux résultats réalistement attendus dans le cadre de l'ICSC.



L'ICSC a officiellement pris fin en 2006. L'Initiative n'a pu poursuivre sur sa lancée en raison de la perte de leaders clés au niveau national, de la disparition d'un mécanisme pertinent de financement de la recherche et, enfin, de l'usure importante de l'infrastructure de santé publique au Canada. Ensemble, la croissance de l'ICSC, ses 20 années de viabilité et son déclin peuvent apprendre beaucoup à l'IRISPC. Voici quelques conseils judicieux :

- Aborder les problèmes de santé et du système de santé les plus urgents et les plus sérieux, afin de promouvoir l'intérêt et l'engagement;
- Rechercher des personnes influentes et bien positionnées et les habiliter comme champions de la recherche, des politiques et des collectivités;
- Utiliser les principaux mécanismes de financement de la recherche pour maximiser la viabilité et la crédibilité de la recherche;
- Les examens par les pairs traditionnels ne conviennent pas à la recherche axée sur les impacts et destinée à améliorer les interventions;
- L'infrastructure de la pratique doit être suffisamment stable et pourvue en ressources pour pouvoir intégrer la recherche et l'évaluation; et
- La mission de créer conjointement un système de prévention intégrant la recherche et l'évaluation est un incitatif puissant.

La D^{re} Riley a conclu son propos en insistant sur le fait que l'Initiative canadienne de santé cardiovasculaire était une initiative particulière rattachée à une époque particulière. Le paysage politique, intellectuel et organisationnel d'aujourd'hui au Canada est bien différent de celui de 1986. Néanmoins, certaines leçons demeurent utiles aujourd'hui.



Échanges et dialogues

Quelle est la portée de la recherche interventionnelle sur la santé des populations?

Les questions liées à la définition et à la portée de la recherche interventionnelle sur la santé des populations ont ponctué les discussions de l'atelier et ont stimulé la réflexion sur le document d'information des D^{res} Hawe et Potvin.

La définition usuelle proposée par les organisateurs de l'atelier a été bien reçue par les participants : «La recherche interventionnelle sur la santé des populations comporte l'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, sous forme de politiques et de programmes, qui existent dans le secteur de la santé ou à l'extérieur de celui-ci et qui pourraient avoir une incidence sur la santé au niveau des populations». Un examen détaillé de cette définition a permis de dégager des significations et des interprétations plus profondes. Par exemple :

- La recherche et l'évaluation convergent lorsqu'elles sont consacrées à des études interventionnelles. Les deux permettent d'étudier tous les aspects du déroulement et du résultat des interventions, y compris leurs conséquences économiques.
- La recherche interventionnelle requiert que les infrastructures de la recherche et de la pratique interagissent de façon significative et soutenue. Il faut voir ces infrastructures et leurs interactions comme des systèmes adaptatifs.
- La recherche interventionnelle met davantage l'accent sur l'intervention que la recherche. Par conséquent, la validité externe et les variations contextuelles dans la mise en oeuvre ont autant d'importance que la validité interne.
- Il existe un rapport logique et non linéaire entre la conception des interventions, la conception des recherches et des évaluations et les stratégies d'application et d'échange de connaissances.
- Une culture d'amélioration continue est nécessaire à la prise de décisions au niveau organisationnel ainsi qu'à la capacité de la recherche interventionnelle d'exercer une influence sur les décisions et les pratiques.

La discussion a abouti à un consensus général sur la complexité de la recherche interventionnelle; sur la nécessité d'y appliquer une approche multidisciplinaire; et sur l'obligation de la soutenir avec les ressources, les structures et les processus appropriés. Cela constitue le thème de la section suivante.



Comment développer les capacités de recherche interventionnelle sur la santé des populations?

Un des volets clés de l'atelier de Banff a consisté en une séance de remue-méninges sur les capacités nécessaires pour financer, exécuter et utiliser adéquatement la recherche interventionnelle sur la santé des populations, ainsi que sur la façon de développer ces capacités. Certains cadres préliminaires ont été présentés pour stimuler la réflexion sur les capacités possibles. Ce fut ensuite au tour des petits groupes de générer des idées – ce qu'ils n'ont pas manqué de faire. Les principales idées sont notées dans le tableau ci-dessous. Même si les discussions étaient libres et diversifiées, tous les groupes se sont concentrés sur la désignation des capacités requises et de certains facteurs de succès clés, en plus de produire des idées pour développer ces capacités au Canada. Les idées tirées de l'atelier serviront de fondement à des travaux ultérieurs sur un cadre de développement des capacités et à la prise de mesures appuyant ce développement.

Capacité nécessaire	Facteurs de succès clés	Idées pour développer cette capacité
Engagement	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration entre acteurs multisectoriels (p. ex. décideurs, organismes de financement, chercheurs, praticiens) et entre gouvernements (régionaux, provinciaux, national) • Information du public sur les questions de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des incitatifs pour promouvoir la collaboration, comme de l'aide financière et des possibilités de partage de compétences • Organiser un réseau de chercheurs partageant les mêmes intérêts • Organiser une conférence canadienne sur la recherche interventionnelle • Obtenir la participation de partenaires comme le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, la Fondation canadienne pour l'innovation, le Conseil du réseau de santé publique • Être à l'affût des possibilités existantes, comme les « programmes de démonstration » provinciaux de l'Agence de santé public du Canada (ASPC); les subventions et bourses de l'ASPC, SEARCH Canada
Gérance	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les priorités en matière d'interventions et de recherches • « Carrefour » pour la recherche utile aux interventions sur la santé des populations • Définitions et cadre théorique pour le développement des capacités • Plan stratégique • Rétroaction et cycle d'amélioration continue • Communications claires et régulières 	<ul style="list-style-type: none"> • Se livrer à une analyse du contexte pour identifier les principaux acteurs, ressources et lacunes • Promouvoir activement la prise de décisions fondées sur des données factuelles et la recherche orientée sur les impacts • Élaborer un cadre théorique pour le développement des capacités, tout en tablant sur les possibilités et le dynamisme existants (p. ex. centres de recherche en promotion de la santé) • Établir des indicateurs du succès ainsi qu'un plan de surveillance et d'évaluation comportant des possibilités de rétroaction et de pratique réflexive • Créer un site Web
Mécanismes de financement de la recherche interventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser le financement des interventions avec celui de la recherche • Orienter la recherche sur les 	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un fonds de recherche interventionnelle parallèle au fonds des ECR • Créer une unité de recherche interventionnelle au sein de l'ASPC • Mettre en commun les fonds d'intervention de l'ASPC et les fonds



Capacité nécessaire	Facteurs de succès clés	Idées pour développer cette capacité
	<p>besoins des décideurs et des praticiens (p. ex. la rentabilité)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilités de réponse rapide • Adapter le processus d'examen par les pairs à la recherche interventionnelle • Se porter garant du succès de la recherche financée 	<p>de recherche des les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer des appels de demandes à réponse rapide couvrant les décideurs (en se servant des mécanismes de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé FCRSS comme modèle) • Adapter l'approche d'examen par les pairs pour mieux appuyer la recherche interventionnelle • Élaborer de nouveaux mécanismes pour que les organismes de financement de la recherche fassent rapport sur la recherche financée
Personnel de recherche interventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Système de récompense universitaire appuyant la recherche interventionnelle • Occasions de formation en recherche interventionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un plan de développement de la main-d'œuvre comportant des activités de formation et de mentorat pour les scientifiques en recherche interventionnelle • Établir une liste de compétences communes à acquérir pour les scientifiques en recherche interventionnelle et les programmes de maîtrise pour les professionnels de la santé publique (MPSP) • Solliciter des fonds pour la formation (p. ex l'Initiative stratégique pour la formation en recherche) • Offrir de la formation dans le cadre des programmes de M.H.P. • Offrir des bourses d'étude et des subventions de recyclage pour les professeurs (p. ex. bourse de transition de carrière) • Inclure la recherche interventionnelle parmi les critères de reconnaissance des programmes d'écoles de santé publique • Créer des échanges de postes et des postes conjoints (y compris financement conjoint de certains postes de professeur)
Outils et des méthodes de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Plans, méthodes et outils de recherche interventionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte des résultats sur la santé dans les interventions non liées à la santé • Adapter les méthodes de synthèse de recherche à la recherche interventionnelle • Examiner les obstacles à l'accessibilité des données, comme les exigences de confidentialité et de protection de la vie privée • S'informer du travail fait ailleurs (p. ex. instituts provinciaux) en matière de surveillance, de recherche et de formation
Soutien à la prise de décisions fondées sur des données factuelles dans le milieu de la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • « Initier » les milieux de la pratique et des politiques à la recherche interventionnelle sur la santé des populations • Demande de recherche interventionnelle • Praticiens et décideurs compétents 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les décideurs et les praticiens pour promouvoir les « pratiques exemplaires » • Créer une société canadienne pour la recherche interventionnelle avec sa propre revue • Fournir les données factuelles aux décideurs sous une forme utilisable • Influencer les initiatives et les structures actuelles, comme les centres nationaux de collaboration en santé publique, les organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé et les programmes d'écoles de santé publique

L'IRISPC : de qui/quoi s'agit-il?

La possibilité d'établir un mécanisme de désignation de champions de la recherche interventionnelle sur la santé des populations au Canada a soulevé l'enthousiasme des participants à l'atelier de Banff. Ceux-ci ont également



embrassé l'idée que ce rôle de leadership soit initialement rempli par les organisateurs de l'atelier.

Les participants ont discuté de la vision dominante de l'IRISPC en tant que carrefour; que plateforme; que mouvement; et que moteur de changement systémique en appui au financement, à l'exécution et à l'utilisation de la recherche interventionnelle. Bien que nous ayons besoin d'un groupe central pour servir de champion au mouvement, les limites de l'IRISPC doivent être fluides et non exclusives. L'IRISPC peut servir de ressource et de véhicule pour faciliter la communication et pour mobiliser les universités, les organismes de financement de la recherche et d'autres parties influentes autour de la promotion de la recherche interventionnelle sur la santé des populations.

Les participants ont encouragé les organisateurs à réfléchir à des structures de soutien de ces fonctions. Ils leur ont aussi recommandé de concevoir des mécanismes permettant aux organisations existantes de communiquer et de se connecter les unes avec les autres, au lieu de créer une nouvelle organisation.

Vers l'avenir

« *Bon départ pour stimuler et motiver.* » Participant à l'atelier

Étapes suivantes proposées

Les participants ont proposé quatre orientations principales en appui à la promotion des priorités de l'IRISPC.

- 1) **Développer davantage les fondations de l'IRISPC** : Les exemples comprennent la poursuite des travaux en vue d'une interprétation commune de la recherche interventionnelle sur la santé des populations; l'établissement de priorités thématiques pour l'IRISPC; l'élaboration d'un cadre théorique pour schématiser les efforts initiaux de développement des capacités de financer, d'exécuter et d'utiliser la recherche interventionnelle; et la mise sur pied d'un plan stratégique établissant des mesures prioritaires.
- 2) **Établir une « structure » initiale pour permettre à l'IRISPC d'aller de l'avant** : L'atelier de Banff a constitué un premier pas. Les participants ont voulu que les premières idées et l'enthousiasme générés par l'atelier soient mis au service de la promotion des priorités de l'IRISPC. Pour aller de l'avant, ils ont encouragé les organisateurs de l'atelier à songer à un comité directeur, à un groupe de travail et à une structure de réseau.
- 3) **Créer un milieu de la recherche interventionnelle sur la santé des populations afin de promouvoir cette recherche** : Comme prévu, l'atelier de Banff a réuni un groupe de penseurs éminents. Les



discussions de groupe ont fait ressortir la nécessité de recruter de nombreux autres acteurs. Dans le cadre des efforts de création d'un milieu de la recherche interventionnelle, on a suggéré de dresser une liste des scientifiques engagés en recherche interventionnelle au Canada et de répertorier les interventions majeures sur la santé des populations (programmes et politiques), existantes ou en développement, qui pourraient constituer des « expériences naturelles » en recherche interventionnelle.

- 4) **Cerner les possibilités de « gains faciles »** : Durant les discussions, il est souvent ressorti que de nombreuses personnes, organisations et initiatives sont engagées, ou pourraient l'être, dans le financement, l'exécution ou l'utilisation de la recherche interventionnelle sur la santé des populations. Les participants ont vivement recommandé de cerner ces possibilités de « gains faciles » (p. ex. investissement dans la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer; examen de l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme).

Réflexions d'une participante à la discussion : D^{re} Laurie Anderson

La D^{re} Laurie Anderson est chercheuse aux Centres for Disease Control des États-Unis et occupe un poste à la School of Public Health de l'Université de Washington. Elle est également conseillère pour la Collaboration Cochrane, participe au groupe de travail sur l'évaluation de la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé et agit comme consultante pour des projets canadiens comme le groupe d'experts sur l'obésité de l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'initiative des pratiques exemplaires de l'Agence de santé publique du Canada, ainsi que pour l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC.

La D^{re} Anderson a mis à contribution un trésor de connaissances et d'expérience et sa perspective unique sur l'Initiative de recherche interventionnelle sur la santé des populations du Canada. Elle a d'abord insisté sur le besoin d'accroître le volume et la qualité de la recherche interventionnelle. Des problèmes de santé et des problèmes sociaux majeurs, comme l'obésité et la santé mentale, sont négligés en raison d'une définition trop étroite des priorités de recherche.

Il se fait trop peu de recherche utile aux interventions sur la santé des populations. L'expérience du *Guide to Preventive Community Services* (aux États-Unis) illustre bien cette réalité. Au cours des dix dernières années, presque 200 examens ont été complétés, et la moitié de ceux-ci se sont heurtés à un manque de données probantes. Cette lacune fait en sorte que des interventions sont décidées sans information probante.

La D^{re} Anderson a également formulé des observations pertinentes et précieuses sur le développement des capacités de recherche interventionnelle sur la santé des populations. Elle a affirmé qu'il n'existe aucun modèle à suivre. Le décalage entre, d'une part, la recherche et l'évaluation et, d'autre part, les priorités dans le domaine de la santé publique et des populations est un problème mondial. « Par



sa réflexion sur une approche de coordination du développement de ces capacités, le Canada fait vraiment figure de leader. »

Enfin, la D^{re} Anderson a offert quelques conseils judicieux concernant le développement de la capacité de recherche interventionnelle.

- Le développement des capacités consiste à tenter de faire évoluer les systèmes, les organismes et les établissements.
- Le développement des capacités est un processus cumulatif qui doit se dérouler à un rythme modéré.
- Le développement des capacités requiert un investissement à long terme qui ne peut jamais cesser. Il sera important de penser de quelle façon soutenir les efforts actuels.
- La rétroaction et l'amélioration continue sont essentielles au développement des capacités. Il faut songer à évaluer périodiquement la pertinence, la portée et l'envergure de la recherche interventionnelle au Canada – en appui à la planification future.
- Le budget et les priorités en matière d'interventions doivent mieux s'harmoniser avec le budget et les priorités en matière de recherche.
- Le développement des capacités ne peut seulement se limiter à la recherche interventionnelle. Le tout fonctionne de manière plus globale. L'offre en matière de recherche ne peut être séparée de la demande provenant des décideurs et des praticiens. Des changements sont nécessaires des deux côtés pour permettre des interactions productives.

Pour terminer, la D^{re} Anderson nous a exhortés à tirer parti des ressources existantes. Elle a été frappée par le nombre et la variété des réseaux, des milieux de recherche et d'évaluation et des nouveaux mécanismes de financement qui fournissent des occasions de promouvoir la recherche interventionnelle sur la santé des populations au Canada. Elle nous a vivement conseillé d'exploiter au maximum ces atouts et de continuer « d'élargir le cercle ».



Annexe 1 - Liste des participants

Rapport de l'atelier sur l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC)

Laurie Anderson	Centers for Disease Control and Prevention, University of Washington
Mostafa Askari	Health Canada
Nicholas Bayliss	Alberta Health and Wellness
Lillian Bayne	Lillian Bayne and Associates
Will Boyce	Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University
Lindsay Bradshaw	University of Calgary
Carol Brulé	Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information
Roy Cameron	Centre for Behavioural Research and Program Evaluation, University of Waterloo
Sharon Campbell	Population Health Research Group, University of Waterloo
Karen Chad	College of Kinesiology, University of Saskatchewan
Bernard Choi	Public Health Agency of Canada
Jocelynn Cook	First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada
David Crouch	CIHR - Institute of Nutrition, Metabolism and Diabetes
Erica Di Ruggiero	CIHR – Institute of Population and Public Health
Laurette Dubé	James McGill Chair of Consumer and Lifestyle Psychology and Marketing, McGill Integrative Health Challenges Think Tank, McGill University
Jim Dunn	Inner City Health Research Unit, St. Michael's Hospital
Jane Farquharson	Heart and Stroke Foundation - Nova Scotia
Diane Finegood	CIHR - Institute of Nutrition, Metabolism and Diabetes
Larry Frank	School of Community and Regional Planning, University of British Columbia
Kim Gaudreau	CIHR – Institute of Population and Public Health
Jean Harvey	Chronic Disease Prevention Alliance of Canada
Penny Hawe	Centre for the Study of Social and Physical Environments & Health, Markin Institute, University of Calgary
David Hubka	Public Health Agency of Canada
Suzanne Jackson	Centre for Health Promotion, University of Toronto



Harriet Kuhnlein	Centre for Indigenous Peoples' Nutrition & Environment, McGill University
Richard Lessard	WHO, Chronic Diseases Prevention and Management Health Promotion
Donna Lillie	Canadian Diabetes Association
Renee Lyons	Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University
Mary Frances MacLellan-Wright	Public Health Agency of Canada
Patricia Marck	University of Alberta
Richard Massé	Institut nationale de santé publique du Québec
Marjorie McDonald	School of Nursing, University of Victoria
Kelly McQuillen	Diabetes and Chronic Diseases Unit, Manitoba Health
John Millar	Provincial Health Services Authority
David Mowat	Public Health Agency of Canada
Vera Ndaba	CIHR – Institute of Population and Public Health
Gilles Paradis	Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University
Linda Piazza	Heart and Stroke Foundation of Canada
Louise Potvin	Université de Montréal
Kim Raine	Centre for Health Promotion Studies School of Public Health, University of Alberta
Barbara Riley	Centre for Behavioural Research and Program Evaluation, University of Waterloo
Irv Rootman	University of Victoria
Adria Rose	CIHR - Institute of Nutrition, Metabolism and Diabetes
Stephen Samis	Heart and Stroke Foundation of Canada
Alan Shiell	Centre for the Study of Social and Physical Environments and Health, University of Calgary
Lisa Sullivan	Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information
Paul Veugelers	School of Public Health, University of Alberta
Jean-Pierre Voyer	Social Research and Demonstration Corporation
Jeanette Ward	Canada Research Chair, University of Ottawa



Annexe 2 - Comité organisateur

Stephen Samis	Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (coprésident)
Penny Hawe	Conseil consultatif de l'Institut, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada (coprésidente)
Erica Di Ruggiero	Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada
Adria Rose	Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète, Instituts de recherche en santé du Canada
Lisa Sullivan	Initiative sur la santé de la population canadienne-Institut canadien d'information sur la santé
Carol Brulé	Initiative sur la santé de la population canadienne-Institut canadien d'information sur la santé
Elizabeth Gyorfi-Dyke	Initiative sur la santé de la population canadienne-Institut canadien d'information sur la santé
Roy Cameron	Centre de recherche sur le comportement et d'évaluation des programmes, Université de Waterloo
Louise Potvin	Centre de recherche Léa-Roback, Université de Montréal
Gregory Taylor	Agence de santé publique du Canada
Vera Ndaba	Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada
Kim Gaudreau	Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada



Annexe 3 - Liste des documents d'information

Qu'est-ce que la recherche interventionnelle en santé des populations? (Penelope Hawe et Louise Potvin)

Développer les capacités de recherche interventionnelle : Leçons tirées de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire (1986-2006) (Barbara Riley et Gregory Taylor)

Étude d'évaluation des interventions en santé des populations : L'évolution du rôle de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (personnel de l'ISPC)

Soutien des Instituts de recherche en santé du Canada à la recherche interventionnelle en santé des populations au Canada (Erica Di Ruggiero, Adria Rose et Kim Gaudreau)

Études sur la capacité de recherche interventionnelle en santé des populations : L'expérience du Centre de recherche sur le comportement et d'évaluation des programmes (Roy Cameron et Barbara Riley)

Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations pour le Canada : S'appuyer sur le travail de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada et d'autres organisations (Stephen Samis)