

Institut de la santé publique et des populations (ISPP)

# Colloque sur l'avancement de la recherche interventionnelle en santé des populations dans le but de promouvoir la santé et l'équité en santé

## Rapport sommaire

Toronto (Ontario)  
29 et 30 novembre 2010



IRSC CIHR





## Table des matières

<b>Introduction</b> . . . . .	<b>2</b>
<i>Objectifs</i> . . . . .	2
<b>Processus et méthodes</b> . . . . .	<b>2</b>
<b>Présentations</b> . . . . .	<b>3</b>
<i>Questions d'équité en santé : conflits entre l'équité et les interventions</i> . . . . .	3
<i>Les moteurs de la recherche interventionnelle en santé des populations : leçons apprises par le Canada, les É. U. et le R. U.</i> . . . . .	3
<i>Provoquer le changement social face à des preuves imparfaites : inégalités en santé et recherche interventionnelle en santé des populations.</i> . . . . .	4
<i>S'adapter : de la démonstration à la mise à niveau.</i> . . . . .	4
<i>À la croisée des chemins : recherche participative communautaire et RISP</i> . . . . .	5
<i>Préparer le terrain : l'environnement bâti et l'équité en santé</i> . . . . .	6
<i>Qui sont les laissés-pour-compte? Interventions et inégalités sur le plan du revenu</i> . . . . .	7
<b>Présentations par affiches</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>Discussion</b> . . . . .	<b>8</b>
<i>Collaboration</i> . . . . .	8
<i>Établissement des priorités</i> . . . . .	8
<i>Conception de la recherche</i> . . . . .	8
<i>Application des connaissances</i> . . . . .	9
<i>Financement</i> . . . . .	9
<i>Données</i> . . . . .	9
<i>Renforcement de la capacité</i> . . . . .	9

## Introduction

La recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) utilise des méthodes scientifiques pour produire des connaissances au sujet des interventions prenant la forme de politiques ou de programmes qui peuvent théoriquement avoir un effet sur la santé au niveau des populations. Les données probantes livrées par la RISP influencent la prise de décision et sont vitales pour lutter contre les problèmes de santé des populations auxquels sont confrontées les nations aujourd'hui.

Un forum des bailleurs de fonds à Toronto en 2009 a permis de dégager un certain nombre d'obstacles à la conduite et à l'utilisation de la RISP, dont l'absence de mécanismes de financement diversifiés, d'infrastructure, d'incitatifs et de facteurs de motivation, et de tribunes permettant de générer des questions « globales ».

Les bailleurs de fonds ont soulevé un certain nombre d'importants défis posés par la RISP, dont le nombre d'acteurs nécessaires pour assurer le succès, la difficulté de transformer des données recueillies de façon systématique en puissantes histoires de causalité, les défis que posent la mise à l'échelle des interventions et leur reproduction d'un contexte à un autre, de même que la tendance de certaines interventions à amplifier les disparités en santé.

Pour s'attaquer à ces enjeux et aider à stimuler la qualité, la quantité et l'utilisation de la RISP, l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC) et l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC) ont tenu un colloque inaugural sur la RISP, sous le thème *L'avancement de la recherche interventionnelle en santé des populations dans le but de promouvoir la santé et l'équité en santé*, à Toronto les 29 et 30 novembre 2010.

Plus de 130 chercheurs, décideurs et autres experts en la matière du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France, du Portugal et de l'Australie ont assisté au colloque, qui était parrainé par l'ISPP des IRSC, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC.

### Objectifs

Le colloque avait trois principaux objectifs :

- cerner les enjeux pertinents pour l'avancement de la science de la RISP;
- déterminer les nouvelles priorités en matière de RISP ainsi que les besoins connexes en infrastructure de données;
- présenter des exemples de RISP du Canada et de l'étranger.

## Processus et méthodes

Le colloque a adopté une approche à trois volets pour examiner les enjeux, les défis et les possibilités actuels en matière de RISP :

1. une série de présentations par des experts conçues pour illustrer différentes perspectives de la RISP;
2. une séance interactive par affiches montrant des exemples de RISP au Canada et dans d'autres pays;
3. de fréquentes possibilités de commenter et de discuter, tant en plénière qu'en sous-groupes.

## Présentations

*La RISP se bute à un certain nombre d'obstacles de taille : elle n'a pas la cote auprès des chercheurs; elle représente un défi sur le plan méthodologique; elle est considérée comme « fondée sur des faits » et « biomédicale », et l'idée d'une hiérarchie de données probantes est dans une grande mesure mal comprise; elle est souvent considérée comme politiquement inacceptable ou inutile; enfin, il n'y a pas de garanties que les conclusions seront utilisées.*

**Dr Mark Petticrew, London School of Hygiene and Tropical Medicine**

### **Questions d'équité en santé : conflits entre l'équité et les interventions**

#### **Dre Nancy Edwards, ISPP des IRSC**

Les interventions existantes en santé des populations ne sont pas nécessairement les bonnes, et n'atteignent peut-être pas les bonnes populations, en raison des nombreuses influences contextuelles à l'œuvre. Envahissantes et structurellement enchâssées, ces influences englobent les contextes historiques à l'origine des inégalités continues en matière de santé, les forces contextuelles planétaires, et les structures sociopolitiques.

Trois facettes distinctes de la RISP doivent être prises en compte pour aborder ces problématiques et d'autres encore :

1. La recherche de découverte.
2. La recherche d'impact.
3. La recherche de mise en œuvre.

### **Les moteurs de la recherche interventionnelle en santé des populations : leçons apprises par le Canada, les É.-U. et le R.-U.**

#### **Dr Eduardo Simoes, Programme des centres de recherche en prévention, Centers for Disease Control des États-Unis**

Le Programme des centres en recherche en prévention existe depuis 26 ans et regroupe près de 40 universités américaines offrant des programmes de résidence en médecine préventive. Au cours de cette période, le budget du programme — d'où proviennent les fonds des centres pour la recherche de base, des projets pilotes, l'infrastructure, et des activités de participation communautaire centrées sur le renforcement de la capacité de recherche en prévention, la diversification de la recherche et la réalisation en tant que telle de recherche interventionnelle — est passé de 1,5 million à environ 41 millions de dollars par année. Pour tenter de mettre en commun l'information sur les pratiques exemplaires en matière de RISP, les Centers for Disease Control des États-Unis ont évalué un certain nombre d'interventions jusqu'ici et affiché les 20 « plus prometteuses » (sur la base de critères comme l'acceptabilité, l'efficacité, la faisabilité et la durabilité) sur leur site Web à [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).

#### **Dr Peter Craig, Réseau de recherche en sciences de la santé des populations du Medical Research Council du Royaume-Uni**

Le Réseau de recherche en sciences de la santé des populations est formé de 13 centres de recherche qui encouragent le transfert des connaissances méthodologiques, de même que la détermination, l'affinement et la diffusion des pratiques exemplaires en sciences de la santé des populations. Un de ses projets actuels consiste à élaborer des lignes directrices sur l'utilisation d'expériences naturelles pour l'évaluation des



interventions en santé des populations. Les expériences naturelles sont utilisées pour diverses raisons, y compris pour déterminer les causes de maladies ou de changements dans la santé des populations, et pour évaluer les impacts d'interventions en santé publique et autres qu'en santé. Une condition essentielle de leur utilité est l'application de méthodes pour éliminer la partialité potentielle.

Les expériences naturelles fonctionnent le mieux lorsque les critères suivants s'appliquent :

- La taille ou la nature des effets de l'intervention sont incertaines;
- Il n'est pas réaliste, éthique ou politiquement correct de présenter l'intervention comme une expérience;
- Les données pertinentes peuvent être obtenues d'une population d'étude appropriée;
- L'intervention ou ses principes sont en théorie reproductibles, adaptables à une autre échelle ou généralisables.

### ***Provoquer le changement social face à des preuves imparfaites : inégalités en santé et recherche interventionnelle en santé des populations***

#### **Dre Margaret Whitehead, Université de Liverpool**

Une action concertée est nécessaire pour s'attaquer aux inégalités dans les pays européens en évaluant et en surveillant à la fois les politiques plus vastes au niveau des populations qui influencent les déterminants sociaux de la santé et les stratégies et les interventions délibérées qui visent les déterminants des inégalités en matière de santé. Les preuves disponibles, cependant, ont tendance à être inversement proportionnelles à l'impact potentiel d'une intervention. Remédier à cette situation exige un travail conceptuel et méthodologique pour évaluer l'impact différentiel de politiques s'appliquant à l'ensemble de la population; un plaidoyer de la part des chercheurs et des commanditaires de la recherche en faveur des approches convenant le mieux; et la promotion de liens entre le milieu de la recherche et les stratégies pour mettre à l'essai et appliquer des façons de modifier les orientations d'intérêt dans le vrai monde.

Plusieurs études internationales ont montré que des politiques universelles pouvaient avoir une importante incidence positive sur les groupes socioéconomiquement défavorisés. Toutefois, un plus grand effort doit être fait pour déterminer exactement qui sont les bénéficiaires, qui paie, et quels sont les effets sur les plus vulnérables. Il faut chercher des données probantes en différents endroits et à travers différents prismes disciplinaires, à l'aide de diverses méthodes; saisir le contexte stratégique et les valeurs sous-jacentes dans l'évaluation d'interventions globales ou ciblées; appliquer les acquis d'un bout à l'autre du pays dans l'évaluation des expériences naturelles sur le plan des politiques; suivre les impacts différentiels des politiques et des interventions.

### ***S'adapter : de la démonstration à la mise à niveau***

#### **Dr Jim Dunn, Université McMaster**

De solides preuves sont sorties d'expériences naturelles sur des interventions touchant la santé de populations. Des exemples sont des suppléments de revenu provenant d'un nouveau casino qui réduisent des taux précédemment plus élevés de certains troubles psychiatriques chez les enfants auparavant pauvres, la supplémentation des aliments en acide folique qui réduit le taux d'anomalies du tube neural chez les bébés, et les interdictions de fumer à l'intérieur qui réduisent les cas d'enfants hospitalisés pour cause d'asthme. Les aspects longitudinaux des expériences naturelles aident à tenir compte des variables de confusion, à éliminer l'incertitude causale, à accroître la capacité de déceler les changements peu prononcés, et à mieux comprendre le temps qu'il faut pour qu'un changement se produise et la durée de ce changement.

Plusieurs expériences naturelles sont en cours pour examiner le lien entre le logement et la santé au Canada, dont la transformation du complexe d'habitation Regent Park, au coût de un milliard de dollars sur dix ans, dans le centre-ville de Toronto. L'étude portera sur l'effet du déménagement d'un logement temporaire à la première phase du complexe sur la santé mentale et physique des adultes et des enfants et les habiletés comportementales et développementales des enfants. Première en son genre au Canada, l'étude aidera à guider les efforts de réaménagement futurs dans tout le pays et ailleurs dans le monde.

### **Dr Geoffrey Fong, University of Waterloo**

L'usage du tabac est un problème mondial, avec 1,1 à 1,3 milliard de fumeurs dans le monde. Plus de 80 % d'entre eux vivent dans des pays à faible et à moyen revenu, et environ 500 millions mourront de maladies liées au tabagisme (ces nombres devraient augmenter dramatiquement à l'avenir). La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le premier traité de santé au monde, a été unanimement adoptée en 2003 pour lutter contre le problème. Plus de 170 pays ont aujourd'hui signé la Convention, qui les oblige à mettre en œuvre des politiques allant de mises en garde graphiques contre les dangers pour la santé à des interdictions de la publicité en passant par des lois antitabac et des taxes plus élevées sur les produits du tabac.

Le Projet international d'évaluation de la lutte antitabac (projet ITC) a été entrepris en 2002 pour évaluer comment et pourquoi ces politiques fonctionnent dans 20 pays (dont le Canada) qui comptent plus de 70 % des fumeurs dans le monde. Entre autres choses, les enquêtes auprès de la cohorte ITC ont démontré le besoin de revoir les efforts d'étiquetage du Canada et de renforcer les politiques en Chine, où vivent 30 % des fumeurs du monde. Les données éclairent et appuient une gamme de décisions stratégiques dans la lutte mondiale contre le tabagisme, et les objectifs pour l'avenir sont d'étendre la portée des enquêtes existantes, d'accroître l'échange de connaissances, et d'appliquer le même paradigme dans d'autres domaines de la santé des populations (p. ex. obésité).

### **Mme Marie DesMeules, Agence de la santé publique du Canada**

L'ASPC finance des programmes internes et externes de promotion de la santé publique et de prévention dans tout le Canada et reconnaît le besoin d'améliorer l'évaluation des résultats, de passer à de plus vastes initiatives pour mettre à l'essai les interventions dans divers milieux et au sein de diverses populations, et de faciliter l'arrimage de la recherche et de la pratique. L'équité (en matière de santé et de déterminants sociaux de la santé) est un principe de base de la Stratégie d'innovation de l'ASPC, qui est centrée sur le financement à long terme d'importantes questions de santé publique, l'évaluation et la synthèse de haute qualité des résultats, et l'encouragement d'interventions innovantes prometteuses. Les priorités de recherche incluent l'exploration et le renforcement de questions de mise en œuvre clés, les analyses systématiques des coûts et du rapport coût-efficacité des interventions, et l'évaluation des résultats sur le plan de la santé d'interventions autres qu'en santé et des résultats sur d'autres plans que la santé d'interventions en matière de santé.

## ***À la croisée des chemins : recherche participative communautaire et RISP***

### **Dr Chris Lalonde, Université de Victoria**

Une étude de l'« épidémie » de suicide dans les communautés autochtones de la Colombie-Britannique a révélé une stupéfiante variabilité des taux de suicide d'un endroit à l'autre. Des projets communautaires de recherche participative entrepris pour examiner les effets de divers facteurs contribuant au maintien de la culture (p. ex. autonomie gouvernementale, revendications territoriales, éducation, services de santé et d'urgence, interaction entre les aînés et les jeunes, femmes au sein du gouvernement, installations culturelles) ont montré que les communautés où le nombre cumulatif de tous ces facteurs combinés était le

plus élevé étaient celles où les taux de suicide étaient les plus bas. En fait, là où au moins six de ces facteurs étaient réunis, il n'y avait aucun suicide. Il est essentiel d'établir une bonne pratique ainsi que de bonnes directives de pratique pour faire participer les communautés autochtones à ce genre de recherche.

### **Dre Sarah Flicker, Université York, et Mme Nyla Obaid, comité consultatif du Toronto Teen Survey**

Le Toronto Teen Survey est un exemple de recherche participative communautaire. La clé de son succès a été l'engagement significatif des jeunes dans le processus de recherche « à chacune de ses étapes », et le fait qu'on est allé à leur rencontre sur leur propre terrain par des moyens proactifs : médias sociaux, organisations communautaires et centres jeunesse. Le projet a produit d'intéressants résultats sur les plans de la recherche, des orientations et des médias, en plus de donner lieu à des partenariats avec le ministère de l'Éducation de l'Ontario, la Santé publique de Toronto, Planned Parenthood et d'autres parties pour faire en sorte que les résultats influent sur la politique et la pratique. Le processus a été précieux pour la qualité de la recherche et les participants, qui ont fait mention d'avantages personnels et professionnels comme des relations durables avec les autres participants et une meilleure compréhension de la recherche dans le monde réel.

## ***Préparer le terrain : l'environnement bâti et l'équité en santé***

### **Dr Mark Petticrew, London School of Hygiene and Tropical Medicine**

Un examen systématique entrepris pour trouver des interventions visant à promouvoir un « changement modal » des choix de transport (p. ex. à pied ou à vélo plutôt qu'en voiture) a montré que le changement de comportement ciblé pouvait être efficace, alors que les incitatifs financiers ou les mesures d'ingénierie n'avaient aucun effet notable. Plusieurs conclusions ont été tirées de l'examen des faits établis dans les diverses études considérées (p. ex. essais contrôlés randomisés, études de cas et différents types de sondage). L'une d'entre elles est que les essais contrôlés randomisés tendent à évaluer l'effet des interventions au niveau individuel, et les essais non contrôlés, l'effet des interventions au niveau du territoire. Par conséquent, avoir synthétisé les preuves expérimentales seulement aurait faussé l'examen. Une autre conclusion a été que les évaluations des déterminants sociaux des inégalités en matière de santé étaient souvent non expérimentales parce que les interventions avaient lieu en amont et au niveau territorial.

### **Dre Lise Gauvin, Université de Montréal**

Un projet de recherche a été entrepris pour examiner les impacts de BIXI, un programme public de partage de vélos qui permet l'installation saisonnière à Montréal de quelque 4 500 vélos à 450 stations. Bien qu'environ 72 % des Montréalais avaient entendu parler du programme à la fin de sa première saison, les personnes qui vivaient plus près des stations et qui étaient plus scolarisées et avaient un meilleur revenu le connaissaient mieux. La complexité de l'intervention et les effets conjugués de l'exposition et des inégalités sociales sont tels que des analyses plus poussées sont nécessaires pour comprendre les impacts sur les caractéristiques des déplacements, le risque de blessure et l'opinion publique au sujet du développement durable. La méthodologie a évolué et inclut maintenant plusieurs mesures sur l'accueil favorable de changements décrétés par les autorités publiques dans les quartiers (p. ex. taxes de stationnement), l'utilisation de casques de vélo et l'impact perçu du BIXI sur l'image de Montréal.

### **Mme Tina Atva, urbaniste, Vancouver**

L'urbanisme et la santé publique sont liés de la même façon à l'environnement bâti et ont souvent des mandats qui se chevauchent pour la création de milieux sains et d'une meilleure qualité de vie. Les



urbanistes peuvent tirer parti de la recherche en santé publique qui porte sur les éléments de l'environnement bâti, et un certain nombre de trousseaux d'outils et de guides utiles ont été créés par le secteur de la santé au cours des dernières années à l'intention des urbanistes. Plus ces guides sont faciles à utiliser et plus ils sont illustrés, plus ils ont de chances d'être lus. Les chercheurs en santé sont encouragés à faire appel à divers professionnels de la construction des villes et décideurs (p. ex. ingénieurs, architectes, urbanistes) dans leur recherche, à participer à des conférences d'urbanisme, à présenter des articles à des revues d'urbanisme, et à nouer des contacts sur le plan individuel, car nombreux sont ceux qui désirent travailler avec des chercheurs dans des projets d'urbanisme.

## ***Qui sont les laissés-pour-compte? Interventions et inégalités sur le plan du revenu***

### **Dre Evelyn Forget, Université du Manitoba**

MINCOME, une expérience sociale menée dans les années 1970, visait à atténuer la pauvreté en procurant aux habitants de Dauphin (Manitoba) un niveau de revenu garanti. Des données administratives de santé et un plan quasi expérimental rétrospectif ont été utilisés aux fins d'un projet pour déterminer les effets de cette intervention à l'échelle de la communauté. Les résultats ont montré que les hospitalisations pour cause d'accidents, de blessures et de problèmes de santé mentale, de même que les contacts avec des médecins pour des questions de santé mentale, avaient diminué chez les participants comparativement à un groupe témoin durant l'expérience. En outre, un plus grand nombre d'adolescents qui ont participé à l'expérience sont restés à l'école et ont terminé leurs études secondaires, d'où divers autres avantages sociaux (y compris sur le plan de la santé) qui allaient non seulement durer toute la vie, mais être transmis aux générations suivantes. L'expérience a aussi eu une incidence marquée sur les femmes de Dauphin : leurs taux de fertilité ont diminué, elles ont eu leur premier enfant plus tard, et elles ont eu moins d'enfants en tout.

### **Dr Tim Aubry, Université d'Ottawa**

Il y aurait entre 150 000 et 300 000 sans-abri au Canada. La maladie mentale grave, la toxicomanie et les comportements suicidaires sont plus communs chez les sans-abri que dans l'ensemble de la population, et nombre de ces personnes sont marginalisées ou isolées de la société. *At Home/Chez Soi*, qui a été créé en 2008 et qui est financé pendant une période de cinq ans est un projet pilote venant appuyer la recherche et les services en matière de santé mentale et d'itinérance dans cinq grandes villes canadiennes. Un projet de recherche a été entrepris pour étudier les effets de l'intervention, sous les angles particuliers de la toxicomanie à Vancouver, de la santé des Autochtones à Winnipeg, des groupes ethnoculturels à Toronto, du logement à Montréal et des milieux ruraux à Moncton.

### **M Jean-Pierre Voyer, Société de recherche sociale appliquée**

Les gouvernements et les organisations communautaires peuvent collaborer pour tenter de remédier aux problèmes de pauvreté et d'inégalité du revenu. Par exemple, le chômage élevé dans la municipalité régionale du Cap-Breton en Nouvelle-Écosse a motivé la création du Projet communautaire d'innovation dans l'emploi (PCIE), une stratégie active de réemploi qui a pris la forme d'un « salaire communautaire » pour les personnes sans emploi qui se sont portées volontaires pour travailler à des projets communautaires créés localement. Une évaluation du projet a montré que le PCIE avait fait diminuer de façon durable la proportion de ménages dont le revenu n'atteignait pas 75 % du seuil de faible revenu (de 63,8 % à 49,1 %) et augmenter les taux d'emploi. Une amélioration a été observée dans la qualité des emplois, le nombre de participants occupant des postes spécialisés ayant augmenté de 10 %. Bien que les ressources sociales créées pendant la durée du programme aient diminué ensuite, une analyse avantages-coûts a révélé que le programme avait procuré des avantages nets de 1,39 \$ pour chaque dollar dépensé pour les bénéficiaires d'aide au revenu.

## Présentations par affiches

L'ISPP, en partenariat avec l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC, a organisé une séance interactive par affiches afin de présenter des exemples du RISP au Canada et dans d'autres pays. Une vaste gamme de thèmes ont été abordés, mais en particulier les effets d'initiatives au niveau des populations sur différents aspects de la santé physique et mentale. Il a notamment été question des impacts de l'activité physique sur le renoncement au tabac chez les adolescents, des visites au domicile des nouvelles mères, des quartiers piétonniers, des programmes de nutrition à l'école, du logement subventionné, et des approches communautaires pour les itinérants adultes présentant des troubles concomitants.

## Discussion

La dernière séance du colloque a pris la forme d'une période de questions et réponses suivie d'échanges en table ronde pour chercher à déterminer comment les chercheurs, les utilisateurs des connaissances et les bailleurs de fonds de la recherche pouvaient ensemble contribuer à l'avancement de la RISP, à l'infrastructure nécessaire pour l'appuyer, et à la satisfaction de besoins des utilisateurs de la recherche. Un certain nombre de suggestions, qui sont résumées sous les rubriques pertinentes, ont découlé de ces échanges.

### *Collaboration*

- Obtenir dès le départ la participation des utilisateurs des connaissances (p. ex. responsables des politiques, élus, membres de la collectivité, secteur privé, groupes défavorisés ou marginalisés). Devraient aussi être amenés à la table des spécialistes de l'économie sanitaire et des sciences politiques, des pairs examinateurs et des rédacteurs en chef de journaux.
- Interpréter les conclusions en collaboration.
- Établir des principes directeurs pour la participation communautaire/citoyenne, et documenter la manière dont sont utilisés les apports obtenus ainsi que les résultats des collaborations.
- Développer la confiance et renforcer les relations avec d'autres groupes.
- Nouer des liens avec le monde des affaires et le mobiliser pour la promotion de la recherche.

### *Établissement des priorités*

- Déterminer les priorités de recherche qui comblent l'écart entre les besoins indiqués par les chercheurs et les collectivités respectivement. Fixer les priorités sur la base d'enjeux durables.
- Créer un cadre conceptuel pour établir des buts et des priorités tournés vers l'avenir en matière de RISP.
- Prendre en considération l'importance potentielle de l'impact des interventions au moment de prioriser leur évaluation.

### *Conception de la recherche*

- Considérer chaque sorte de plan de recherche pour passer de la démonstration de l'efficacité à l'application (p. ex. essais contrôlés randomisés, expériences naturelles, quasi-expériences).
- Faire plus de recherche sur les normes sociales et la manière dont elles peuvent être changées.
- Établir une approche méthodologique qui accepte une gamme de résultats voulus et non voulus sur le plan ou non de la santé.
- Procéder à plus d'analyses longitudinales.
- Établir des mesures et des indicateurs communs afin que les résultats puissent être comparés.

- Recueillir et analyser des données de telle manière que les résultats puissent être analysés par sexe et par genre.
- Considérer la justice sociale comme principe de la RISP.
- Étudier la portion supérieure et intermédiaire de l'échelle socioéconomique, ainsi que la portion inférieure.
- Randomiser la mise en œuvre décalée des politiques pour avoir des groupes de comparaison.
- Procéder à des recherches pour obtenir certaines réponses rapidement tout en insistant sur le besoin d'investir dans la recherche à plus long terme.

### *Application des connaissances*

- Faire des recherches sur la façon dont les responsables des politiques utilisent la recherche et les stratégies efficaces pour encourager cette utilisation.
- Produire des connaissances/données probantes et les mettre en application pour qu'elles sachent intéresser les décideurs et les membres du public et qu'il y soit donné suite.
- Tirer parti des possibilités de faire parler de la recherche à des moments opportuns.
- Augmenter la recherche sur les valeurs pour faire accepter les options stratégiques.
- Entreprendre une analyse plus robuste afin de promouvoir une approche pangouvernementale et déterminer les liens optimaux sur le plan stratégique.
- Établir une description systématique des ingrédients de la « mise à l'échelle ».
- Cesser d'utiliser le terme « intervention » parce qu'il a une connotation négative.
- Améliorer la compréhension des preuves décisionnelles.
- Intensifier les relations publiques autour des réalisations en santé publique.
- Intégrer l'application des connaissances dans la recherche.
- Utiliser des moyens de communication nouveaux (p. ex. petit déjeuner sur la Colline).
- Créer des bases de données sur la santé facilement accessibles et conviviales.
- Trouver des façons innovantes de communiquer l'information au public.
- Rédiger des articles percutants, fondés sur des faits, pour influencer les responsables des politiques et le message des médias – en prenant en considération l'importance des facteurs qui font augmenter les coûts pour les décideurs.

### *Financement*

- Offrir un financement à long terme pour appuyer tous les aspects de la RISP (p. ex. collecte de données, création de bases de données et de sites Web, collaboration et participation de la collectivité, échange de connaissances, communication, et promotion du travail d'équipe et de la collaboration).
- Encourager les demandes de subventions de fonctionnement.

### *Données*

- Travailler avec des partenaires régionaux, nationaux et internationaux pour créer des réseaux de surveillance et des bases de données multiniveaux.
- Créer des dépôts accessibles pour l'information/les données probantes découlant de la recherche à l'intention des décideurs et des collectivités.
- Rétablir le formulaire de recensement détaillé comme source d'information.

### *Renforcement de la capacité*

- Former d'autres disciplines en santé publique.
- Inciter davantage les universitaires à participer à la RISP, à travailler dans des équipes multidisciplinaires et à faire de la recherche appliquée.

