



IRSC CIHR

Institut des services et des politiques de la santé des IRSC

Évaluation interne pour l'examen international 2011



Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Canada

Table des matières

Mandat et contexte	1
Priorités de l’Institut	4
Principales initiatives	8
Initiative 1 : Soutenir les chercheurs les plus brillants pour relever les défis du système de santé	8
Initiative 2 : Soutenir l’élaboration de méthodes, d’outils, d’infrastructures et de connaissances théoriques pour l’excellence de la RSPS.....	9
Initiative 3 : Soutenir la RSPS et l’AC pour relever les défis du système de santé.....	10
Retombées et résultats	11
Renforcement des capacités.....	11
Production de nouvelles connaissances	14
Prise de décisions éclairées.....	17
Impacts sur la santé, le système de santé et les soins de santé	20
Effets transformateurs	21
Regard sur l’avenir	22
Liste des acronymes et des abréviations	26
Références	27

Liste des figures

Figure 1 : L'évolution des objectifs stratégiques de l'ISPS	5
Figure 2 : Évolution du pourcentage des dépenses des IRSC liées à la recherche sur les services et les politiques de la santé.....	11
Figure 3 : Indice de spécialisation et moyenne des citations relatives des dix pays ayant le plus grand nombre de publications sur l'accès aux soins appropriés, 2000-2008.....	16

Mandat et contexte

Dans le contexte du vieillissement de la population, des progrès technologiques rapides, de la demande croissante de services et des contraintes financières, comment les gouvernements provinciaux doivent-ils choisir les médicaments qui seront remboursés? Quels sont les moyens les plus rentables d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et spécialisés? Comment les hôpitaux et les centres de soins de longue durée peuvent-ils améliorer la qualité et la sécurité des soins qu'ils prodiguent? Quelle est la meilleure façon pour le gouvernement fédéral de soutenir l'utilisation efficace des dossiers de santé électroniques? Il s'agit là de certaines questions cruciales auxquelles l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des IRSC tente de répondre.

Fondé en 2000, l'ISPS mène des activités de recherche sur les services et les politiques de la santé et d'application des connaissances (AC) exemplaires dans le but de contribuer à l'amélioration des résultats du système de santé.

Le présent rapport traite des initiatives mises de l'avant par l'ISPS pour réaliser son mandat et atteindre ses objectifs. On y expose également les principales réalisations de l'Institut au cours de ses dix ans d'existence, des cinq dernières années en particulier. En somme, l'ISPS :

- construit un milieu axé sur l'excellence et finance des projets novateurs et transformateurs dans le domaine de la recherche sur les services et les politiques de la santé (RSPS);
- élabore de nouveaux outils de financement qui concourent à l'application des résultats de recherche aux politiques, qui sont intégrés à l'architecture des IRSC et qui sont repris ailleurs dans le monde;
- crée des occasions de recherche qui visent plus d'une province et qui tirent profit des expériences naturelles des 13 provinces et territoires du Canada;
- joue un double rôle au sein des IRSC en tant qu'institut et responsable du troisième thème général des IRSC (décrit ci-dessous), soutenant et stimulant ainsi la RSPS à l'externe avec des partenaires locaux et internationaux ainsi qu'à l'interne auprès des instituts et des portefeuilles des IRSC.

Mandat de l'ISPS : soutenir la RSPS pour améliorer les résultats du système de santé

Le principal objectif de l'ISPS est de soutenir l'excellence de la recherche et l'application des résultats à la prise de décision. L'Institut réalise et va chercher des investissements stratégiques pour la recherche, l'AC, les personnes et l'infrastructure dans les domaines de recherche prioritaires (p. ex., l'accès à des soins appropriés et les politiques sur les médicaments). L'Institut entretient des relations avec des décideurs comme les sous-ministres provinciaux et les directeurs des établissements de soins de santé pour cibler les questions de recherche pertinentes à l'élaboration de politiques, et travaille de concert avec des organisations comme Santé Canada, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, les organismes provinciaux de financement de la recherche et les organisations bénévoles en santé pour trouver des fonds et mieux répondre à ses objectifs. Au cours des dix dernières années, l'ISPS a, grâce à ses partenaires, beaucoup fait croître le milieu de la RSPS, établi des priorités de recherche correspondant aux besoins des décideurs et soutenu des projets de recherche de pointe qui ont directement contribué à l'amélioration des politiques et de la prestation de services dans des domaines comme les temps d'attente, les soins axés sur le patient et les ressources humaines en santé.

Le milieu de la RSPS a crû de façon exponentielle au cours de la dernière décennie. Contrairement à la plupart des instituts des IRSC, l'ISPS n'est pas issu du Conseil de recherches médicales, le prédécesseur des IRSC. Malgré l'existence, avant la création des IRSC, de certains carrefours d'excellence de renommée mondiale en RSPS, ce champ était sous-développé. En conséquence, l'ISPS a, pendant ses cinq premières années d'existence, centré ses activités sur la constitution d'un milieu de RSPS, le renforcement de la capacité de ce milieu à mener d'excellentes recherches et l'établissement de partenariats pour multiplier les possibilités pour les chercheurs, les équipes interdisciplinaires et les programmes de formation. En 2000, par exemple, l'ISPS et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) se sont associés pour mettre sur pied une initiative de dix ans en RSPS regroupant plusieurs programmes (le programme Capacité et développement en recherche appliquée et évaluation dans les services de santé et en sciences infirmières ou CADRE) qui a grandement stimulé la capacité de recherche dans tout le pays en générant 83 bourses postdoctorales, 12 chaires pour chercheurs en milieu de carrière, 5 centres de formation régionaux et 13 bourses de réorientation de carrière qui ont soutenu plus de 1 250 chercheurs¹. Malgré cette importante croissance du milieu de la RSPS au cours des dix dernières années, le milieu doit se développer davantage pour relever les défis du système de santé et répondre au besoin de données scientifiques sur les services et les politiques de la santé du système de soins de santé canadien.

Au cours des cinq dernières années, l'ISPS a continué de travailler au renforcement de l'excellence de la recherche tout en privilégiant l'application directe des résultats à la prise de décision. À cet égard, l'ISPS a contribué à faire des IRSC un chef de file dans la création de programmes novateurs qui stimulent la RSPS et accélèrent l'application des résultats pour une prise de décision éclairée. Grâce à de nouveaux programmes comme Des preuves à volonté et les Partenariats pour l'amélioration du système de santé (décrits ci-dessous dans la section Principales initiatives), les IRSC sont de plus en plus considérés comme une importante ressource par les principaux décideurs du pays.

Notre capacité à créer des programmes de financement qui appuient directement la prise de décisions sur les systèmes de santé a aussi aidé les IRSC à respecter l'obligation légale d'appliquer les nouvelles connaissances au renforcement du système de soins de santé². Avant l'initiative de réduction des temps d'attente en 2005 et le programme Des preuves à volonté en 2008 (deux initiatives de l'ISPS), les IRSC n'avaient pas de mécanisme pour assurer le respect de l'obligation de travailler en collaboration avec les provinces et soutenir la prise de décisions sur les politiques de santé, comme énoncé dans la *Loi sur les IRSC*². Grâce aux initiatives de l'ISPS, les ministères provinciaux de la Santé considèrent désormais que les IRSC peuvent aider leurs gouvernements à réaliser des réformes fondamentales du système de santé³.

Le rôle de l'ISPS au sein des IRSC et au Canada

Plusieurs caractéristiques distinguent l'ISPS des autres instituts des IRSC et des bailleurs de fonds en RSPS au Canada.

Premièrement, en plus d'être l'un des 13 instituts constitutifs des IRSC, l'ISPS est l'un des deux seuls instituts (avec l'Institut de la santé publique et des populations – l'ISPP) qui sont responsables de l'un des quatre thèmes de recherche fondamentale. La *Loi sur les IRSC* divise la recherche en santé en quatre thèmes que tous les instituts doivent soutenir. Il s'agit de la recherche 1) biomédicale, 2) clinique, 3) sur les systèmes et les services de santé et 4) sur la santé des populations, ses dimensions sociales et culturelles, et les influences environnementales sur la santé. Au départ, l'idée était de faire des thèmes 3 et 4 des thèmes transformateurs, distinguant ainsi l'ancien Conseil de recherches médicales (qui était centré sur la recherche

biomédicale) des nouveaux IRSC, axés sur la recherche multidisciplinaire et translationnelle qui traverse les frontières et les disciplines traditionnelles pour l'amélioration des services et des systèmes de santé. L'ISPS conseille les 12 autres instituts et portefeuilles, leur fournit du soutien et les incite à financer des projets de recherche et des chercheurs sur le thème 3 dans leurs domaines d'intérêt particulier (p. ex., le cancer et la RSPS). L'ISPS et l'ISPP remplissent leur double mandat d'instituts et de responsables d'un thème de recherche avec le même personnel et le même budget que les autres instituts.

Deuxièmement, le milieu canadien de la RSPS n'était pas bien établi avant la création de l'ISPS; il y avait peu de bailleurs de fonds (mentionnons le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, qui a cessé en 1999, et la FCRSS, qui a été créée en 1997) et les infrastructures de soutien étaient limitées. L'ISPS a donc consacré presque la moitié de son budget annuel au renforcement de l'excellence de la recherche, en plus de recueillir des fonds considérables à cet effet en établissant des partenariats. Il y est parvenu grâce à la mise sur pied des équipes interdisciplinaires de renforcement des capacités, de l'Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (ISFRS) et des équipes en voie de formation. Ces investissements ont favorisé la croissance du milieu de la RSPS, comme en fait foi, après dix ans, le nombre sept fois plus élevé de chercheurs et de stagiaires qui se disent d'abord affiliés à l'ISPS⁴. Les dépenses des IRSC liées à la RSPS ont aussi augmenté de façon constante. Toutefois, selon les données des IRSC, la part des dépenses totales des IRSC associées au thème 3 est toujours la plus faible comparativement aux trois autres thèmes⁴. En dépit de leurs limites (les chercheurs peuvent dire qu'ils travaillent sur plus d'un thème, les données sont fondées sur les choix non validés des chercheurs et une grande proportion de chercheurs n'ont choisi aucun thème), ces données montrent néanmoins la pertinence des ressources de l'ISPS et l'importance de la promotion de la recherche sur le thème 3 dans tous les instituts et portefeuilles des IRSC.

Troisièmement, l'ISPS supervise des recherches appliquées, multidisciplinaires et extrêmement diversifiées qui comprennent une multitude de sujets et de méthodes. Pour s'attaquer aux difficultés des systèmes et des services de santé – comme la prestation de services appropriés aux diabétiques des Premières nations du Nord et la réduction des taux de lésion corporelle chez les patients qui reçoivent des soins à domicile – il faut adopter une approche multidisciplinaire et avoir recours au savoir-faire de chercheurs en sciences sociales, de politologues, d'économistes, de cliniciens, d'épidémiologistes, d'éthiciens, de décideurs et d'autres spécialistes. L'hétérogénéité de notre champ constitue une force lorsque l'on met différentes disciplines et méthodes à contribution pour résoudre des problèmes de façon créative. Par contre, elle est aussi un défi, par exemple lors des examens par les pairs, lorsqu'il y a absence de compréhension commune des méthodes ou d'accord sur le fait que différentes mesures d'excellence sont nécessaires.

Quatrièmement, l'ISPS est le seul organisme national au Canada dont le mandat est explicitement le soutien de la RSPS. Les autres organisations avec lesquelles l'ISPS agit fréquemment en partenariat (comme la FCRSS et la Nova Scotia Health Research Foundation) ont des mandats plus précis ou une visée provinciale. À l'échelle nationale, la FCRSS a pour mandat le soutien de la RSPS, mais ces dernières années, elle a réorienté ses activités vers l'utilisation des données par les décideurs et la participation des citoyens. À l'échelle provinciale, les membres de l'Alliance nationale des organismes provinciaux de recherche en santé soutiennent la RSPS, mais aussi la recherche sur les trois autres thèmes (avec, de plus, une visée provinciale). L'ISPS joue un rôle crucial dans le panorama de la RSPS en stimulant l'adoption d'approches nationales pour des problèmes complexes et en constituant le ciment d'un riche réseau de partenaires en RSPS.

Le contexte complexe et changeant des soins de santé au Canada

L'ISPS s'efforce de remplir son mandat dans le contexte toujours changeant du système de soins de santé canadien. Selon les tribunaux canadiens, la prestation de services de santé est de compétence provinciale, ce qui distingue le Canada des autres pays. En conséquence, le « système » canadien comprend dix régimes d'assurance santé provinciaux distincts, trois régimes territoriaux et trois régimes fédéraux. Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux et territoriaux par des paiements de transfert et gère les régimes d'assurance santé des Premières nations et des Inuits, des militaires et des prisonniers. Le gouvernement fédéral est également responsable de la réglementation sur l'innocuité des produits pharmaceutiques, des brevets et des politiques d'immigration. Ce système complexe a donné lieu à des approches provinciales novatrices d'organisation et de prestation des services de santé (et à de précieuses occasions d'expériences naturelles et d'analyse comparative), engendrant en contrepartie des inégalités financières et géographiques dans l'accès aux soins.

Au Canada, depuis 1998, les dépenses pour les soins de santé augmentent plus rapidement que le produit intérieur brut (PIB)⁵, et les dépenses en soins de santé provinciales risquent d'excéder 50 % des budgets provinciaux d'ici quelques années⁶. Ces faits ont fait naître des préoccupations quant à la pérennité du modèle canadien. Les responsables des politiques et le public craignent également que l'augmentation des dépenses pour les soins de santé n'empiète sur le financement d'autres domaines prioritaires comme l'éducation et les services sociaux. Ces tendances motivent l'alimentation d'une base de données solide en RSPS et la recherche de pointe sur l'adaptation des modèles de prestation de services aux nouveaux défis et aux nouvelles possibilités dans le domaine de la santé, comme la gestion des maladies chroniques et la médecine personnalisée.

Priorités de l'Institut

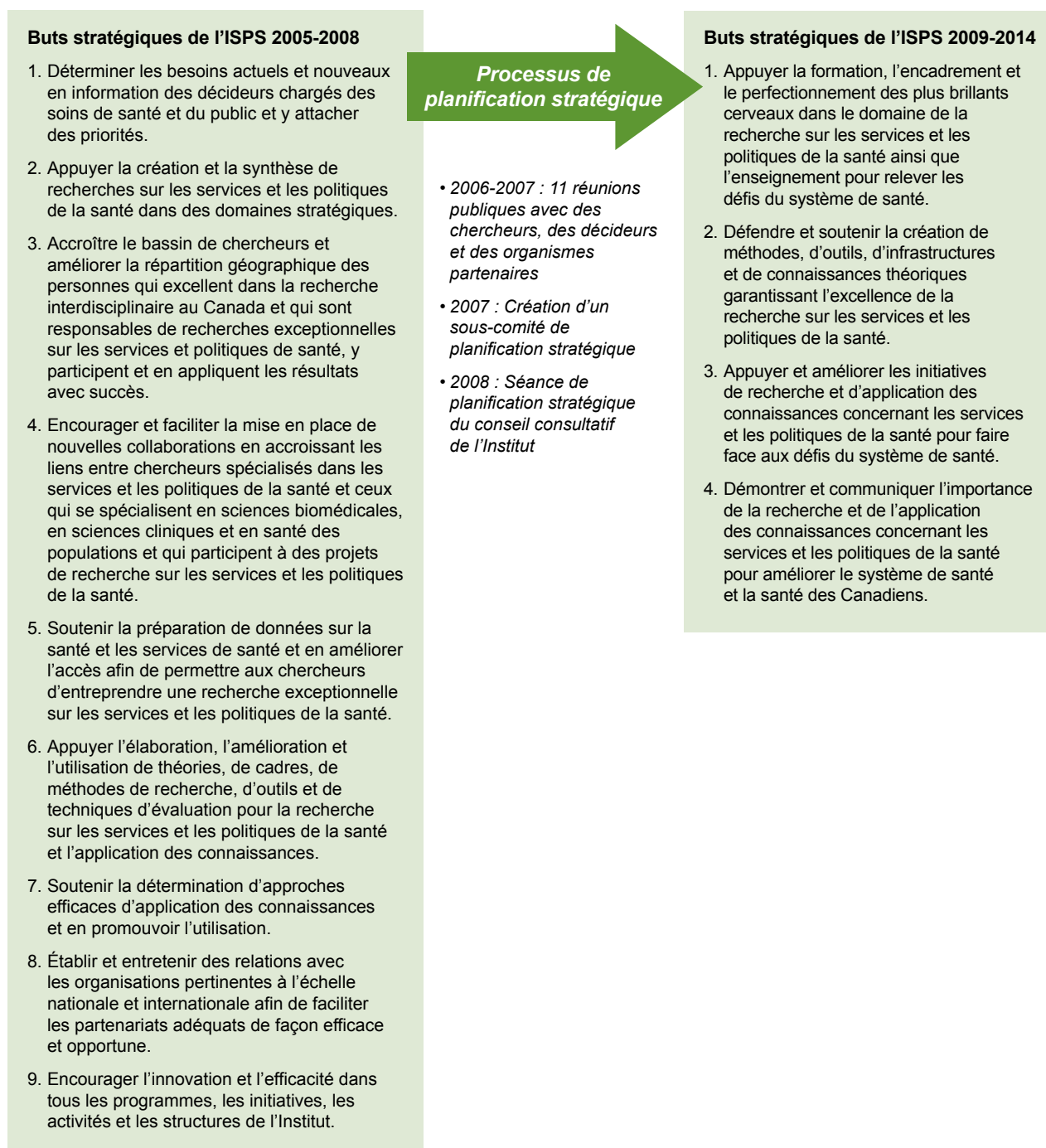
L'ISPS remplit son mandat en suivant deux ensembles complémentaires de priorités : les buts et objectifs compris dans le plan stratégique de l'Institut (p. ex., le renforcement de l'excellence et l'AC), et les domaines d'investissement stratégique (p. ex., l'accès aux soins et les politiques pharmaceutiques). Les investissements stratégiques dans ces domaines représentent 8,5 millions de dollars du budget annuel de l'Institut et du financement issu de partenariats. Par exemple, l'Institut a doublé le financement alloué au Programme des chaires de recherche appliquée (de 3,2 à 6,5 millions de dollars) grâce à des partenariats établis avec six organismes nationaux, en plus de faire passer le financement des équipes émergentes de 10,4 à 16 millions de dollars grâce au concours de cinq partenaires.

Pour guider l'élaboration de son plan stratégique et la définition de ses domaines de recherche prioritaires, l'Institut a mené de larges consultations pancanadiennes (comme l'exercice À l'écoute, décrit ci-dessous, et une série de réunions publiques), travaillé en étroite collaboration avec le conseil consultatif de l'Institut et ses sous-comités d'experts, consulté la littérature pertinente et réalisé une analyse contextuelle des priorités en RSPS.

Plan stratégique de l'ISPS

Depuis 2000, l'ISPS a produit trois plans stratégiques de plus en plus détaillés. La figure 1 présente les objectifs de l'Institut énoncés dans l'actuel plan stratégique et dans le plan précédent. Contrairement aux deux plans stratégiques antérieurs, le plan actuel de l'ISPS mise sur la rationalisation. Ayant par le passé galvanisé le milieu de la RSPS avec des objectifs englobants, l'ISPS tente désormais d'avoir un plus grand impact avec un ensemble ciblé de quatre objectifs stratégiques. La figure 1 illustre cette évolution.

Figure 1 : L'évolution des objectifs stratégiques de l'ISPS



Le plan stratégique actuel de l'ISPS reprend les engagements à long terme de l'Institut (soutenir la recherche, renforcer la capacité de recherche et l'AC), mais accorde une importance plus grande à la prise de décisions éclairées par les données. De plus, le plan comprend le nouvel objectif de sensibiliser les intervenants à l'intérieur et à l'extérieur des IRSC à l'utilité et à l'importance de la RSPS et de l'AC pour le renforcement du système de soins de santé. De cette façon, l'ISPS travaille à remplir son double rôle d'institut et de champion du thème 3.

En complément au plan stratégique 2009-2014, l'ISPS a mis en place des stratégies d'AC, de partenariats internationaux et d'évaluation – des cadres utiles pour orienter les décisions stratégiques et opérationnelles de l'Institut, pour évaluer les progrès accomplis et mesurer son incidence. L'ISPS a été le premier institut des IRSC à adopter une stratégie en AC⁷ et à désigner un responsable de l'AC, ce que les autres instituts ont fait par la suite.

Domaines de recherche prioritaires de l'ISPS

En plus d'avoir simplifié ses objectifs stratégiques, l'Institut a réduit son nombre de domaines d'investissement (p. ex., les politiques pharmaceutiques) dans le but d'accroître son impact sur la RSPS et la prise de décision.

Jusqu'à maintenant, l'ISPS a eu recours aux exercices de consultation nationale très appréciés À l'écoute pour établir ses domaines de recherche prioritaires⁸⁻¹⁰. Organisés par l'ISPS et la FCRSS en partenariat avec d'autres organismes nationaux (comme l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada), les exercices À l'écoute ont eu lieu dans tout le Canada en 2001, en 2004 et en 2007, prenant chacun la forme de six ateliers et sollicitant la participation d'environ 200 décideurs du domaine des systèmes et des services de santé. En 2007, les consultations ont été étendues aux trois territoires (Yukon, Territoires-du-Nord-Ouest et Nunavut), permettant à l'Institut d'établir un ensemble de priorités de recherche adaptées aux besoins et aux difficultés du Nord. Si aujourd'hui, la participation des décideurs au processus d'établissement des priorités de recherche va de soi, l'exercice était considéré comme une innovation et comme un catalyseur dans le domaine de la recherche appliquée sur les services et les politiques de santé. De 8 à 11 priorités ont été ciblées chaque année; l'ISPS les a toutes adoptées jusqu'en 2007 (on peut les consulter sur le site Web de l'ISPS)⁸.

Après 2007, sur la base de 11 réunions publiques avec des chercheurs et des décideurs de tout le pays, l'Institut a établi les domaines de recherches plus restreints suivants pour orienter ses investissements stratégiques :

- accès à des services appropriés dans le continuum des soins de santé (avec un accent particulier sur les soins de santé primaires et communautaires);
- politique sur les médicaments;
- information sur la santé;
- financement, viabilité et gouvernance.

Ces quatre domaines reflètent les défis actuels et prévus que le système de soins de santé canadien devra relever. Si certaines de ces priorités ont depuis longtemps été adoptées par l'ISPS (l'accès à des services appropriés, par exemple), d'autres répondent à de nouveaux défis (comme le recours au dossier de santé électronique pour prévenir et gérer les maladies chroniques) et à des besoins de données futurs (p. ex., les besoins des gouvernements au Canada en données qui serviront de base au renouvellement

de l'accord sur la santé qui arrivera à échéance en 2014). On trouve sur le site Web de l'ISPS une description complète de chaque domaine de recherche¹¹. Ces quatre domaines complètent également le nouveau plan stratégique des IRSC intitulé *L'innovation au service de la santé*, qui crée des occasions de collaboration avec d'autres instituts, notamment dans le cadre de la stratégie sur les soins de santé primaires et communautaires (voir la section Regard sur l'avenir).

Réponses à l'examen international 2006 des IRSC

L'examen international 2006 a mis en lumière certaines forces de l'ISPS, comme son orientation interdisciplinaire, ses efforts de renforcement de la capacité de recherche, sa sensibilité aux besoins des décideurs, sa contribution à l'avancement du thème 3 et les solides qualités de chef de son directeur scientifique de l'époque, le Dr Morris Barer. L'ISPS en a pris bonne note tout en adoptant les mesures suivantes pour tenir compte des recommandations de l'examen :

- Dans le but de « stabiliser la capacité de recherche dans le domaine des services de santé en comblant l'écart dans le financement des salaires entre les nouveaux chercheurs et les titulaires de chaires de recherche du Canada », l'ISPS a mis sur pied le Programme des chaires de recherche appliquée sur les services et les politiques de la santé pour soutenir des chercheurs à mi-carrière qui excellent en recherche et en AC (voir la section Principales initiatives).
- Afin de « préparer le terrain pour la création de connaissances en soins primaires », l'ISPS a consacré plus de 3 millions de dollars en 2009-2010 et en 2010-2011 à la recherche sur les soins de santé primaires. L'Institut dirige actuellement une initiative stratégique phare dans ce domaine en partenariat avec les IRSC et des organisations locales et internationales. Des investissements de 50 millions de dollars sont prévus sur sept ans (voir la section Retombées et résultats).
- Pour « consacrer plus d'efforts à la surveillance et à la description des produits et impacts de la recherche », l'ISPS a mis sur pied un sous-comité d'évaluation et des répercussions et embauché une personne dont la tâche est de mener les activités d'évaluation de l'Institut.

Dans le rapport d'examen, on recommandait aussi à l'ISPS de « stimuler la création de centres de recherche sur les services de santé ». La situation des centres est encore incertaine étant donné que le soutien du gouvernement provincial dépend de la conjoncture économique. Grâce à l'initiative de l'ISPS, le nouveau Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), dont le budget annuel approche les 10 millions de dollars¹², fournira aux centres de recherche qui recueillent des données sur les services de santé canadiens une aide dont ils ont grandement besoin tout en comblant d'importantes lacunes en recherche pour Santé Canada, les gouvernements provinciaux, les professionnels de la santé et les patients sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel. En 2007, l'ISPS a aussi établi un partenariat avec la FCRSS pour offrir des subventions d'infrastructures et financer un réseau de 11 directeurs de centres de RSPS provenant de 7 provinces pour leur permettre de se rencontrer et d'échanger leurs meilleures pratiques. À l'avenir, il sera essentiel de surveiller le bon fonctionnement et le dynamisme des centres de RSPS partout au Canada.

Enfin, on recommandait à l'ISPS de faire en sorte que « les IRSC consacrent plus de ressources » pour l'aider à accomplir sa « double fonction ». Même si l'ISPS n'a pas reçu de nouveaux fonds non grevés pour l'aider à remplir son rôle de responsable du thème 3, il a réussi à obtenir des IRSC des fonds pluriannuels supplémentaires pour des initiatives en RSPS, en particulier celles qui visent des projets de recherche novateurs et la prise de décisions éclairées par les données. L'Institut a également travaillé en étroite collaboration avec les autres instituts pour les aider à inclure la RSPS dans leur mandat.

Par exemple, l'Institut a financé, en partenariat avec l'Institut de génétique, un petit groupe de chercheurs exceptionnels dans le domaine de la génétique et de la RSPS¹³ (près de 10 millions de dollars ont été investis, principalement en soutien pour les équipes émergentes et en subventions de fonctionnement). De plus, l'ISPS a rassemblé d'importantes ressources externes pour la RSPS (entre autres, 10 millions de dollars par année pour le RIEM et 50 % du financement pour les chaires de recherche appliquée).

Principales initiatives

Cette section présente trois grandes initiatives de l'ISPS et les activités qui ont permis leur réalisation. Ces initiatives correspondent aux objectifs du plan stratégique 2009-2014 de l'Institut. Les principaux résultats et impacts sont décrits dans la section Retombées et résultats.

Initiative 1 : Soutenir les chercheurs les plus brillants pour relever les défis du système de santé

Le renforcement de l'excellence est une priorité de l'ISPS. Étant donné que seuls quelques organismes finançaient la RSPS au Canada avant l'entrée en scène de l'ISPS, il fallait construire et soutenir un milieu de recherche stimulant pour atteindre l'excellence en recherche et en AC. Comme le monde universitaire accorde une plus grande importance aux publications évaluées par les pairs qu'à la recherche appliquée et à l'AC, il fallait aussi reconnaître et souligner l'excellence et la capacité d'innovation des universitaires qui contribuent à l'application des connaissances pour les décideurs. Il y a lieu de rappeler qu'il n'y a que 22 docteurs en économie de la santé au sein des départements d'économie des dix meilleures universités canadiennes¹⁴. Cette incapacité des universités à valoriser la recherche appliquée se traduit par une limitation du nombre d'étudiants de premier cycle en économie qui pourraient s'intéresser à la RSPS. Pour soutenir les meilleurs chercheurs en RSPS, l'ISPS a mené des activités et des partenariats sur plusieurs fronts, dont voici des exemples :

- L'Institut a travaillé en partenariat à l'expansion des infrastructures de RSPS qui comprennent désormais l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé (une association nationale pour les chercheurs et les utilisateurs des connaissances comptant 350 membres) et une revue avec comité de lecture sur la RSPS intitulée *Politique de santé* conçue pour informer les décideurs.
- L'ISPS a établi des partenariats avec des organisations comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada pour soutenir la RSPS et rapprocher les chercheurs et les décideurs, notamment en veillant à ce que les chercheurs soient en bonne position pour appliquer les connaissances efficacement.
- L'Institut a investi dans des programmes de formation multidisciplinaires, des équipes interdisciplinaires, des bourses salariales et des bourses de formation pour les chercheurs et les stagiaires offrant des expériences de formation uniques. Ces initiatives les aident à présenter de solides demandes pour d'autres bourses et subventions.
- L'ISPS a contribué à la prolifération d'équipes et de réseaux interdisciplinaires pancanadiens menant des travaux de recherche novateurs et tirant parti de différentes bases de données provinciales et d'expériences naturelles liées aux différentes approches provinciales de la réforme de la santé, générant ainsi des solutions applicables à plus d'une province.

- L'ISPS a renforcé ses programmes de financement qui soutiennent la collaboration entre chercheurs et décideurs, soulignent l'importance de la recherche appliquée et ses répercussions (notamment grâce aux chaires du programme CADRE) et disposent de critères d'examen par les pairs appropriés.

Initiative 2 : Soutenir l'élaboration de méthodes, d'outils, d'infrastructures et de connaissances théoriques pour l'excellence de la RSPS

Un système de soins de santé efficace exige des recherches solides fondées sur des cadres conceptuels, des méthodes et des outils d'avant-garde. En RSPS, il n'existe pas de méthode reconnue faisant l'unanimité. Dans ce champ multidisciplinaire, les chercheurs ont plutôt recours à diverses approches (p. ex., quantitatives, qualitatives, mixtes). Cette particularité explique pourquoi il a fallu du temps et des études pour comprendre les différentes approches en RSPS et la force de cette diversité pour l'amélioration des résultats dans le système de santé. L'accès aux données est aussi un aspect essentiel de l'innovation en RSPS. Pour cette raison, l'Institut s'est engagé dans son plan stratégique 2009-2014 à promouvoir l'amélioration de l'accès aux données et à favoriser les pratiques exemplaires de gérance des données. Voici les réalisations de l'ISPS en matière d'excellence de la RSPS :

- En collaboration avec l'ISPP, l'Institut a mis sur pied un nouveau programme de financement intitulé Promouvoir les innovations théoriques et méthodologiques dans le domaine de la recherche en santé. Lancé en 2002 puis en 2009, ce programme finance au total 41 chercheurs pour leur permettre d'élaborer de nouveaux cadres conceptuels et de nouvelles théories et mesures en RSPS ainsi qu'en recherche sur la santé publique et des populations.
- L'ISPS a organisé des sommets nationaux comme le Sommet de l'information sur la santé en 2008 (250 participants et 12 partenaires) et le Sommet sur les soins de santé primaires en 2010 (450 participants et 18 partenaires), dans le cadre desquels se sont réunis des chercheurs, des décideurs, des cliniciens et des partenaires œuvrant dans les quatre thèmes de recherche pour discuter de l'état des connaissances et des orientations futures de la recherche.
- L'Institut a mené, au nom des IRSC, l'important dossier du RIEM, applaudi par les experts internationaux, qui fournit au milieu canadien de la recherche sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments l'infrastructure dont il avait grandement besoin. Comme le souligne la D^{re} Ruth Lopert (conseillère médicale principale, Therapeutic Goods Administration, Australie), « il est primordial, pour permettre aux responsables de la réglementation, aux bailleurs de fonds, aux médecins prescripteurs et aux patients de prendre des décisions éclairées, d'avoir en main de bonnes données sur les risques et les avantages des médicaments dans le monde réel. Le RIEM est un modèle à suivre dans le domaine de la recherche visant à combler le grand manque de données post-commercialisation » (voir la section Retombées et résultats).
- L'ISPS s'est associé à divers instituts et organismes pour améliorer l'accès aux données de recherche aux fins d'utilisation secondaire. En 2003, l'ISPS et le Bureau de l'éthique ont codirigé le concours intitulé Valeurs incontournables – protection de la vie privée, accès aux données et recherche en santé, qui faisait intervenir des partenaires et des commissaires à la protection de la vie privée pour soutenir la recherche sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels à des fins scientifiques. Toujours en 2003, l'ISPS et 14 partenaires ont financé le projet intitulé Dispersion des données et la production du rapport connexe¹⁵. Il s'agissait de la toute première étude nationale

de l'état actuel et futur des bases de données canadiennes en RSPS, sur la santé publique et sur la santé des populations. Ce projet et le Sommet de l'information sur la santé 2008 ont mis en lumière le problème de l'accès aux données et stimulé la collaboration avec des partenaires provinciaux et nationaux.

Initiative 3 : Soutenir la RSPS et l'AC pour relever les défis du système de santé

L'objectif de l'ISPS est de générer de la recherche de haut calibre qui peut servir à l'amélioration des résultats dans le système de santé. Ces améliorations sont possibles seulement si les décideurs comme les sous-ministres de la Santé, les responsables régionaux de la santé et les cliniciens influents ont accès en temps opportun à des résultats de recherche de qualité supérieure qui répondent à leurs besoins. Par conséquent, l'ISPS a fait de l'AC un axe central de ses activités. Voici les réalisations de l'Institut à cet égard :

- L'Institut a mis en place des nouveaux programmes de recherche d'intervention rapide comme Meilleurs cerveaux, un programme qui rassemble d'importants chercheurs et décideurs et des représentants des gouvernements provinciaux pour une journée d'échanges à huis clos, et Synthèse accélérée des connaissances, qui propose au gouvernement une synthèse sur un thème prioritaire en six mois ou moins. Ces programmes donnent accès aux décideurs aux résultats de projets de recherche exceptionnels dans des domaines qu'ils jugent prioritaires.
- L'Institut a amélioré le programme de Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) qui stimule la recherche transformatrice en rapprochant des chercheurs et des décideurs au cours du processus de recherche. L'Institut a également facilité la participation des autres instituts en tant que partenaires dans le cadre de ce programme.
- L'ISPS a élaboré des outils, des ressources et des programmes en AC, comme les tout premiers recueils de cas d'AC des IRSC, l'atelier d'été sur l'AC 2008, la stratégie en matière d'AC et le programme PASS, qui ont depuis été repris par d'autres instituts et des organismes canadiens et étrangers.
- Au cours de dix Cafés scientifiques, l'Institut a engagé avec le public un dialogue éclairé par des faits scientifiques sur des thèmes relatifs à la RSPS, comme les temps d'attente, les soins de santé primaires et le suicide assisté. L'Institut a en outre tenu une série de 14 Cafés scientifiques pancanadiens sur la santé mentale dans 9 villes du pays. Ces rencontres ont mobilisé les 13 instituts, la Direction des communications et la Commission de la santé mentale du Canada¹⁶.

Retombées et résultats

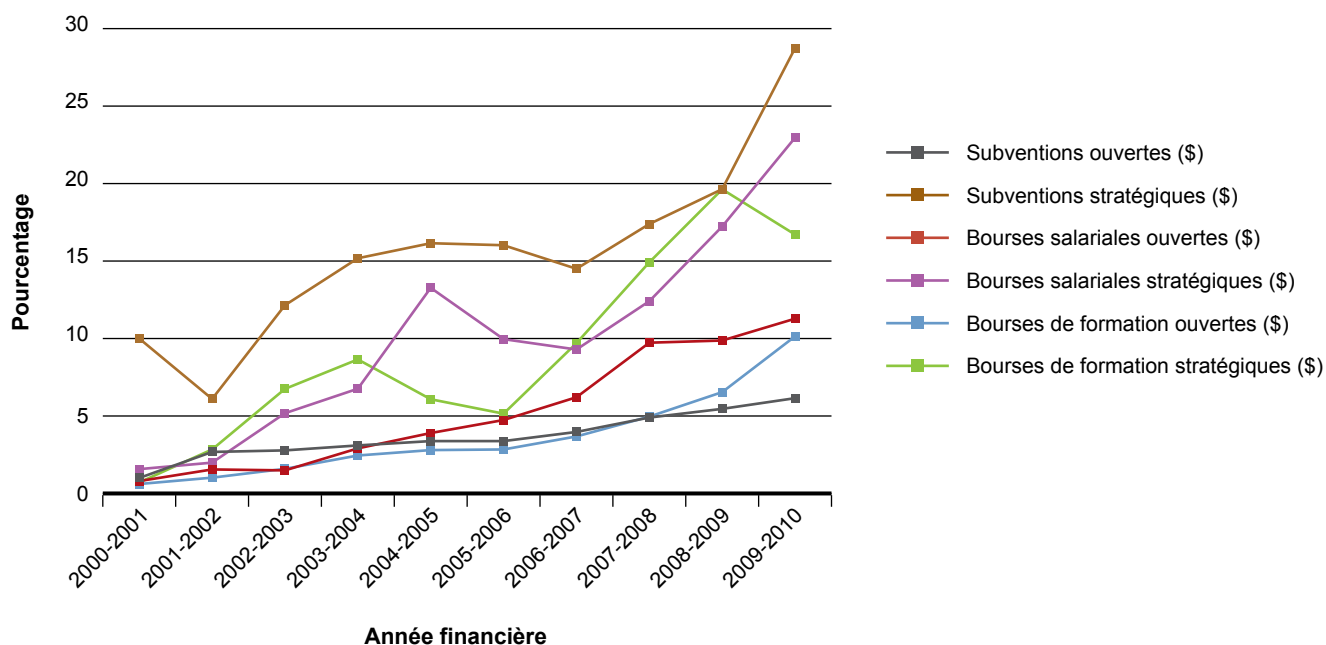
Renforcement des capacités

Les investissements de l'Institut, jumelés aux efforts de promotion du thème 3 visant à inciter les instituts et les partenaires externes à investir dans la RSPS, ont contribué à l'importante augmentation du nombre de chercheurs et de stagiaires qui effectuent de la RSPS au Canada. À preuve, le nombre de chercheurs et de stagiaires qui désignent l'ISPS comme leur principal institut d'attache est passé de 240 en 2000-2001 à 1 642 en 2009-2010⁴. En dépit de leurs limites (les chercheurs peuvent dire qu'ils travaillent avec plus d'un institut, les données sont fondées sur les choix non validés des chercheurs et une grande proportion de chercheurs n'ont sélectionné aucun institut), ces données témoignent de la croissance du milieu de recherche.

Un autre indicateur du renforcement de la capacité de recherche est la tendance continuellement à la hausse de la portion des dépenses totales des IRSC en financement ouvert et stratégique consacrée aux subventions, aux bourses salariales et aux bourses de formation en RSPS (figure 2, fondée sur des données validées). La figure 2 montre également que l'augmentation de la part des fonds alloués aux concours ouverts est plus lente que celle de la portion des fonds stratégiques.

Depuis 2000-2001, les dépenses stratégiques (des budgets de l'Institut) jouent un rôle central dans le soutien offert aux chercheurs et aux stagiaires qui travaillent sur les services et les politiques de la santé.

Figure 2 : Évolution du pourcentage des dépenses des IRSC liées à la recherche sur les services et les politiques de la santé



Même si tous les instituts ont pour mandat de soutenir la RSPS, les données des IRSC montrent que c'est l'ISPS qui a contribué dans la plus grande proportion aux dépenses des IRSC liées au thème 3 entre 2000-2001 et 2008-2009 (44,1 millions de dollars au total)¹⁷. La Direction de l'application des connaissances est le deuxième contributeur en importance (17,9 millions de dollars), suivi de l'Institut de la santé des Autochtones (15,7 millions de dollars) et de l'Institut de la santé publique et des populations (15,2 millions de dollars). Malgré les efforts des instituts et des portefeuilles pour augmenter les dépenses en RSPS au fil des ans, on peut faire mieux. À l'avenir, l'ISPS sera à même, espérons-le, de constater les fruits du travail récemment accompli auprès des instituts pour les inciter à soutenir avec plus d'ardeur la RSPS (notamment grâce à l'analyse sur le renforcement des capacités et aux recommandations subséquentes destinées aux instituts sur les meilleures façons d'accroître l'excellence de la RSPS)¹⁸⁻¹⁹. L'Institut espère aussi que sa stratégie sur les soins primaires et communautaires (voir la section Regard sur l'avenir) incitera les instituts à travailler au renforcement de l'excellence de la RSPS. Une amélioration de la transparence et de l'évaluation des investissements de chaque institut en lien avec le thème 3 constituera un moyen d'assurer l'essor de la RSPS.

Les investissements de l'ISPS et de ses partenaires destinés au renforcement de l'excellence de la recherche ont produit des résultats positifs pour les chercheurs et les stagiaires canadiens. En voici quelques exemples.

Chaires de recherche appliquée sur les services et les politiques de la santé

L'ISPS a lancé le Programme des chaires de recherche appliquée en 2007 pour soutenir les chercheurs de mi-carrière dans le domaine de la recherche appliquée sur les services et les politiques de la santé et pour accroître la reconnaissance dans le milieu universitaire pour l'excellence de la recherche et de l'AC. Ce programme de 3,2 millions de dollars provenant de six partenaires nationaux (comme la Saskatchewan Health Research Foundation et Santé Canada) remet 6,5 millions de dollars sur une période de cinq ans à sept universitaires exceptionnels qui mènent des programmes de recherche de pointe et travaillent en collaboration avec des décideurs sur les problèmes urgents du système de santé.

L'un de ces chercheurs est la D^{re} Ivy Bourgeault (Université d'Ottawa), récipiendaire de la bourse de nouveau chercheur des IRSC en 2001. Elle fait de la recherche comparative et de la modélisation conceptuelle pour améliorer la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé et travaille avec des représentants de Santé Canada sur la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé. L'obtention de fonds dans le cadre du Programme des chaires de recherche appliquée lui a permis d'amasser 1,3 million de dollars supplémentaires pour étudier les politiques de quatre pays en réponse à la migration des professionnels de la santé.

Un autre chercheur, le D^r Michael Schull (Institut de recherche en services de santé, Toronto), travaille avec des décideurs gouvernementaux en santé, le Réseau universitaire de santé et des responsables régionaux en santé à l'élaboration d'un programme scientifique axé sur les politiques pour améliorer l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du continuum de soins. Le D^r Schull a reçu la bourse de nouveau chercheur des IRSC en 2001 et est depuis chercheur principal ou co-chercheur pour des projets ayant reçu plus de 9 millions de dollars en subventions et en bourses des IRSC. Il a récemment obtenu la prestigieuse bourse de recherche Harkness du Fonds du Commonwealth.

Équipes émergentes en RSPS

Les défis du système de santé sont complexes et traversent les frontières provinciales et nationales; leur compréhension exige une approche interdisciplinaire. Dans ce contexte, l'ISPS a lancé en 2007 le Programme de subvention des équipes émergentes dans le cadre duquel l'ISPS et cinq partenaires investiront respectivement 10,4 et 5,6 millions de dollars pour un total de 16 millions de dollars sur cinq ans pour financer 11 équipes émergentes pancanadiennes. Ce soutien permettra aux chercheurs et aux décideurs de différentes disciplines de tout le pays de travailler de concert et d'utiliser différents ensembles de données provinciaux pour trouver des solutions à un grand nombre de problèmes complexes et offrir des milieux de formation exceptionnels aux étudiants des cycles supérieurs.

L'une de ces équipes est dirigée par le D^r Steve Morgan (Université de la Colombie-Britannique), qui travaille en étroite collaboration avec Santé Canada à l'élaboration de nouvelles politiques pour améliorer l'égalité d'accès aux médicaments. Selon le D^r Morgan, « les fonds accordés aux équipes émergentes rendent possible le soutien d'infrastructures et de réseaux autrement difficiles à financer, mais qui donnent lieu à de la recherche et à des activités d'AC de meilleure qualité et débouchent sur d'autres occasions de financement ». Ces fonds lui ont permis d'obtenir une subvention du Fonds du Commonwealth pour étudier la possibilité d'étendre certaines des principales activités de son équipe à d'autres pays. Le D^r Morgan a reçu une bourse de recherche des IRSC en 2000-2001 et une bourse de nouveau chercheur en 2004-2005. Il est chercheur principal ou co-chercheur pour des projets auxquels sont octroyés plus de 6,4 millions de dollars en bourses et en subventions des IRSC.

Une autre équipe est dirigée par la D^{re} Robyn Tamblyn (Université McGill) qui travaille avec des centres de recherche en informatique de la santé à Montréal, Ottawa et Boston à l'amélioration de la sécurité des patients et de la gestion des maladies chroniques grâce aux technologies de l'information sur la santé. Son équipe travaille à la conception d'un système de surveillance des incidents thérapeutiques dans les hôpitaux et met à l'essai des systèmes de prescription électronique et de réponse vocale interactive pour voir s'ils permettent d'améliorer la pharmacovigilance. Son équipe a reçu une subvention du Fonds du Commonwealth pour étudier les leçons apprises des expériences canadiennes et américaines en ce qui concerne l'utilisation de technologies de l'information sur la santé. Elle a obtenu une bourse de recherche des IRSC en 2000-2001. Les équipes de recherche qu'elle dirige ou dont elle fait partie sont financées à hauteur de 10,2 millions de dollars par les IRSC en bourses et en subventions.

Initiatives stratégiques pour la formation en recherche dans le domaine de la santé

Les 33 initiatives stratégiques pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (ISFRS) en RSPS menées entre 2001-2002 et 2008-2009 ont attiré environ 2 400 stagiaires qui ont reçu une formation en recherche novatrice et multidisciplinaire dans divers domaines comme les soins de santé primaires, les services en santé mentale, l'innocuité et l'efficacité des médicaments ainsi que le droit, la politique et l'éthique de la santé. Les stagiaires ont pu profiter d'un encadrement et d'un soutien au développement professionnel inestimables, accéder à des méthodes et à des théories en RSPS d'avant-garde et interagir avec les plus grands universitaires et décideurs du domaine. Les stagiaires ont aussi eu l'occasion de publier et de présenter leurs travaux avec des chercheurs de renom (sur une période de six ans, chaque ISFRS a produit en moyenne 96 publications et 296 présentations avec des stagiaires comme auteurs principaux ou co-auteurs¹⁸) et de tisser des liens avec d'autres stagiaires pendant les cours, les ateliers et les ateliers d'été des ISFRS.

Étoiles montantes en RSPS

Depuis l'établissement de ce prix en 2008, 13 étoiles montantes ont été honorées pour l'excellence de leurs travaux de recherche et de leurs activités d'AC en début de carrière. Les récipiendaires ont souligné que ce prix les avait aidés à obtenir des stages postdoctoraux et des postes de professeurs et à remporter d'autres concours comme la bourse de nouveau chercheur des IRSC²⁰. Citées par des médias canadiens prestigieux, leurs recherches obtiennent du coup une attention internationale. Le Dr Marc-André Gagnon, lauréat du Prix de l'étoile montante en 2010, est intervenu comme expert dans une série d'importants reportages produits en septembre 2010 par *The Globe and Mail*, *CBC TV News* et d'autres médias pour ses travaux sur les gains économiques qu'engendrerait l'adoption d'un régime public national d'assurance médicaments au Canada²¹⁻²².

Atelier d'été

Depuis 2003, plus de 250 stagiaires et 110 professeurs de tout le pays ont participé à l'atelier d'été annuel de l'ISPS et de l'ISPP, une initiative de formation novatrice de plusieurs jours pour les meilleurs stagiaires²³. Les ateliers d'été sont conçus de façon à renforcer la capacité de recherche appliquée et interdisciplinaire sur les services et les politiques de la santé et sur la santé publique et la santé des populations. Selon un sondage mené auprès de participants récents, plus des deux tiers d'entre eux sont restés dans le domaine²³. Les étudiants de l'atelier d'été 2008 sur l'AC ont publié un article dans la revue *Implementation Science*²⁴ et reçu une subvention des IRSC (Vivian Chan) pour contribuer à l'établissement d'un réseau de stagiaires sur le thème de l'AC. La valeur accordée aux ateliers d'été ne fait aucun doute, comme en fait foi l'immense soutien offert par 18 organismes décisionnels et 14 partenaires financiers.

Production de nouvelles connaissances

L'objectif de l'ISPS est d'investir de façon stratégique pour renforcer l'excellence de la RSPS et générer de nouvelles connaissances qui font progresser le domaine et contribuent à l'amélioration des résultats dans le système de santé. Nombreuses sont les mesures qui illustrent l'impact des contributions de l'ISPS à l'avancement des connaissances sur les services et les politiques de la santé. Certains exemples de nouvelles connaissances produites dans le cadre de programmes et d'initiatives en RSPS, les données bibliométriques associées aux domaines de recherche prioritaires de l'ISPS et l'évolution des dépenses totales des IRSC en subventions dans le domaine de la RSPS constituent des indicateurs permettant d'apprécier et de comprendre cet impact.

Exemples de nouvelles connaissances

Les chercheurs financés par l'ISPS sont à l'avant-garde des nouvelles façons de faire de la RSPS et des percées scientifiques dans ce domaine de recherche. Leurs découvertes ont entraîné d'importants changements aux soins de santé au Canada (p. ex., l'établissement de conseils provinciaux de la qualité des services de santé et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients). En tant que scientifiques de premier plan, dans le domaine de l'AC entre autres, ils alimentent un dialogue international sur la RSPS. L'ISPS a fait de nombreuses contributions aux infrastructures nécessaires à l'avancement des connaissances. Par exemple, l'Institut a investi 1 million de dollars dans le Centre canadien Cochrane et la création de la revue *Politique de santé*. Le lecteur trouvera ci-dessous d'autres exemples qui illustrent le rôle de l'ISPS dans la production de connaissances sur les services et les politiques de la santé.

Amélioration de la sécurité des patients au Canada

En partenariat avec l'ISPP, les IRSC et l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ISPS a financé la première étude sur les incidents thérapeutiques dans les hôpitaux canadiens. Menés en 2002 par les D^{rs} Ross Baker et Peter Norton, ces travaux ont transformé ce domaine de la recherche et mené à des changements de politiques. Les chercheurs ont montré que près de 7,5 % des patients admis dans un hôpital de soins actifs ont vécu au moins un incident thérapeutique, qui, dans 37 % des cas, aurait pu être évité²⁵. Cette étude a d'abord fait l'objet d'une publication dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* et reçu une grande attention médiatique²⁶. Souvent citée dans le domaine de la recherche sur la sécurité des patients²⁷, cette étude a stimulé l'amélioration de la sécurité des patients dans tout le pays. En effet, peu de temps après la publication des résultats de l'étude, l'Institut canadien pour la sécurité des patients a été mis sur pied. Cette étude a également dynamisé la recherche sur l'amélioration de la sécurité des patients recevant des soins à domicile. En 2010, l'ISPS et trois autres instituts, en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la FCRSS et la Change Foundation, ont investi 1,2 million de dollars dans la première étude nationale sur la sécurité des patients qui reçoivent des soins à domicile.

Bulletins de rendement publics dans les hôpitaux

Le D^r Jack Tu a remporté le Prix du meilleur article de l'année 2010 de l'ISPS pour son article intitulé « Effectiveness of Public Report Cards for Improving the Quality of Cardiac Care : The EFFECT study : A Randomized Trial ». Cette étude a été financée par une subvention d'équipe des IRSC de 4,2 millions de dollars en recherche sur les résultats des interventions en santé cardiovasculaire et publiée dans le *Journal of the American Medical Association*²⁸. Il s'agit du premier essai randomisé visant à déterminer si les bulletins de rendement publics améliorent la qualité des soins. Les méthodes et les résultats de cette étude ont été utilisés par des hôpitaux partout en Ontario et dans d'autres provinces pour améliorer la qualité de leurs services. Faisant œuvre de pionnier dans le domaine, le D^r Tu a été invité par de nombreux organismes canadiens à travailler avec eux à l'amélioration de la qualité des soins cardiaques. Il a présenté ses résultats au colloque de l'American Heart Association en 2009 au cours de laquelle le D^r Fred Masoudi (Université du Colorado), commentateur désigné, a qualifié cet essai d'« historique ».

Progrès de la science en RSPS et en AC

Le concours 2002 de l'ISPS et de l'ISPP intitulé Amélioration des théories, des cadres, des méthodes et des instruments de mesure, dont il a été question dans la section Principales initiatives, a permis de financer 29 projets (sur 104 demandes), un investissement de presque 5 millions de dollars (dont 2,2 millions de dollars de l'ISPS), et d'établir des partenariats avec deux instituts et le Bureau de l'éthique des IRSC. Cet investissement a stimulé la création, par exemple, de nouvelles théories sur le transfert des connaissances (Réjean Landry), de modèles prévisionnels sur le diabète (Jeffrey Johnson), de modèles de simulation informatique pour l'amélioration de la circulation des patients recevant des soins chirurgicaux (Boris Sobolev) et de cadres éthiques pour les politiques en matière de santé (Nuala Kenny). L'Institut suivra avec attention les avancées scientifiques des 12 projets (sur 49 demandes) qui ont remporté le concours 2009.

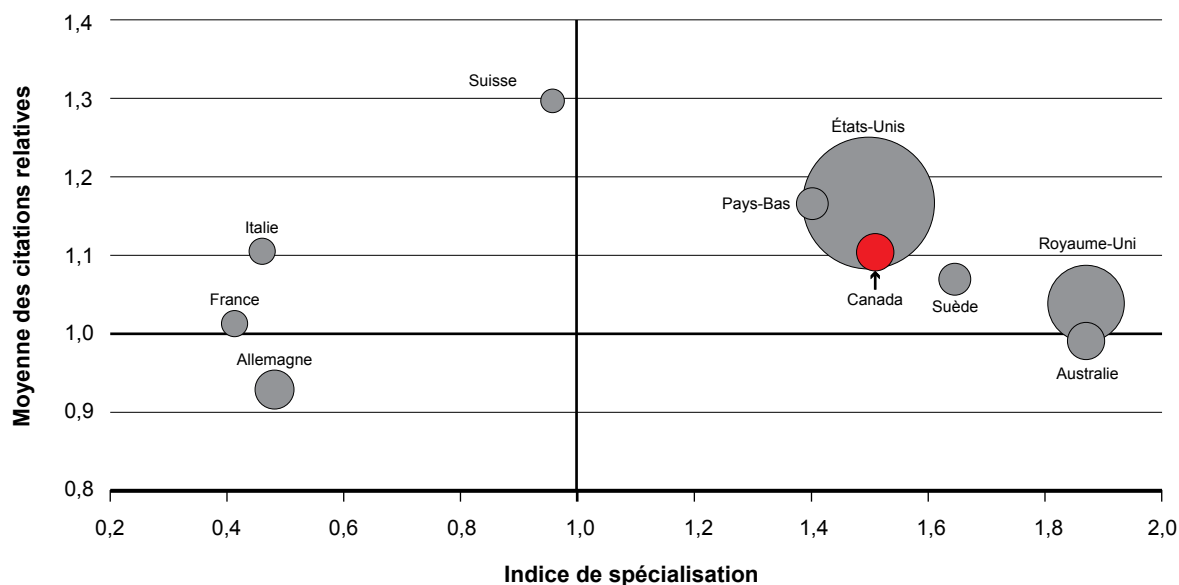
L'ISPS finance la recherche qui fait avancer les connaissances en AC grâce à divers mécanismes, notamment un investissement de 1 million de dollars sur une période de dix ans pour le Centre canadien Cochrane, un investissement de plus 2,8 millions de dollars sur six ans pour des synthèses de recherche et le financement de chercheurs de premier plan qui raffinent notre compréhension des bonnes pratiques en

AC. Les chercheurs renommés France Légaré (Université Laval), Sharon Straus (Hôpital St. Michael) et John Lavis (Université McMaster) ont tous les trois reçu plus de 9 millions de dollars en bourses et subventions des IRSC et détiennent des chaires de recherche du Canada en AC ou sur un thème connexe (comme la prise de décision partagée).

Données bibliométriques

Les données bibliométriques constituent un autre indicateur de l'impact de l'ISPS sur le plan de l'avancement des connaissances. Par exemple, l'analyse bibliométrique des IRSC (à partir des publications repérées par des recherches effectuées à l'aide des Medical Subject Headings) portait sur la place du Canada parmi les dix pays les mieux cotés pour les publications sur l'accès aux soins appropriés, un des domaines de recherche prioritaires de l'ISPS. L'analyse est fondée sur des indicateurs bibliométriques comme le nombre annuel de publications, l'indice de spécialisation (IS) annuel, qui correspond à l'intensité des publications par pays comparativement à l'intensité mondiale, et la moyenne de citations relatives (MCR), c'est-à-dire la moyenne de citations par article sur une période de deux ans après l'année de publication. La taille et l'emplacement des bulles de la figure 3 montrent que la MCR (1,11) et l'IS (1,51) de l'ISPS dans le domaine de l'accès approprié aux soins placent le Canada au quatrième rang des dix pays les mieux cotés pour les années 2000 à 2008. De plus, les données bibliométriques montrent que le Canada est le troisième pays en importance dans l'ensemble avec 7 044 publications entre 2000 et 2008.

Figure 3 : Indice de spécialisation et moyenne des citations relatives des dix pays ayant le plus grand nombre de publications sur l'accès aux soins appropriés, 2000-2008



Dépenses des IRSC

La dernière mesure de la production de nouvelles connaissances est le montant total des dépenses des IRSC liées à la RSPS. Dans l'ensemble, les dépenses en subventions dans le domaine de la RSPS sont passées de 5,5 millions de dollars en 2000-2001 à 97,5 millions de dollars en 2009-2010 (financement ouvert et stratégique)⁴.

Les investissements stratégiques (de l'Institut) constituent le moteur le plus important de cette croissance.

Les dépenses stratégiques totales en subventions dans le domaine de la RSPS sont passées d'environ 3 millions de dollars en 2000-2001 à 69 millions de dollars en 2009-2010, ce qui représente une augmentation de 10 à 29 % des dépenses stratégiques totales des IRSC liées à la RSPS.

L'objectif de l'ISPS est d'aider, par ses investissements stratégiques, des chercheurs et des stagiaires à hausser leur nombre de demandes acceptées au concours ouvert. Avec le temps, les dépenses de financement ouvert des IRSC en subventions liées à la RSPS ont augmenté de façon lente mais constante, passant de 2,5 à 29 millions de dollars entre 2000-2001 et 2009-2010, ce qui représente une augmentation de 1 à 6 % du financement ouvert total des IRSC (figure 2). À l'avenir, il faudra porter une plus grande attention au soutien des chercheurs de l'ISPS pour les inciter à présenter des demandes dans le cadre des concours ouverts.

Les succès remportés par les chercheurs en RSPS et leur progression dans le cadre des concours ouverts des IRSC dépendent de la qualité des examens par les pairs. L'examen par les pairs de la RSPS reste un défi. En regardant l'avenir, l'Institut reconnaît le besoin criant d'améliorer le processus de façon à ce que la RSPS exceptionnelle soit reconnue à sa juste valeur. Une attention particulière doit être portée à la formation de comités d'examen qui veilleront à ce que l'excellence soit mise de l'avant en tenant compte du large éventail de disciplines et de méthodologies. Il s'agit là d'une difficulté de taille si l'on considère l'étendue du milieu de la RSPS au Canada. À cette difficulté s'ajoute la volonté d'éliminer les petits comités d'examen par les pairs, ce qui demande aux examinateurs en RSPS de comprendre et de maîtriser différentes approches méthodologiques. Le Conseil de recherches en sciences humaines ayant récemment vu la recherche en santé retirée de son mandat, le nombre de chercheurs en RSPS aux IRSC pourrait augmenter, ce qui accentuerait les difficultés associées à l'examen par les pairs en contexte de multidisciplinarité. Il est essentiel d'avoir recours à des approches novatrices (p. ex., la participation d'examineurs étrangers grâce aux technologies de l'information) pour garantir la qualité de l'examen par les pairs en RSPS.

Prise de décisions éclairées

La grande majorité des programmes de l'ISPS sont orientés vers la réalisation de recherches de qualité supérieure ainsi que l'amélioration des services de santé et de la prise de décisions de principe. Les deux nouveautés de l'Institut à cet égard sont la mise sur pied du programme Des preuves à volonté et la modification des Partenariats pour l'amélioration du système de santé.

Des preuves à volonté

L'ISPS a élaboré le programme Des preuves à volonté en réponse aux besoins de résultats de recherche d'actualité exprimés par les décideurs. Des preuves à volonté est composé de deux programmes distincts : Synthèse accélérée des connaissances (qui a pour objectif la production d'une synthèse sur un thème ciblé par un ministère dans un délai de six mois ou moins) et Meilleurs cerveaux (qui prend la forme d'une journée d'échanges à huis clos entre les « meilleurs cerveaux » des secteurs de la recherche et des politiques pour informer les administrateurs gouvernementaux des derniers résultats de recherche sur un thème de leur choix). Ces programmes donnent accès en temps opportun aux administrateurs des gouvernements provinciaux et fédéraux à d'excellents résultats de recherche sur des thèmes qui les intéressent.

Depuis la mise à l'essai du programme Des preuves à volonté en 2008, l'ISPS (avec le concours de la Direction de l'application des connaissances) a travaillé en étroite collaboration avec trois ministères provinciaux partenaires à l'organisation de dix événements Meilleurs cerveaux sur divers thèmes comme les soins axés sur le patient, la gestion des temps d'attente en chirurgie, la réforme des soins de santé primaires, etc. Ces échanges ont rassemblé 33 chercheurs et spécialistes de l'application des connaissances et des politiques du Canada et d'ailleurs et plus de 300 décideurs, y compris des ministres de la Santé, des sous-ministres de la Santé et de la Justice, des sous-ministres adjoints et d'autres. L'évaluation des données montre que les décideurs et les chercheurs accordent une grande valeur à ces échanges³. Voici ce qu'en dit l'un des ministères partenaires :

« Désormais, notre sous-ministre parle tout le temps des IRSC et du programme Meilleurs cerveaux. Nous essayons de faire des changements majeurs et selon lui, ce programme nous aide à y parvenir. »

Le programme Meilleurs cerveaux a directement alimenté la prise de décision et la planification de programme à l'échelle provinciale dans des domaines comme les temps d'attente et le financement des soins de santé. Citons en exemple les premiers échanges entre l'ISPS et le ministère de la Santé de la Saskatchewan qui portaient sur les soins axés sur le patient, un échange demandé par le ministère, qui souhaitait être mieux outillé pour préparer l'examen de son système de soins de santé (Patient First Review).

« Selon Pauline Rousseau, une directrice administrative du ministère de la Santé de la Saskatchewan, les échanges ont fait connaître au ministère le concept de prise de décision partagée, qui a par la suite été intégré à deux initiatives politiques provinciales. »

Comme le résume M^{me} Rousseau, « nous sommes passés du programme Meilleurs cerveaux à l'action très rapidement ».

Partenariats pour l'amélioration du système de santé

Le programme de Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) a transformé la façon de faire de la recherche sur les services de santé et a accru le potentiel d'impact de celle-ci en faisant des décideurs des membres à part entière de l'équipe de recherche. L'ISPS a revitalisé le programme en 2008 en augmentant son financement et le nombre de domaines de recherche admissibles. Dans le but de nourrir les relations entre les chercheurs et les décideurs, l'Institut a en outre créé un nouveau concours pour l'obtention de fonds de création de partenariats. Ces efforts semblent avoir généré de l'intérêt de la part

des chercheurs, des décideurs et des partenaires. Par exemple, tous les instituts des IRSC sauf un ont conclu des partenariats dans le cadre des PASS. Le programme sera intégré à la suite de programmes ouverts, une preuve de l'intégration réussie de la RSPS à la structure des IRSC.

Les projets PASS requièrent le financement de partenaires externes que les équipes candidates doivent trouver. Le soutien des partenaires (en argent ou en nature) est perçu comme une preuve concrète d'un engagement pour la recherche. Le nombre et la diversité des partenaires font montre de l'importance et de la vitalité du programme. Plus de 110 projets portant sur divers thèmes ont été financés depuis le passage du programme PASS de la FCRSS aux IRSC en 2005. Parmi ces projets, certains portent sur l'évaluation des modèles de soins pour les personnes atteintes de maladie mentale, la maximalisation de la pratique des infirmières autorisées au sein des équipes de soins de santé primaires ou l'amélioration des processus d'établissement des priorités. Tous ces projets représentent un investissement de 5,6 millions de dollars de l'ISPS, auxquels s'ajouteront 28,4 millions de dollars provenant de plus de 100 partenaires (internes et externes), pour un investissement total de plus de 34 millions de dollars.

Devant le succès du programme PASS, d'autres pays comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont marché sur les traces de l'Institut. Le National Health and Medical Research Council de l'Australie, par exemple, a lancé en 2008 un programme de partenariats pour une bonne santé visant à intégrer efficacement les données scientifiques aux politiques en matière de santé et à la prestation de services²⁹.

La recherche réalisée dans le cadre des PASS a éclairé à plus d'une reprise la prise de décision. Voici deux exemples parmi tant d'autres.

Compte tenu de l'augmentation des coûts des médicaments contre le cancer et des écarts géographiques en matière d'accès à un régime d'assurance médicaments, les D^{rs} Peter Coyte (Université de Toronto) et Roger Chafe (Memorial University of Newfoundland) travaillent en collaboration avec les présidents et vice-présidents de trois organismes de recherche provinciaux sur le cancer pour comprendre les facteurs qui influencent l'adoption par les provinces et les établissements de santé de nouveaux médicaments contre le cancer. Leur recherche servira de fondement à l'élaboration d'un guide sur l'établissement de priorités par les décideurs. Le D^r Terry Sullivan, président-directeur général de Cancer Care Ontario, a affirmé :

« Cette étude sera, à mon avis, la première caractérisation complète de l'évaluation et de la catégorisation des médicaments au Canada. Elle pourrait également nous inciter à adopter des normes communes plutôt que d'essayer de trouver 13 solutions différentes à un problème qui, au fond, est très simple. »

Devant les grandes préoccupations relatives à la qualité des soins offerts dans les établissements de soins de longue durée, Tim Burns (ministère de la Santé de l'Ontario) et le D^r Walter Wodchis (Université de Toronto) ont travaillé avec d'importants intervenants (comme l'Association des soins de longue durée de l'Ontario) pour élaborer des solutions pratiques fondées sur des données probantes. M. Burns, directeur au ministère de la Santé de l'Ontario, a dit :

« Cette étude sera déterminante. Elle peut entraîner un profond changement de culture dans le secteur des soins de longue durée. Je ne dirai jamais assez combien ce type de recherche est bénéfique pour le système de soins de santé. »

Impacts sur la santé, le système de santé et les soins de santé

Les travaux de l'ISPS ont contribué à d'importants changements au sein du système de soins de santé, dont voici des exemples.

Élaboration de points de repère sur les temps d'attente fondés sur des faits

En 2004, les premiers ministres se sont engagés à mettre en place, avant le 31 décembre 2005, les premiers repères sur les temps d'attente acceptables au Canada dans cinq domaines prioritaires. Pour faire en sorte que ces points de repère soient fondés sur des données scientifiques, l'ISPS (sous la gouverne de son premier directeur scientifique, le D^r Morris Barer) a créé une possibilité de financement à réponse rapide intitulée Établir des points de repère canadiens concernant les temps d'attente dans les services de santé. L'Institut a travaillé en partenariat avec les ministres de la Santé des provinces et des territoires et deux instituts pour financer huit équipes de recherche chargées de rassembler les données nationales et internationales sur les points de repère pour les temps d'attente. Les résultats ont été communiqués aux ministères avant la date butoir du 31 décembre 2005, et on considère qu'ils ont contribué à l'établissement des premiers points de repère canadiens pour le cancer, le remplacement des articulations et la restauration de la vue³⁰.

Amélioration de la qualité des soins néonataux

Grâce à une subvention aux équipes interdisciplinaires de renforcement des capacités de 1 million de dollars (2003-2007) en soins néonataux et périnataux, le D^r Shoo Lee (Université de Toronto) et son équipe ont trouvé comment utiliser les données en santé pour améliorer la qualité des soins cliniques et réduire les infections dans les unités néonatales des soins intensifs (UNSI). Ils ont mis au point une nouvelle méthode qui porte le nom de pratique fondée sur les données pour l'amélioration de la qualité (Evidence-based Practice for Improving Quality [EPIQ]), qui combine la rigueur des essais contrôlés randomisés et les forces de l'amélioration continue de la qualité. Le D^r Lee et son équipe ont constaté une réduction de 42 % du taux d'infection et une diminution de 15 % des maladies pulmonaires chroniques des bébés prématurés dans 12 des UNSI à l'étude. Ils estiment que cette pratique permettrait des économies de 70 millions de dollars par année. Sur la base de ces résultats, l'équipe a obtenu une subvention PASS en 2005-2006 pour mettre en œuvre sa méthode dans les unités néonatales des soins intensifs du pays.

Processus de prescription sûr simplifié

Grâce au Bureau médical de l'avenir (BMA), le système informatisé de gestion des médicaments de la D^{re} Robyn Tamblyn, la prescription des médicaments est plus sûre pour les patients. Le BMA est conçu de façon à réduire les erreurs humaines de prescription en donnant aux médecins un accès informatique instantané aux antécédents du patient (médicaments, maladies et allergies) et en avertissant les médecins des problèmes possibles liés à une prescription. Plus de 200 médecins, près de 80 pharmacies et plus de 68 000 patients du Québec expérimentent le BMA. L'analyse bibliométrique des IRSC (présentée ci-dessus) montre qu'un article publié en 2001 par la D^{re} Tamblyn sur les effets indésirables des médicaments est l'une des publications canadiennes les plus citées (n=280 citations).

Effets transformateurs

Grâce au soutien d'un riche réseau de partenaires, l'ISPS a joué un rôle central dans la transformation de la RSPS au Canada. Même si les défis sont encore nombreux, le présent rapport montre que l'ISPS a contribué à faire croître le milieu de la RSPS, un milieu dynamique composé de chercheurs qui maintiennent l'excellence de la recherche et répondent aux défis du système de santé, qui mènent des travaux de pointe qui font progresser le domaine et génèrent de nouvelles théories, de nouveaux cadres conceptuels et de nouveaux outils en RSPS, qui créent des programmes novateurs qui sont repris par d'autres organisations, et qui stimulent l'investissement dans la RSPS par les autres instituts et portefeuilles et les partenaires externes. L'ISPS contribue également, de plus en plus, à transformer les programmes de financement des IRSC.

L'ISPS fait figure de meneur des IRSC au chapitre des innovations dans le domaine de la RSPS. Fort de sa réussite dans le dossier des points de repère sur les temps d'attente en 2005, l'ISPS a guidé les IRSC dans leur stratégie d'engagement provincial en mettant sur pied le programme Des preuves à volonté. D'abord mis à l'essai auprès de trois partenaires provinciaux, ce programme sera étendu aux dix provinces et aux trois territoires à la fin de 2010, marquant ainsi le commencement d'une nouvelle ère dans les relations entre les IRSC et les responsables des politiques. En outre, l'ajout des PASS à la suite de programmes ouverts des IRSC témoigne de la pertinence de la recherche appliquée sur les services et les politiques de santé aux IRSC.

L'esprit d'initiative dont a fait preuve l'ISPS dans la mise sur pied du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM) est un autre exemple de l'impact transformateur de l'Institut à l'échelle des IRSC, du Canada et du monde entier. Le RIEM est, à l'aune des critères internationaux, un programme de recherche unique qui comble un manque important dans la recherche en santé et l'élaboration de politiques. Avant son établissement en 2008, aucune organisation n'avait le mandat ni la capacité de mener des recherches post-commercialisation pancanadiennes sur les médicaments. Les retraits très médiatisés de produits pharmaceutiques pour des raisons d'innocuité (p. ex., Vioxx) et le recours croissant aux marqueurs de substitution aux fins d'autorisation de mise en marché, entre autres facteurs, expliquaient le besoin grandissant pour un réseau de recherche post-commercialisation pancanadien qui permettrait de concilier les bases de données provinciales. L'ISPS et Santé Canada ont travaillé de concert à la création du RIEM pour remédier à cette situation. Ce dernier aura pour mission de renforcer la capacité de recherche rapide et à long terme sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments dans le monde réel dans des domaines prioritaires ciblés par un groupe d'experts formés de représentants provinciaux et fédéraux, de spécialistes du contenu et d'un représentant des patients.

Selon l'honorable Leona Aglukkaq, ministre de la Santé du Canada, « le gouvernement actuel garantit aux Canadiens qu'il fait le nécessaire pour veiller à ce que le système de surveillance de l'innocuité des médicaments demeure l'un des meilleurs au monde. [...] Les résultats de l'examen [mené par le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments] éclaireront le processus décisionnel et aideront à mieux protéger les consommateurs de façon générale³¹ ».

Regard sur l'avenir

L'ISPS a grandement contribué à l'excellence de la RSPS et de l'AC au Canada. Des efforts concertés sur plusieurs fronts – dont certains sont énoncés ci-dessous – seront nécessaires pour assurer les succès et les progrès futurs et permettre aux IRSC de réaliser leur plein potentiel de transformation comme promis au moment de leur création, en 2000.

1. Une importante augmentation de la quantité de ressources investies dans le cadre du thème 3 dans tous les instituts ainsi que de nouveaux investissements de partenaires externes, nationaux ou étrangers.
2. Une attention accrue aux initiatives stratégiques phares pour stimuler les IRSC et les autres partenaires, tout en maintenant les programmes stratégiques centraux dans un éventail plus large de domaines en RSPS.
3. La capacité à saisir les occasions au bon moment pour promouvoir les avantages de la RSPS et sa pertinence pour le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.
4. Le maintien des partenariats avec la Direction de l'application des connaissances des IRSC pour repousser les frontières de la programmation dans le but de fournir des données aux décideurs, et l'établissement d'une étroite collaboration avec la FCRSS pour créer une synergie et permettre à l'ISPS de répondre à la modification du mandat de la FCRSS.

Plus de ressources pour avoir un plus grand impact et stimuler le changement

Le nombre actuel de chercheurs sur les services et les politiques de santé est sept fois plus élevé qu'au moment de la création des IRSC. En outre, le pourcentage des dépenses totales des IRSC consacrées à la RSPS augmente d'année en année. Malgré tout, le thème 3 a toujours reçu la part la plus faible du financement total des IRSC si on la compare à la portion du financement allouée aux trois autres thèmes des IRSC, ce qui menace de laisser la RSPS en périphérie des principales activités des IRSC. D'un point de vue mondial, on dit que les ressources consacrées à la recherche sur les systèmes de santé sont insuffisantes³². Le Canada et les IRSC ont devant eux la possibilité de soutenir davantage la RSPS en prenant appui sur ses nombreuses forces et réalisations et en tirant parti de son potentiel naturel (qui provient notamment des expériences naturelles créées par les dix régimes d'assurance publics provinciaux, les trois régimes territoriaux et les divers régimes fédéraux) pour se placer en tête de peloton dans le domaine de la RSPS à l'échelle mondiale.

Un programme transformateur comprendrait une augmentation progressive des investissements en RSPS pour faire en sorte que l'on dispose de données scientifiques solides pour répondre aux multiples défis complexes du système de santé canadien. Il s'agirait de montants d'argent bien dépensés si l'on tient compte de l'amélioration des résultats pour la santé et des économies qui en découleront (par exemple, les travaux du D^r Shoo Lee présentés dans la section Retombées et résultats ont donné lieu à des gains 70 fois plus élevés que les investissements des IRSC). En plus de fournir au Canada les ressources nécessaires pour qu'il devienne un modèle dans le domaine de la RSPS, une augmentation des investissements permettrait aussi au Canada et aux IRSC de tirer profit des nombreux fruits de la recherche biomédicale grâce à l'application adéquate des résultats de recherche dans le système de soins de santé. Une attention renouvelée aux possibilités de travail multidisciplinaire sur les quatre thèmes de recherche des IRSC permettrait d'améliorer de beaucoup l'application des connaissances à la pratique clinique, à la prestation de services et à l'élaboration de politiques.

À l'avenir, l'Institut devra faire preuve d'un grand esprit d'initiative pour répondre à ces défis et à ces possibilités (la D^{re} Colleen M. Flood, actuelle directrice scientifique de l'ISPS, cédera sa place en décembre 2010) et conclure de nouveaux partenariats nationaux et internationaux qui permettront d'obtenir d'importantes ressources dans le cadre du thème 3. Il faut aussi trouver les meilleures façons de stimuler le financement de la part des 12 autres instituts des IRSC et, avec les ressources et le personnel actuels, d'élaborer des programmes à large portée sur le thème 3 (comme ce fut le cas avec les PASS). Le leadership constant du président et des vice-présidents est également nécessaire pour tirer profit du potentiel de la RSPS au sein des IRSC et partout au Canada, notamment en travaillant avec les dirigeants des universités à la promotion de la valeur de la recherche appliquée sur les services et les politiques de santé.

Initiatives phares transformatrices relatives au thème 3

Comme mentionné dans la section Priorités de l'Institut, l'ISPS a progressivement épuré les buts et objectifs de son plan stratégique et ses domaines de recherche prioritaires. À moyen terme, l'ISPS se concentrera sur au moins une initiative phare en RSPS dans le but de mobiliser d'importants investissements des IRSC et de partenaires, et, de cette façon, accroître la production de connaissances et l'impact sur le système de soins de santé. Par le passé, la moyenne du financement de projets en RSPS au moyen de concours ouverts était faible et la durée moyenne courte comparativement au financement et à la durée des études biomédicales et cliniques¹⁷. Cependant, maintenant que le milieu de la recherche sur les services et les politiques de santé et ses infrastructures sont solides, le moment est venu de faire un grand bond en avant. Le nouveau plan stratégique des IRSC énonce explicitement la priorité suivante : « soutenir un système de soins de santé de qualité supérieure, accessible et viable ». Cette priorité constitue une occasion en or pour stimuler davantage le financement de la RSPS au sein des IRSC. Pour cette raison, l'ISPS effectue une analyse de rentabilisation pour les IRSC et s'efforce de trouver des partenaires locaux et étrangers pour financer une initiative phare sur les soins de santé primaires et communautaires (SSPC).

L'initiative sur les SSPC prendra appui sur les investissements et les succès antérieurs de l'ISPS dans le domaine de recherche prioritaire de l'accès aux soins appropriés, qui a été ciblé parmi les principales priorités en 2009 par le conseil consultatif de l'ISPS et le milieu de la RSPS. Cette initiative est précisément conçue pour s'harmoniser avec les plans stratégiques de l'ISPS et des IRSC. Le lancement d'une initiative phare pancanadienne sur les SSPC est opportun en raison de quatre facteurs :

1. Les dix provinces et les trois territoires sont en train de mettre en œuvre différents plans de SSPC, offrant ainsi de riches possibilités de recherche.
2. Le Canada accuse un retard par rapport à plusieurs autres pays développés en ce qui concerne l'accès, la qualité, l'intégralité et la coordination des soins ainsi que les dossiers médicaux électroniques³³⁻³⁴.
3. Le Canada compte des exemples d'excellence en SSPC, mais on lui reproche de tarder à concrétiser ses engagements dans le domaine de la recherche sur les soins de santé primaires³⁵.
4. Les IRSC sont en mesure de mener une stratégie nationale d'investissement en recherche, et des échos provenant d'autres pays montrent qu'une concertation et une coordination des efforts peuvent stimuler la recherche de qualité supérieure et la capacité de recherche pour l'amélioration des SSPC³⁶.

L'initiative sur les SSPC est la première d'une série de programmes phares axés sur les domaines de recherche prioritaires de l'ISPS.

Occasions à saisir et possibilités d'intervention

Les nombreux systèmes de soins de santé canadiens sont en constante mutation, tout comme les besoins et les priorités des décideurs. L'ISPS, avec le soutien des IRSC, a répondu rapidement aux possibilités d'intervention qui s'offraient à lui dans le domaine des systèmes de soins de santé, démontrant ainsi aux décideurs la valeur de la recherche. Dans les années à venir, l'ISPS devra continuer à être prêt, disposé et apte à répondre aux besoins des systèmes au fur et à mesure qu'ils émergeront. L'ISPS devra aussi continuer à aider les IRSC et les 12 autres instituts lorsqu'une tâche outrepassera les moyens de l'ISPS.

Pour ce faire, l'ISPS et la Direction de l'application des connaissances sont responsables, au nom des IRSC, de l'initiative stratégique sur le renouvellement des soins de santé sur la base de données probantes (RSSDP). Cet investissement de 8 millions de dollars sur sept ans aidera les IRSC à respecter l'engagement énoncé dans leur plan stratégique de « soutenir un système de soins de santé de qualité supérieure, accessible et viable » en se concentrant sur le financement, la viabilité et la gouvernance des systèmes de soins de santé au Canada. Cette initiative permettra à l'ISPS de saisir des possibilités d'intervention uniques et opportunes, par exemple celle créée par l'arrivée à échéance de l'accord des premiers ministres sur la santé de 2004 qui définit les conditions des paiements de transfert du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires pour les soins de santé. Les IRSC ont la possibilité de recueillir des données scientifiques qui correspondent aux besoins des responsables gouvernementaux et de créer des occasions d'AC susceptibles de contribuer à la prise de décisions fondées sur ces données.

Le premier événement d'AC sur le RSSDP a eu lieu en octobre 2010 et a pris la forme d'un colloque sur invitation qui a réuni des décideurs et des chercheurs pour qu'ils discutent des données existantes, déterminent les solutions possibles et établissent les besoins de recherche prioritaires pour la recherche à venir. L'ISPS a organisé le colloque en collaboration avec la Nova Scotia Health Research Foundation, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (province responsable des négociations pour le renouvellement de l'accord sur les soins de santé) et la FCRSS. Cet événement a permis de rassembler 80 participants, dont des sous-ministres et des sous-ministres adjoints de la Santé, des Finances et des Affaires intergouvernementales, des hauts responsables de tout le pays et des chercheurs d'avant-garde dans le domaine du renouvellement des soins de santé.

Rôle futur de fournisseurs de données aux décideurs

Si le système de soins de santé était un corps humain, l'information serait le sang qui coulerait dans ses veines. Le besoin d'information et de données scientifiques nécessaires à l'amélioration et au renouvellement du système de santé est immense. Cette réalité prévaut dans tous les pays, mais elle est particulièrement vraie au Canada où beaucoup de provinces consacrent près de 50 % de leur budget aux soins de santé. Les pressions économiques et politiques sont énormes, des pressions que le spectre du vieillissement de la population, l'arrivée de nouvelles technologies dont les avantages sont souvent limités et les risques et possibilités de la médecine personnalisée ne font qu'amplifier. L'ISPS s'efforcera, de concert avec les autres instituts des IRSC et ses partenaires, d'offrir aux décideurs canadiens les meilleures données possible.

Le rôle que l'ISPS sera appelé à jouer dépendra aussi du changement de mandat de la FCRSS. Pendant plus d'une décennie, la FCRSS a joué un rôle de premier plan dans le domaine en rassemblant des chercheurs et des décideurs dédiés à l'amélioration des services de santé offerts aux Canadiens. Toutefois, l'engagement de la FCRSS prendra fin en 2014. La fondation a rendu public son nouveau plan stratégique en 2009; elle a choisi de ne plus investir en recherche et de centrer ses activités sur l'utilisation des données dans les trois domaines suivants : faire participer les citoyens et les appuyer, accélérer le changement éclairé par les données probantes et favoriser le dialogue sur les politiques. L'ISPS travaillera en étroite collaboration avec la FCRSS pour revoir et améliorer ce partenariat de longue date en tenant compte de ces nouvelles orientations.

Au cours des cinq dernières années, le travail mené par l'ISPS et la Direction de l'application des connaissances pour fournir aux décideurs les données dont ils ont besoin a remis en question les vieux paradigmes prévalant aux IRSC en ce qui concerne la définition d'un bon investissement. Ce travail a aussi aidé les IRSC à remplir leur mandat et, en particulier, à soutenir les gouvernements provinciaux dans la gestion de leurs systèmes de santé respectifs. À l'avenir, l'ISPS continuera de s'efforcer, de concert avec la Direction de l'application des connaissances, à repousser les frontières de la programmation pour intégrer la RSPS dans la structure même des IRSC.

En guise de conclusion

L'ISPS continuera à soutenir des chercheurs exceptionnels en RSPS dont les travaux d'avant-garde servent à l'élaboration de politiques et à la pratique. Considérés comme un acteur de premier plan dans le monde entier dans certains domaines de la RSPS (AC, science de l'application et sécurité des patients), les IRSC sont en mesure de catalyser les forces du milieu pour faire des chercheurs en RSPS des chefs de file mondiaux et faire grandir le milieu de la recherche afin de mieux répondre aux besoins en recherche des systèmes de soins de santé canadiens. Pour alimenter et soutenir un système de soins de santé de renommée mondiale – ce que tous les Canadiens désirent ardemment –, il faut stimuler l'innovation dans l'organisation et la gestion de ces systèmes. Pour ce faire, l'ISPS continuera de donner les moyens et les outils nécessaires aux chercheurs pour leur permettre de réaliser des travaux remarquables dans les domaines de la RSPS et de l'AC. L'Institut fera siens des programmes de financement novateurs et transformateurs et s'efforcera de tonifier les partenariats locaux et internationaux pour mener des initiatives phares de grande importance stratégique. Grâce à un esprit d'initiative fort, le Canada deviendra un modèle en RSPS et en AC reconnu à l'échelle mondiale.

Liste des acronymes et des abréviations

Instituts des IRSC	
IALA	Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite
IC	Institut du cancer
IDSEA	Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents
IG	Institut de génétique
IMII	Institut des maladies infectieuses et immunitaires
INMD	Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète
INSMT	Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies
ISA	Institut de la santé des Autochtones
ISCR	Institut de la santé circulatoire et respiratoire
ISFH	Institut de la santé des femmes et des hommes
ISPP	Institut de la santé publique et des populations
ISPS	Institut des services et des politiques de la santé
IV	Institut du vieillissement
ISPS	
AC	application des connaissances
BMA	Bureau médical de l'avenir
CADRE	Capacité et développement en recherche appliquée et évaluation
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
IS	indice de spécialisation
ISFRS	Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé
MCR	moyenne des citations relatives
PASS	Partenariats pour l'amélioration du système de santé
PDAQ	pratique fondée sur les données pour l'amélioration de la qualité
PIB	produit intérieur brut
RIEM	Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments
RSPS	recherche sur les services et les politiques de la santé
RSSDP	renouvellement des soins de santé sur la base de données probantes
SSPC	soins de santé primaires et communautaires
UNSI	unité néonatale des soins intensifs

Références

1. FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *Capacité et développement en recherche appliquée et évaluation dans les services de santé et en sciences infirmières*, 2010, [http://www.chsrf.ca/cadre/index_f.php] (08-11-2010).
2. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Loi sur les IRSC : projet de loi C-13*, 2000, [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/22948.html>], mis à jour le 01-12-2008 (08-11-2010).
3. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Évaluation des programmes Meilleurs cerveaux et Des preuves à volonté*, 2009 (document interne).
4. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Analyse des données pour l'examen international 2010*, (documents internes).
5. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*, 2010, [[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX %20Trends %20Report %202010_final_FR_web.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX%20Trends%20Report%202010_final_FR_web.pdf)] (08-11-2010).
6. MINISTÈRE DES FINANCES DE L'ONTARIO. *Rapport sur les perspectives économiques à long terme de l'Ontario*, 2010, [<http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/ltr/2010/ltr2010.pdf>] (08-11-2010).
7. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Stratégie d'application des connaissances de l'ISPS 2007-2010*, 2007 (document interne).
8. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *À l'écoute : Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé*, 2007, [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/20461.html>], mis à jour le 03-06-2008 (08-11-2010).
9. LOMAS, J., N. FULOP, D. GAGNON et P. ALLEN. « On Being a Good Listener: Setting Priorities for Applied Health Services Research », *Milbank Quarterly*, vol. 81, n° 3, 2008, p. 363-388.
10. COLBY, D.C., B.C. QUINN, C.H. WILLIAMS et collab. « Research Glut and Information Famine: Making Research Evidence More Useful for Policymakers », *Health Affairs*, vol. 27, n° 4, 2008, p. 1177-1182.
11. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Domaines de recherche correspondant aux priorités stratégiques de l'ISPS des IRSC*, 2009, [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/35337.html>] (mis à jour le 22-06-2010, consulté le 08-11-2010).
12. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *À propos du RIEM*, 2009, [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39389.html>], mis à jour le 29-09-2009 (08-11-2010).
13. MILLER, F.A., B. WILSON, J. GRIMSHAW et collab. « Le labyrinthe de la spirale : la recherche sur les politiques et les services de santé touchant à la génétique est-elle nécessaire? », *Politique de santé*, vol. 4, n° 1, 2008, p. 30-38.
14. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *An Analysis of Health Economics Capacity in Canada*, 2010 (document interne).
15. BLACK, C., K. MCGRAIL, C. FOOKS et collab. *Data, Data, Everywhere: Improving Access to Population Health and Health Services Research Data in Canada. Final Report*, 2005, [<http://www.chspr.ubc.ca/node/105>] (08-11-2010).
16. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Café Scientifique : Q et R sur la santé mentale*, 2009 [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40201.html>], mis à jour le 18-09-2009 (08-11-2010).
17. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Health Services and Systems (Pillar 3) Analysis 2000-2009*, 2009 (document interne).

18. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Renforcer les capacités dans le domaine de la recherche sur les services et les politiques de santé : leçons apprises par les IRSC, 2000-2009*, 2010, (document interne).
19. NASON, E. *Développement des capacités de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada*, 2010, [<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/42615.html>], mis à jour le 13-10-2010 (08-11-2010).
20. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Rapport sur le sondage sur le Prix de l'étoile montante de l'ISPS*, 2010 (document interne).
21. PICARD, A. « Universal Pharmacare Touted as Way to Save Billions », *The Globe and Mail*, 13 septembre 2010, [<http://www.theglobeandmail.com/life/health/universal-pharmacare-touted-as-way-to-save-billions/article1704881/>], mis à jour le 23-09-2010 (08-11-2010).
22. GAGNON, M.-A. *Rapport*, Centre canadien de politiques alternatives, 2010 (document interne).
23. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Évaluation de l'atelier d'été de l'ISPS et de l'ISPP 2010*, 2010 (document interne).
24. KHO, M., E.A. ETSEY, R.T. DEFORGE et collab. « Riding the Knowledge Translation Roundabout : Lessons Learned from the Canadian Institutes of Health Research Summer Institute in Knowledge Translation », *Implementation Science*, vol. 4, n° 33, 2009.
25. BAKER, R.G., P.G. NORTON, V. FLINTOFT et collab. « The Canadian Adverse Events Study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 170, n° 11, 2004, p. 1678-1686.
26. BAKER, R.G., P.G. NORTON et V. FLINTOFT. « Application des connaissances et la sécurité des patients : L'étude canadienne sur les événements indésirables », *Politique de santé*, vol. 1, n° 3, 2006, p. 45-50.
27. LILFORD, R., S. STIRLING et N. MAILLARD. « Citation Classics in Patient Safety Research: An Invitation to Contribute to an Online Bibliography », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 15, n° 5, 2006, p. 311-313.
28. TU, J., L.R. DONOVAN, D.S. LEE et collab. « Effectiveness of Public Report Cards for Improving the Quality of Cardiac Care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 302, n° 21, 2009, p. 2330-2337.
29. AUSTRALIA NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *Partnerships for Better Health: Creating Effective Collaboration between Policy and Research*, 2010, [<http://www.nhmrc.gov.au/grants/partnerships/index.htm>], mis à jour le 19-07-2010 (08-11-2010).
30. WATSON, D., M.L. BARER, H.M. MATKOVICH et M.L. GAGNON. « Repères pour les temps d'attente, preuves cliniques pour la recherche et processus d'application des connaissances », *Politique de santé*, vol. 2, n° 3, 2007, p. 56-61.
31. SANTÉ CANADA. *Le gouvernement du Canada agit pour améliorer les connaissances sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments*, communiqué, 14 janvier 2009, [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2009/2009_03-fra.php] (08-11-2010).
32. HAINES, A. First Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, Suisse, 18 novembre 2010.
33. SCHEN, C., R. OSBORN, M.M. DOTY et collab. « Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences in Seven Countries », *Health Affairs*, vol. 26, n° 6, 2007, p. 717-734.
34. SCHEN, C., R. OSBORN, P.T. HUYNH et collab. « On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries », *Health Affairs*, vol. 25, n° 6, 2006, p. w555-w571.
35. STARFIELD, B. « Primary Care in Canada: Coming or Going? », *Healthcare Papers*, vol. 8, no 2, 2008, p. 58-62.
36. RUSSELL, G., R. GENEAU, S. JOHNSTON et collab. *Planifier l'avenir de la recherche en soins de santé primaires au Canada : Un rapport présenté à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 2007, [http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/researchReports/commissionedResearch/mapping_future_report_2007_f.pdf] (08-11-2010).