

Stimuler l'innovation méthodologique et théorique dans la recherche interventionnelle en santé des populations

Rapport sommaire de l'atelier

Toronto (Ontario)
1^{er} décembre 2010



IRSC CIHR





Table des matières

Introduction	2
<i>Objectifs</i>	2
Processus et méthodes	2
Séances	3
<i>Séance 1 : Évaluer l'efficacité des interventions en santé des populations</i>	3
<i>Séance 2 : Questions d'équité sur le plan de la santé dans la recherche interventionnelle en santé des populations</i>	4
<i>Séance 3 : Point de vue des bailleurs de fonds de la recherche</i>	5
Discussion	6
<i>Promotion de la recherche interventionnelle en santé des populations</i>	6
<i>Établissement des priorités</i>	6
<i>Essais contrôlés randomisés</i>	7
<i>Conception et méthodologie</i>	7
<i>Interactions</i>	7
<i>Disparités en santé</i>	8
<i>Risque relatif c. risque absolu</i>	8
<i>Valeurs dans la prise de décisions</i>	8

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.

Afin de discuter de 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 symposium inaugural, sous le thème de 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.

Le symposium a soulevé un certain nombre de questions méthodologiques touchant la RISP, y compris les avantages et les inconvénients de différents plans d'étude (p. ex. essais contrôlés randomisés, expériences naturelles, études de cas). Afin d'approfondir ces questions et d'aider à faire avancer les théories et les méthodes relatives à la RISP, l'ISPP des IRSC et l'IRISPC ont tenu un atelier immédiatement après le symposium.

Environ 60 chercheurs du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de la France et de l'Australie se sont réunis à Toronto le 1^{er} décembre 2010 dans le cadre de l'atelier *Stimuler l'innovation méthodologique et théorique dans la RISP*. Les participants ont été encouragés à s'entendre sur la gamme et la combinaison de méthodes nécessaires pour s'attaquer à d'importantes questions et à contribuer à l'élaboration d'une déclaration de consensus sur le sens de la RISP.

L'atelier a été organisé sous la conduite d'un comité de planification expert et commandité 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

Les objectifs de l'atelier étaient de :

- créer une tribune afin de susciter le débat et la discussion sur les différents fondements théoriques et méthodologiques de la RISP, de les mettre en opposition et de faire avancer la science des interventions en santé des populations et
- déterminer les domaines prioritaires de la RISP.

Processus et méthodes

L'atelier comportait trois séances avec président, chacune traitant d'un aspect différent de la RISP et de questions particulières à considérer. Des présentateurs experts ont ouvert les séances en exposant certains des défis méthodologiques et théoriques auxquels font face les chercheurs dans l'évaluation de l'impact des interventions en santé des populations, alors que les participants ont réfléchi aux présentations à partir de leurs propres perspectives complémentaires et contrastantes. Les participants ont eu l'occasion de faire valoir leurs propres réflexions et points de vue, qui sont mis en évidence dans la dernière section du présent document.

Séances

Séance 1 : Évaluer l'efficacité des interventions en santé des populations

Président : Dr Alan Shiell, Université de Calgary

Questions clés :

1. Est-il possible de préserver les avantages de la randomisation tout en s'assurant que les interventions sont adaptées au contexte local? Dans l'affirmative, comment faire pour maintenir et évaluer la fidélité?
2. Comment pouvons-nous généraliser les résultats d'études de cas intensives?

Présentateur : Dr Michael Oakes, Université du Minnesota

La norme reconnue pour les interventions en santé des populations est l'essai de groupe randomisé ou l'essai communautaire randomisé (c.-à-d. qui exploite des groupes sociaux intacts); toutefois, ces essais peuvent être coûteux et difficiles à gérer et à reproduire. Un avantage de la randomisation est la production de substituts contrefactuels échangeables qui facilitent la détermination des effets de l'intervention, si l'échantillon est assez grand. La détermination de ces effets comprend trois éléments : positivité (probabilité d'exposition), échangeabilité et uniformité (même traitement pour l'ensemble des sujets).

En RISP, il faut insister davantage sur l'élimination des explications et des hypothèses contradictoires au moyen d'expériences bien exécutées et d'études de cas. Les études de cas sont le fondement de notre façon de concevoir la plupart des choses, mais elles sont largement sous-utilisées en RISP. Il faut plus d'études de cas bien fouillées et documentées faisant appel à la pensée critique et à l'assemblage de preuves pour tirer des inférences crédibles.

Les études de cas sont le fondement de notre façon de concevoir la plupart des choses, mais elles sont largement sous-utilisées en RISP.

Plutôt que de la considérer comme l'« effet moyen », il faudrait voir la généralisabilité comme le transfert d'une intervention qui fonctionne d'un endroit à un autre. La prudence est de mise lorsqu'on généralise à partir d'études de cas : il est essentiel de connaître et d'incorporer les détails locaux pour réussir. Bien qu'il soit avantageux d'adapter les interventions aux groupes locaux, une « adaptation parfaite » signifie qu'il n'y a pas de reproduction et « aucune adaptation » signifie que l'intervention peut ne pas convenir à certaines collectivités.

Panéliste : Dre Louise Potvin, Université de Montréal

Les essais randomisés en grappes ne sont pas l'idéal pour les interventions en santé des populations. La randomisation est une approximation imparfaite d'un contrefactuel expérimental qui exige des hypothèses, et l'hypothèse constante-effet exigée ne peut être satisfaite. Le problème fondamental de l'inférence causale est que la causalité est impossible à observer directement en raison des différences dans les effets potentiels résultant de l'exposition à des causes particulières (c.-à-d. interpréter un effet principal en présence d'un effet d'interaction). Plutôt, la cause est déduite à partir d'un travail scientifique ou d'une théorie statistique.

L'élément efficace d'une intervention se situe dans l'interaction avec les caractéristiques contextuelles.

L'élément efficace d'une intervention se situe dans l'interaction avec les caractéristiques contextuelles. Au niveau local, le contrefactuel pour une inférence causale est une longue série d'observations

préinterventionnelles. Des ensembles beaucoup plus vastes d'interventions et d'études interventionnelles sont nécessaires pour élaborer les théories et les méthodes qu'exige une bonne science des interventions en santé des populations.

Séance 2 : Questions d'équité sur le plan de la santé dans la recherche interventionnelle en santé des populations

Présidente : Dre Jeannie Shoveller, Université de la Colombie-Britannique

Questions clés :

1. Comment les questions d'équité sur le plan de la santé peuvent-elles être intégrées à nos plans de recherche sur les interventions en santé des populations?
2. Quels sont les progrès requis sur les plans théorique et méthodologique pour produire les données empiriques nécessaires sur les façons dont les interventions en santé des populations réduisent les iniquités de manière efficace?

Présentatrice : Dre Margaret Whitehead, Université de Liverpool

Il y a trois façons principales de réduire les inégalités : améliorer la santé des plus défavorisés, réduire les écarts en matière de santé et réduire le gradient social en santé au sein de toute la population. Les stratégies nationales et régionales en Grande-Bretagne ont en général privilégié les deux premières façons, tendant vers les interventions qui visent les modes de vie individuels en aval plutôt que vers les déterminants sociaux plus globaux en amont. Ces tendances en ont réduit l'efficacité potentielle.

Les trois principales façons de réduire les inégalités sont d'améliorer la santé des plus défavorisés, de réduire les écarts en matière de santé et de réduire le gradient social en santé au sein de toute la population.

Bien que l'information sur les réductions relatives et absolues dans les inégalités résultant d'initiatives de santé publique soit importante pour l'élaboration des politiques, les différences entre les deux peuvent être difficiles à expliquer. L'intention en santé publique n'est pas de réduire les inégalités sur le plan de la santé en nivelant vers le bas, mais plutôt d'améliorer la santé de la population globale et de réduire les inégalités en nivelant vers le haut.

Le but est d'atteindre des objectifs équitables de la façon la plus efficiente possible. Des efforts sont requis pour plaider en faveur d'une visibilité accrue des inégalités en santé et des impacts différentiels des politiques; de l'application intelligente de cibles et d'indicateurs de rendement; de buts qui assurent le nivellement vers le haut et non vers le bas; de l'utilisation de modèles logiques pour les stratégies; de délais réalistes pour l'atteinte des cibles.

Panéliste : Dr Jason Robert, Université d'État de l'Arizona

La recherche en santé publique et en santé des populations est fondamentalement un exercice en incertitude où se pose le double défi des connaissances incomplètes et des populations dynamiques. Bien que les mesures de santé publique doivent reposer sur des données probantes, de simples preuves qu'il existe des inégalités en santé ne révèlent rien au sujet de ces inégalités. Quand la science entre en jeu, le cas échéant, elle le fait de pair avec les valeurs dominantes, les priorités et d'autres facteurs dans le contexte de la prise de décisions. Au Canada, par exemple, des descriptions détaillées des aspects caractéristiques de l'inégalité ou de la disparité en santé ont conduit à l'impératif moral d'intervenir pour les réduire, mais certains considèrent que les efforts en ce sens dépassent leur responsabilité, sont peu judicieux, représentent un gaspillage, etc. La question est de savoir comment influencer les gens dans une démocratie pluraliste quand il peut n'y avoir que peu de valeurs éthiques universellement partagées, sinon aucune.

La défense de la cause et le lobbying sont nécessaires pour influencer les politiques et rendre possible la prise en mesures en santé publique, et si ces mesures doivent reposer sur des données probantes, les décisions dépendent des valeurs dominantes et des priorités.

Pareils défis exigent des efforts collaboratifs et soutenus en matière d'évaluation empirique et de travail normatif et politique. Il ne suffit pas de demander aux gens *ce qu'ils pensent*; il faut aussi leur demander *pourquoi* ils pensent ainsi et peut-être pourquoi ils devraient songer à penser autrement. Le FrameWorks Institute propose de poser la question de l'équité en termes de disparités entre les lieux et non entre les gens. Ceux qui ont des intérêts acquis et des perspectives à partager devraient être amenés à la table afin de créer une tribune délibérative.

Il ne suffit pas de demander aux gens ce qu'ils pensent; il faut aussi leur demander pourquoi ils pensent ainsi et peut-être pourquoi ils devraient songer à penser autrement.

Séance 3 : Point de vue des bailleurs de fonds de la recherche

Présidente : Dre Shawna Mercer, Centers for Disease Control des É.-U.

Questions clés :

1. D'après les présentations d'aujourd'hui, quels domaines de recherche votre organisme entend-il appuyer afin de soutenir davantage les fondements théoriques et méthodologiques de la recherche interventionnelle en santé des populations? Quels sont les facteurs qui rendent ces domaines de recherche plus prioritaires?
2. Quelle serait la meilleure façon d'encourager les collaborations internationales visant à favoriser de telles innovations dans la RISP?
3. Où voyez-vous le domaine de la RISP dans cinq ans d'ici?

Présentateur : Dr Jean-Baptiste Herbet, Institut national du cancer, France

La France est une nouvelle venue dans cette sphère de recherche, ayant lancé son premier appel de demandes en RISP pour la prévention du cancer en 2010. Des efforts sont en cours dans le cadre d'un plan d'action gouvernemental sur trois thèmes principaux, dont la réduction des inégalités en santé (les inégalités sociales, en particulier). L'Institut national du cancer de la France est financé par le ministère national de la Santé et de la Recherche, ce qui fait qu'il est bien placé pour informer les élus de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas sur le plan des interventions. Le symposium et l'atelier sur la RISP ont permis de promouvoir la collaboration internationale dans des domaines comme l'examen par les pairs et le renforcement des liens entre les chercheurs et les responsables des politiques.

Présentateur : Dr John McCallum, NHMRC, Australie

En Australie, où les études épidémiologiques reçoivent la plus grande part des fonds destinés à la recherche en santé, un nouvel organisme de prévention en santé est en train d'être établi pour prendre en charge la recherche sociale et translationnelle. On s'intéresse à la collaboration avec le Canada dans le cadre d'interventions vastes et complexes visant à optimiser les impacts sur une gamme de changements structurels sans creuser les écarts socioéconomiques, et aussi dans l'examen par les pairs (peut-être en faisant appel aux mêmes membres de comités et en ayant des possibilités de formation communes). Les progrès suivants sont concevables sur un horizon de cinq ans : des chercheurs en santé publique qui procurent une formation et fournissent des conseils aux membres et aux présidents des comités, aux évaluateurs et aux examinateurs; une meilleure performance en matière de santé dans les groupes marginalisés; la mise en application des conclusions de la recherche épidémiologique dans les efforts de santé publique.

Présentateur : Dr Mark Petticrew, London School of Hygiene and Tropical Medicine avec une allocution préparée par le Dr Peter Craig, MRC du R.-U.

Un meilleur usage doit être fait de la théorie et des méthodes existantes de la RISP, des changements radicaux étant peu probables comparativement aux légers affinements découlant des leçons apprises. En plus des avancées méthodologiques, une pensée claire est nécessaire pour améliorer la compréhension d'interventions complexes. La collaboration internationale est un pas en avant, et le Projet international d'évaluation de la lutte antitabac peut représenter un modèle pour les efforts du genre. Étant donné les différences dans les contraintes contextuelles, les collaborations devraient porter sur la création de ressources communes pour appuyer la RISP, y compris l'infrastructure qui peut être utilisée à l'échelle internationale (p. ex. ensembles de données partagés). Les priorités de recherche devraient être établies systématiquement à l'aide de techniques d'évaluation et d'application formelles.

Présentateur : Dr Eduardo Simoes, CDC des É.-U.

Le programme Prevention Research Centers (PRC) des Centers for Disease Control des États-Unis a mis environ 250 millions de dollars sur cinq ans à la disposition de 37 universités pour la recherche entreprise à l'initiative de chercheurs. Les priorités de recherche du programme incluent la promotion de la santé et la prévention de la maladie, les changements au niveau de la politique et à la grandeur du système, et le financement continu de la recherche sur la prévention reposant sur des données probantes. Plus d'une douzaine d'interventions nouvelles et efficaces ont été mises au point dans le cadre du programme PRC, dont bon nombre ont déjà été adoptées un peu partout aux États-Unis. Un autre centre d'intérêt du programme est la stimulation de la réalisation d'expériences naturelles de changements stratégiques et environnementaux qui, intentionnellement ou non, influent sur les résultats de santé. Sont envisagées d'ici à cinq ans la création d'approches innovatrices dans la conception et les méthodes pour incorporer de façon plus efficace et efficiente la complexité de l'interaction dans le contexte de l'intervention; la mise au point de nouveaux systèmes de mesures et indicateurs; et une collaboration accrue dans la mise en œuvre de la RISP faisant intervenir deux pays ou plus.

Discussion

Promotion de la recherche interventionnelle en santé des populations

- La collaboration internationale est essentielle.
- Les principes d'une RISP solide et d'autres considérations pertinentes doivent être définis.
- Les chercheurs peuvent favoriser la RISP en faisant partie des comités d'examen par les pairs, en présentant des demandes de subvention, en réalisant des études de haute qualité et en publiant les résultats, et en améliorant leur capacité de défendre la cause et de communiquer efficacement avec les décideurs – en particulier, il est essentiel de raconter des histoires convaincantes, de mettre en lumière des perspectives différentes et de s'adresser à différents auditoires.

Établissement des priorités

- La voix des membres de la collectivité est nécessaire pour aider à définir les priorités de recherche.
- Il faut débattre plus globalement de l'importance de l'enchâssement de notions d'équité, et des implications sur le plan des politiques, des programmes et du financement du risque attribuable pour la population et du fardeau global de la maladie dans l'établissement des priorités pour la RISP.
- Bien réfléchir au départ à ce qui est examiné peut aider à empêcher que les fonds soient mal dirigés, c'est-à-dire qu'il faut mettre en relief les aspects importants et détourner l'attention des questions au sujet desquelles l'information est rare.

- Les épidémiologistes devraient être encouragés à intégrer des considérations relatives à l'égalité en matière de santé dans leurs travaux.
- Nous devons distinguer maximisation de la santé et avancement économique, et nous demander davantage comment chacun influe sur l'autre.

Essais contrôlés randomisés

- Une considération accrue de la validation de principe et une meilleure compréhension a priori sont nécessaires pour montrer les voies causales.
- Les ECR en grappes ne permettent peut-être pas de relier le contexte aux résultats; toutefois, ils permettent l'examen d'une approche dose-effet.
- Les ECR sont utiles pour des interventions structurelles; toutefois, pour les interventions agentiques (individualistes), où la théorie sociale entre en jeu, il est nécessaire de comprendre pourquoi les gens changent ou ne changent pas.

Conception et méthodologie

- Chaque plan a ses points faibles.
- Un large éventail de méthodes d'étude disponibles pour la RISP sont sous-utilisées ou n'ont pas suffi à la tâche simplement parce qu'elles n'étaient pas adaptées à la situation ou que l'état d'esprit que demande leur utilisation faisait défaut.
- Aucune norme ne fera jamais l'unanimité.
- Si la question est de savoir si une intervention *peut* fonctionner, les expériences sont en général plus utiles; s'il s'agit de savoir si elle *fonctionne* réellement, l'observation est habituellement un moyen plus facile de le déterminer.
- Si un processus peut être adapté entre divers contextes et si ses éléments clés et ses ingrédients actifs sont bien mesurés et connus, il peut être possible de le reproduire même s'il semble différent dans des contextes différents.
- Des travaux récents sur l'utilisation de modèles pour définir ce qui se produit en l'absence de traitement et qui reproduisent ce que nous voyons dans le monde réel ont conduit à de multiples méthodes nouvelles. Imposer des limites à ce qui définit la RISP optimale enferme la recherche dans des méthodes quantitatives et des essais randomisés.
- Aucun modèle ne peut commencer à saisir la complexité d'un groupe de personnes parce que tant de facteurs contextuels ne peuvent être contrôlés (p. ex. sociaux, affectifs, culturels, historiques). D'autres méthodes, en particulier les expériences naturelles combinées à de solides études de cas qualitatives, conviennent bien mieux à la RISP.
- N'importe quel genre d'expérience naturelle où il y a une intervention en révèle davantage du point de vue théorique que ce qui peut être appris d'un système stable. La perturbation du système peut être plus révélatrice au sujet du mécanisme causal.
- Si l'on examine une intervention qui a évolué naturellement sous le prisme d'au moins deux méthodes de recherche observationnelle distinctes et que ces méthodes pointent dans la même direction pour ce qui est de la relation entre le résultat et l'intervention, c'est une forte indication d'un effet d'intervention possible. Un suivi à l'aide de méthodes de recherche plus traditionnelles peut ensuite permettre de mieux comprendre le lien causal entre l'intervention et le résultat sur le plan de la santé.
- La recherche porte sur les choses qui sont mesurables au niveau environnemental et les comportements au niveau individuel. Il serait plus utile de penser à des variables plus complexes qui sont fonction du lieu (p. ex. relationnelles).

Interactions

- Dans la recherche d'effets d'interaction, il est utile de s'assurer que les effets potentiels à l'intérieur de sous-groupes (p. ex. sexe, lieu et ethnicité) sont préalablement spécifiés et ont un fondement théorique.

- Il existe une interaction entre le traitement et le contexte; la question est de savoir à quel point le contexte est particulier.
- La répartition des effets indésirables est systémique, non aléatoire.
- Les interventions qui visent à susciter des effets d'interaction doivent être examinées de plus près, car la rétroaction doit être amplifiée afin de changer un système complexe.

Disparités en santé

- Les discussions sur l'égalité ont surtout porté sur la réduction des disparités parmi les plus défavorisés. Une plus grande attention doit être accordée à ce que les gens se font eux-mêmes collectivement.
- La société est diverse, si bien que parler de ce qui est connu ou estimé collectivement est impossible.
- L'accent doit être mis sur les déterminants des inégalités en matière de santé plutôt que sur les déterminants sociaux de la santé.
- Spécifier ou isoler des îlots de dénuement ne tient pas compte du fait que certaines personnes connaissent l'oppression à de multiples niveaux.
- Il faut déterminer s'il y a lieu de faire la distinction, et où la faire, entre améliorer la santé et accroître l'égalité en matière de santé, et si des interventions doivent être rejetées simplement parce qu'elles accroissent les inégalités en matière de santé.
- La mesure de l'égalité ou de l'inégalité n'indique pas si une politique est bonne ou mauvaise. La seule manière d'aller au-delà d'une approche distributive est d'incorporer non seulement des dimensions normatives, mais aussi d'autres façons de penser, inspirées par d'autres disciplines, dans notre approche de la conceptualisation des inégalités.

Risque relatif c. risque absolu

- Deux groupes avançant en parallèle vers un risque moindre, mais s'écartant un peu en cours de route, seraient vus comme un résultat largement positif; donc, les différences absolues comptent, mais non les différences relatives.
- Les échanges devraient porter sur les taux réels, les tendances des taux réels et les différences quant au risque plutôt que sur le risque relatif.
- La stratification signifie qu'un plus grand effort peut être nécessaire pour atteindre la même cible dans différents sous-groupes.
- L'indice de stratification sociale est très peu fluide, si bien qu'il n'existe aucune raison de s'attendre à des différences dans le domaine de la santé.

Valeurs dans la prise de décisions

- Outre l'élaboration de nouvelles théories et méthodes, il y a lieu de redéfinir l'innovation et de remettre en question les valeurs existantes.
- Plutôt que de demander aux gens ce qu'ils pensent de slogans au sujet de l'équité, il est préférable de les interroger sur leurs valeurs, parce qu'ils ont plus de chances d'appuyer l'égalité de ce point de vue.
- Que quelqu'un adopte ou non une perspective utilitaire pour améliorer la santé globale ou une perspective équitable pour redistribuer la santé plus équitablement, c'est uniquement une question de valeurs.
- Parfois, la façon dont l'importance d'un problème est communiquée fait que les gens font les bonnes choses pour les mauvaises raisons (p. ex. par pitié ou compassion mal placée plutôt qu'en raison de valeurs qui tiennent à la justice sociale).
- Les données probantes ne donnent pas nécessairement lieu à des solutions.
- Des personnes verront toujours leur situation se détériorer, par rapport à ce qu'elle était avant, du fait d'une politique.
- Même l'absence de politique est une politique.