



# POP Nouvelles

Juin 2011

Numéro 25

## Message de la directrice scientifique

On célèbre cette année le 25<sup>e</sup> anniversaire de la Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé. La Charte exposait une vision pour un système de santé réorienté, des collectivités engagées, et des efforts en matière de santé qui transcendaient les secteurs. Ce sont encore là des fondements incontournables de la recherche, des programmes et des politiques non seulement au Canada, mais également ailleurs dans le monde.

Une réflexion sur le travail connexe de notre institut semble à propos, alors que nous continuons à bâtir le domaine de la recherche interventionnelle en santé des populations. Nos stratégies au cours de la dernière année ont entre autres été de contribuer à des groupes de travail et à des consortiums, à tenir des réunions sur invitation, à créer un recueil de cas, à lancer des appels de demandes, et à examiner des possibilités d’initiatives conjointes avec des partenaires internationaux. J’ai pensé profiter de l’occasion qui m’est offerte pour donner des exemples de ce travail, en indiquer les prochaines étapes et présenter certaines des personnes qui contribuent à son avancement.

La réunion annuelle de l’Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations au Canada a eu lieu à la fin de mars. Nous sommes heureux d’annoncer que Jeannie Shoveller, qui est membre de notre conseil consultatif de l’Institut (CCI) et titulaire d’une chaire de recherche appliquée en santé publique, remplace, à titre de co-présidente, Penny Hawe, qui a terminé son mandat au sein du CCI et qui est repartie en Australie. Par ailleurs, nous avons publié les délibérations de notre Symposium et Atelier sur la recherche interventionnelle en santé des populations sur un site Web [[http://web25.uottawa.ca/academic/health/ipp/](http://web25.uottawa.ca/academic/health/ipp/workshop.html)  
[workshop.html](http://web25.uottawa.ca/academic/health/ipp/workshop.html)]. Étant donné le succès de ces rencontres, nous sommes en train de planifier avec des collègues des centres de prévention des CDC un autre atelier sur invitation ayant pour thème les interventions en santé des populations en 2012.

Les possibilités de financement sont un important moyen de développer le domaine de la recherche interventionnelle en santé des populations. La réponse à l’appel de demandes en recherche programmatique

annoncé en 2010 a été très forte. Après l’examen des lettres d’intention, 50 équipes ont été invitées à présenter une demande détaillée, ce qui dénote le haut calibre des chercheurs canadiens actifs dans le domaine des interventions en santé des populations. Les demandes ont été évaluées en avril par un comité international d’examen par les pairs de premier ordre. Les équipes financées devraient être annoncées au début de l’été. Quant à celles qui ne recevront pas de fonds, nous les invitons à jeter un coup d’œil sur les commentaires des examinateurs, pour éventuellement revenir à la charge à un

prochain concours ouvert de subventions de fonctionnement des IRSC (voir l’article sur ces subventions à la page 2).

Nous avons commencé à travailler à la réalisation de notre priorité stratégique « systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des popula-

tions dans le secteur de la santé publique et d’autres secteurs ». Cette priorité a trait aux nombreuses influences des systèmes qui déterminent si et comment les interventions efficaces en santé des populations s’imposent, deviennent durables et sont étendues. Notre appel de demandes à réponse rapide « Recherche sur les systèmes de santé du H1N1 », lancé en 2009, a été une première incursion dans ce domaine. En septembre 2011, nous tiendrons un atelier d’échange des connaissances qui réunira des cher-

cheurs, des décideurs et des partenaires qui ont réalisé des travaux de recherche financés par les IRSC dans ce domaine. Nous remercions notre équipe de l’ISPP qui a orchestré cette rencontre.

Nous avons aussi appuyé d’au-



Dre Nancy Edwards  
Directrice scientifique

### À l’intérieur de ce bulletin :

Message de la directrice scientifique.....	1
Programme OSF des IRSC.....	2
Modèle innovateur de services d’éthique pour les projets en santé publique.....	3
Article sur les chaires de recherché : Dr Doug Manuel.....	4
Critique de livre – « Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate ».....	5
Le coin des étudiants : Kathleen Deering.....	7
Publications récentes de l’ISPP.....	8

tres rencontres sur les systèmes de mise en œuvre. Par exemple, l'année dernière, à la conférence de l'ACSP, nous avons animé une discussion entre experts sur certaines de leurs expériences concernant les systèmes de mise en œuvre en santé publique.

Nous nous pencherons à nouveau sur ce sujet avec un groupe d'experts à la conférence de l'ACSP de cette année, et nous remercions Garry Aslanyan pour la planification de cette activité.

Bien que toutes nos priorités stratégiques soient pertinentes pour les spécialistes des sciences sociales, la composante systèmes de mise en œuvre l'est particulièrement. Les chercheurs et les partenaires décideurs spécialisés dans les sciences politiques, l'économie, la politique publique,

la gestion et la gouvernance joueront un rôle essentiel pour nous aider à réaliser des avancées dans ce domaine. De l'information sera communiquée sous peu au sujet des futures possibilités de financement sur ce thème.

Parallèlement, nous avons codirigé avec l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC une des initiatives phares du plan stratégique, « Soins de santé primaires communautaires ». Des subventions de planification pour cette initiative ont déjà été mises à disposition, et des subventions d'équipe seront offertes plus tard cet automne. Ces possibilités de financement sont pertinentes pour ceux et celles qui travaillent dans les

domaines de la santé publique et des populations, et les éléments des systèmes de mise en œuvre sont une caractéristique de l'initiative « Soins de santé primaires communautaires ».

Au cours des derniers mois, nous avons établi des liens avec des partenaires en Europe. En mars et en avril, nous avons rendu visite à des chercheurs et à des organismes de financement de la recherche en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande, ainsi qu'à la Commission européenne. Nous avons ainsi eu l'occasion d'en apprendre davantage sur les priorités de financement et les structures pour la recherche en santé publique et des populations en

Europe, et de discuter de façons possibles dont nous pourrions collaborer à l'examen par les pairs, lancer des appels de demandes conjoints afin de stimuler la recherche comparative sur les politiques et favoriser les échanges entre scientifiques dans des domaines d'intérêt mutuel comme la recherche interventionnelle en santé des populations.

*Suite à la page 8.....*

*Suite de la page 2.....*

## Programme ouvert de subventions de fonctionnement des IRSC

1. Prenez en considération l'option de **soumettre une demande** de financement au Programme ouvert de subventions de fonctionnement! Environ **55 % du budget de subventions et bourses des IRSC** est attribué au Programme ouvert de subventions de fonctionnement. Les concours ont lieu deux fois par année.
2. Avant de présenter une demande au Programme ouvert de subventions de fonctionnement, vérifiez si votre projet de recherche correspond à une des **annonces de priorités**.
3. Avant de proposer un ou des comités d'examen par les pairs, consultez le **mandat des comités** et leur **composition** antérieure dans le site Web des IRSC.
4. Les IRSC acceptent les **demandede renouvellement** de subventions de fonctionnement des IRSC pour la poursuite du même type de recherches. Pour en savoir davantage sur les demandes de renouvellement, consultez la section 1C du *Guide de subventions et bourses* à l'adresse <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/22630.html#1-C>.
5. Les **résumés de recherche** fournis lors de l'inscription d'une demande de financement sont utilisés afin de pouvoir attribuer une demande de financement à un comité d'examen par les pairs. Ils sont aussi utilisés afin de déterminer si un examinateur a le niveau d'expertise approprié pour examiner une demande de financement. Portez une attention particulière au message que vous voulez transmettre dans ce résumé, plus particulièrement en ce qui concerne vos **questions de recherche, votre plan de recherche et votre approche théorique et méthodologique**. Utilisez des mots clef qui indiquent le type d'expertise requis ou essentiel afin qu'un réviseur puisse réviser votre demande (ex : Interventions en santé des populations, analyse comparative de cas, plan de recherche utilisant des méthodes mixtes).

Consultez le site Web des IRSC pour obtenir plus de renseignements sur la présentation d'une demande au Programme ouvert de subventions de fonctionnement : <http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/srch.do?language=F>

## Modèle innovateur de services d'éthique pour les projets en santé publique

*Don Willison, Sc.D.  
Chercheur principal,  
Division de la surveillance et de  
l'épidémiologie  
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé*

*Nancy Ondrussek, Ph.D.  
Coordonnatrice de projet,  
Services de soutien en matière d'éthique  
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé*

La génération des connaissances, grâce à divers types de projets comme la surveillance, l'évaluation de programmes, l'amélioration de la qualité et la recherche, est essentielle à l'amélioration de la santé publique. Toutes ces activités comportent la collecte de données sur des personnes et des populations pour orienter l'élaboration de politiques et de pratiques de santé publique. Les principes éthiques couramment appliqués à la recherche clinique ne conviennent toutefois pas toujours à ce contexte de santé publique. En outre, les projets de santé publique présentent souvent des risques similaires pour les participants, et ce, peu importe que le projet concorde ou non avec une définition particulière de la recherche. Le fait d'appliquer un examen déontologique exclusivement aux activités dites de « recherche » mène à une protection inégale des participants devant des risques équivalents. Enfin, les chercheurs voient souvent la surveillance éthique comme une activité menée par un organisme externe se produisant à un

moment ou l'autre du cycle de vie d'un projet.

Pour répondre à ces défis, l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (AOPPS) a mis au point un modèle innovateur de services déontologiques pour les projets en santé publique de l'Ontario. Voici les principaux éléments :

- a) un cadre conceptuel qui permet de considérer l'éthique sous l'angle de la santé publique;
- b) un processus d'examen qui n'établit pas de distinction entre la recherche et les autres types d'activités d'évaluation – tous les projets font l'objet d'une surveillance éthique proportionnelle aux risques encourus;
- c) une gamme de services de soutien en matière d'éthique qui permettent d'encourager une culture d'intégrité déontologique du début à la fin d'une étude;
- d) un mécanisme pour l'examen centralisé des études multicentriques avec l'apport des établissements participants de la région.

Les services déontologiques comprennent la sensibilisation, la consultation, la conception de formulaires et d'outils communs (p. ex. pour l'évaluation des risques), et la mise sur pied d'une communauté de praticiens afin d'accroître la capacité locale en éthique de la santé publique (voir la figure 1).

Ces services, que nous prévoyons inaugurer en janvier 2012, sont élaborés à partir de consultations et de collaborations avec de nombreux universitaires, chercheurs en santé publique et praticiens partout au pays. Ils serviront à soutenir les activités à l'AOPPS de même qu'aux 36 unités de santé publique de l'Ontario.

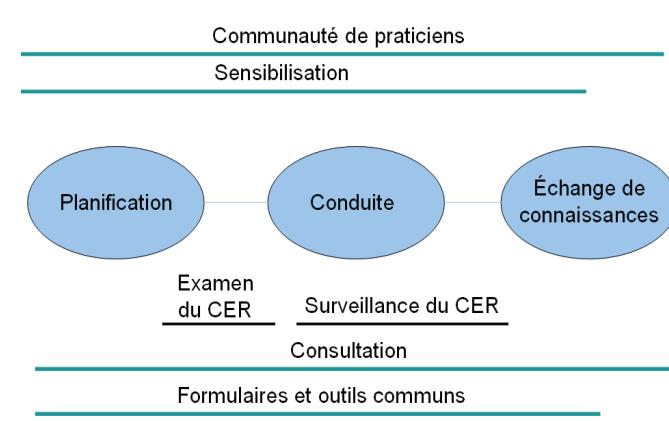
L'AOPPS collabore également, avec des collègues de l'ISPP des IRSC, de l'ASPC et du CCNPPS, à plusieurs activités pour aider au renforcement des capacités en éthique de la santé publique entre chercheurs, décideurs et praticiens. Les activités actuelles comprennent :

- un atelier pré conférence en lien avec la conférence de l'Association canadienne de santé publique, pour étudier les principes et les cadres de travail pour l'éthique de la santé publique;
- la production d'un recueil de cas liés à la population et à l'éthique de la santé publique.

Ces collaborations visent à renforcer les intérêts, l'expertise et les efforts existants dans l'ensemble du pays, à faire progresser le domaine en évolution qu'est l'éthique de la santé publique et à conjuguer les efforts pour créer des ressources qui permettront de nourrir les réflexions à caractère éthique pour tous les acteurs de la santé publique et des populations.

**« Le fait d'appliquer un examen déontologique exclusivement aux activités dites de « recherche » mène à une protection inégale des participants devant des risques équivalents.»**

Figure 1



L'ISPP voudrait souhaiter la bienvenue à la Dre Aubin qui a été nommée au poste de chef des affaires scientifiques et vice-présidente à la recherche des IRSC.

## Article sur les chaires de recherche appliquée en santé publique : Dr Doug Manuel



**Dr Doug Manuel**  
Chaire en santé publique  
appliquée

Chercheur chevronné de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS),

Professeur agrégé,  
Département des sciences de la santé publique,  
Université de Toronto

**« Il est difficile pour les planificateurs de la santé d'évaluer l'efficacité au niveau des populations, car ils n'ont pas les outils et les données dont disposent les cliniciens pour le traitement individuel des patients. »**

**Le Dr Doug Manuel** est récipiendaire d'une des 15 chaires de recherche appliquée en santé publique financées par l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP des IRSC), l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres partenaires.

Le Dr Manuel s'intéresse à l'impact des interventions et des stratégies sur la santé des populations. « Les cliniciens peuvent généralement répondre aux questions de leurs patients sur l'efficacité d'une intervention au niveau individuel, mais cela est beaucoup plus difficile au niveau des populations », explique-t-il. « Nous ignorons dans quelle mesure la plupart des interventions peuvent améliorer la santé générale ou réduire les disparités dans des collectivités. »

Souvent, pour évaluer l'impact d'une intervention sur la santé d'une population, le Dr Manuel souligne qu'on peut simplement multiplier le nombre de gens qui seront soumis à l'intervention par le taux d'efficacité individuel de l'intervention. « Lorsque ce calcul est effectué, je suis souvent surpris des résultats. »

Le Dr Manuel et ses collègues ont dernièrement publié une étude évaluant différentes stratégies de prévention du diabète (<http://www.ices.on.ca/file/Diabetes%20Risks%20June%202016%202010.pdf>). Cette étude a été largement couverte par les médias au niveau

national, compte tenu de ses résultats selon lesquels 10 % des nouveaux cas de diabète pourraient être prévenus en Ontario au cours des dix prochaines années si 750 000 personnes recevaient un traitement préventif. « Lorsqu'ils ont vu ces chiffres, la plupart des planificateurs de la santé ont craint que les médecins de famille et les fournisseurs de soins primaires ne puissent traiter autant de gens », rapporte le Dr Manuel. « En revanche, nous pourrions prévenir autant de nouveaux cas par une perte pondérale de 3 % dans l'ensemble de la population. Les planificateurs de la santé ont été encouragés par la faisabilité et les retombées importantes de ce changement modeste au niveau de la population. Ces retombées ne se limitent pas au diabète puisque l'atteinte d'un poids santé aura de nombreux autres effets positifs sur la santé. »

L'équipe du Dr Manuel continue de travailler avec les planificateurs ontariens à la mise au point d'une stratégie de prévention du diabète.

Il est difficile pour les planificateurs de la santé d'évaluer l'efficacité au niveau des populations, car ils n'ont pas les outils et les données dont disposent les cliniciens pour le traitement individuel des patients. Un des principaux intérêts de recherche du Dr Manuel est de concevoir de tels outils à l'usage des planificateurs : « Les cliniciens peuvent estimer rapidement le risque de base de leur patient en matière de diabète au moyen de plusieurs algorithmes de prédiction des risques ». L'établissement du

risque de base est nécessaire pour estimer les retombées d'une intervention au niveau individuel et collectif. « Nous savons depuis 30 ans que le risque de base est essentiel à la planification au niveau des populations, mais nous ne disposions pas d'un outil d'estimation du risque valide pour des populations. » Pour l'étude, la Dre Laura Rosella, aujourd'hui professeure adjointe à l'Université de Toronto, a dirigé la conception d'un outil d'évaluation canadien pouvant estimer les risques de diabète dans une population à partir de données communément recueillies dans les enquêtes sur la santé. Cet outil a permis à la Dre Rosella de prédire que 1,9 million de personnes recevront un diagnostic de diabète d'ici dix ans.

Pour la majeure partie de ses recherches, le Dr Manuel utilise des données administratives rendues anonymes et couplées, à l'Institut de recherche en services de santé et à Statistique Canada. Ces données comprennent les résultats d'enquêtes sur la santé des populations qui mettent en rapport le nombre de risques pour la santé déclarés par les Canadiens avec les données sur leurs consultations médicales et leurs hospitalisations, avec la permission de chaque répondant. Selon le Dr Manuel, « les données administratives couplées comportent un potentiel énorme pour la recherche appliquée en santé des populations ». Pour concevoir des outils de prédiction des risques au niveau des populations, son équipe de recherche examine comment les risques pour la santé, com-

me le tabagisme et l'obésité, influencent le développement des maladies et l'utilisation des soins de santé.

Le Dr Manuel se sert aussi de données administratives pour évaluer l'efficacité réelle d'interventions sur la santé au niveau des populations. Une des études sources a été réalisée à titre de projet de maîtrise par le Dr Jeff Kwong, aujourd'hui professeur adjoint à l'Université de Toronto. Le Dr Kwong s'est servi de données administratives pour déterminer si le programme universel de vaccination contre la grippe de l'Ontario avait réduit le nombre de décès, d'hospitalisations et de consultations médicales. À l'époque, le gouvernement de l'Ontario était le premier au monde à offrir gratuitement

un vaccin antigrippal à une vaste population. « Nous avons examiné une grande variété de modèles et de données de recherche et avons conclu que les données administratives convenaient le mieux à l'évaluation du programme. Ces données étaient les seules sources d'information pour examiner les effets de la grippe à la fois avant et après l'introduction du programme en Ontario. De plus, étant donné que d'autres provinces avaient recueilli les mêmes données, celles qui n'avaient pas offert le programme pouvaient servir de populations témoins. » L'étude a conclu que les programmes de vaccination antigrippal contribuait à prévenir l'hospitalisation. Depuis sa publication, d'autres provinces ont adapté leur program-

me à celui de l'Ontario.

Dans ses futures recherches, le Dr Manuel espère utiliser des données administratives couplées pour une variété encore plus grande d'approches d'évaluation, notamment des essais contrôlés randomisés pragmatiques à grande échelle. « Un des avantages du programme de chaires est la richesse des discussions issues de la rencontre des 15 titulaires. Un de nos sujets de discussions les plus ardus et intrigants concerne la meilleure façon d'évaluer les interventions au niveau des populations. Je crois qu'il faut envisager l'éventail complet des modèles de recherche, y compris les interventions randomisées. Idéalement, au moment d'introduire de nouveaux programmes,

nous devrions nous poser une série de questions visant à déterminer si une évaluation des résultats est justifiée. Si une intervention est mise à l'essai ou introduite graduellement, nous pouvons nous poser deux questions : L'introduction peut-elle être randomisée à d'autres groupes? Les données recueillies habituellement peuvent-elles servir à l'examen des résultats avant et après l'introduction dans des groupes différents? Si la réponse à ces deux questions est "oui", nous pouvons effectuer une évaluation rigoureuse à peu de frais supplémentaires. Pour moi, l'échange de connaissances est centré sur la création de partenariats avec les décideurs. Pour que les interventions soient soumises à des évaluations de haute qualité, nous avons besoin de partenariats solides. »

## Critique de livre – « *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate* »

**Cet article représente le point de vue de l'auteur et ne reflète pas la politique du gouvernement de la C.-B.**

Par Dr Brian P. Emerson

« Ce qui est prohibé ne peut être facilement réglementé » (p. 103).

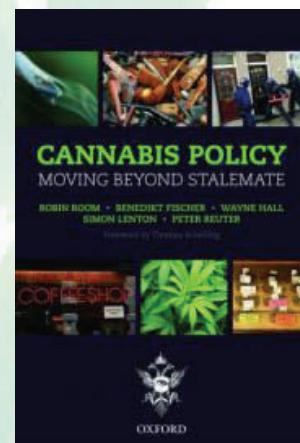
Les effets pervers sur le plan sanitaire et social de l'utilisation de substances psychoactives (alcool, tabac, substances illégales) et des politiques en la matière sont considérables, et, dans une large mesure, évitables. Ils compteraient pour 21 % des décès, 24,9 % des années potentielles de vie perdues, et 19,4 % des journées d'hospitalisation en soins actifs, pour un coût de 39,8 milliards de dollars par année (Rehm et al., 2006).

L'ampleur et la persistance des problèmes liés aux substances psychoactives demandent une attention accrue au niveau de la santé publique. Le livre *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate* est une ressource utile pour ceux et celles qui travaillent à réduire les méfaits des substances psychoactives au niveau local, provincial et fédéral. Ce livre fait suite à un document d'information commandé par la Fondation Beckley pour apporter des faits scientifiques et des idées d'améliorations en vue de l'examen après dix ans par les Nations Unies du Programme international de lutte contre la drogue, qui a eu lieu en 2008-2009 (Beckley Foundation, 2010).

La thèse présentée dans le livre est qu'un changement est nécessaire parce que « le régime

international de prohibition du cannabis par sa nature et son fonctionnement impose des préjudices considérables sur le plan personnel et social » (p. 146) [...], le régime est inefficace, et les conventions internationales « restreignent la capacité des pays signataires d'adopter des politiques et des lois sur le cannabis qui reposent sur des faits [...] ainsi que l'accumulation de données probantes [...] et pourtant le système international de lutte contre les drogues semble de plus en plus paralysé et immobile » (p. 150).

En conséquence, « au niveau local, étatique ou provincial, les problèmes découlant de politiques mondiales doivent être relevés et pris en charge, et c'est là que se déroule en grande partie l'action politique, compte tenu de l'impasse à l'échelon national et internatio-



*Critique de livre par*  
Dr Brian P. Emerson,  
Médecin-conseil,  
Division de la santé publique et  
des populations  
Ministère de la Santé  
[brian.emerson@gov.bc.ca](mailto:brian.emerson@gov.bc.ca)

Robin Room, Benedikt Fischer,  
Wayne Hall, Simon Lenton,  
Peter Reuter  
Oxford University Press, 2010.

nal » (p. 13).

Pour appuyer cette thèse, les auteurs décrivent les effets sur la santé et les effets psychologiques indésirables du cannabis, l'assise factuelle et ses limites pour éclairer les politiques publiques et la pratique, les besoins de recherche, le système international de contrôle du cannabis et les méfaits de la prohibition, y compris les « arrestations de centaines de milliers de consommateurs de cannabis dans le monde occidental » (p. 73), l'injustice avec laquelle les lois sur le cannabis sont appliquées, « qui rend la vie difficile pour les populations marginalisées » (p. 74), les conséquences indésirables de la création de vastes marchés illégaux qui alimentent la violence, la génération de « dizaines de milliards de dollars de revenu pour les criminels » (p. 7) et la corruption.

« Ce sont les doutes au sujet du caractère disproportionné des méfaits sociaux par rapport aux dangers de la drogue elle-même qui sont au cœur de nombre des efforts visant à réformer les politiques actuelles » (p. 7).

Tout en reconnaissant les limites des données, et en tirant des leçons du traitement de l'alcool et du tabac, les auteurs offrent des suggestions pour réduire les préjudices mis sur le compte du cannabis et des politiques de contrôle existantes. Par exemple, « il existe peu de données montrant que des changements dans les sanctions légales réduiraient l'utilisation du cannabis. Ce manque de données doit être pondéré au regard des torts considérables qui découlent sans aucun doute du régime en vigueur » (p. 73), et les changements ne devraient pas avoir

pour effet d'« assouplir les règles à l'endroit des vendeurs, l'autoréglementation et la promotion par des intérêts commerciaux dominés par l'industrie » (p. 104).

L'exposé clair des questions conceptuelles, de la terminologie et des typologies d'instruments politiques qui ont été utilisées dans différents pays pour essayer de gérer le cannabis est utile, comme l'est l'explication des complexités du système de contrôle international qui contribue à l'« impasse » [« stalemate »] dans le texte d'origine, en référence au titre de l'ouvrage].

Des idées pour aller de l'avant au niveau international sont fournies, en particulier une proposition innovatrice qui intéressera particulièrement les travailleurs de la santé publique et qui consiste à créer un nouveau traité inspiré de la *Convention-cadre pour la lutte antitabac*. Les auteurs offrent même un projet de *Convention-cadre pour la lutte contre le cannabis* afin d'approfondir le débat à cet égard.

Les politiques de santé publique demandent de peser le pour et le contre. Toutefois, les bienfaits du cannabis ne sont évoqués que brièvement, et on s'attarde peu aux conséquences de la réglementation de l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques (« marijuana médicale »). Il semble y avoir là un décalage compte tenu du mouvement de plus en plus fort en faveur des initiatives de « légalisation » aux États-Unis qui découlent de propo-

sitions réglementaires d'États pour l'utilisation de la marijuana à des fins médicales. La décision récente de la Cour supérieure de l'Ontario (portée en appel) invalidant deux articles de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et l'intégralité du Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales au niveau fédéral indique le besoin pressant de réformer les politiques dans ce domaine.

Il y a une très brève section sur les effets de l'utilisation du cannabis sur la santé publique, et les auteurs signalent le « peu de données à propos de l'impact du cannabis sur la mortalité et la morbidité » (p. 43), ce qui contraste avec les volumes de données probantes sur les effets de l'alcool et du tabac, et qui met en relief le besoin d'une plus grande attention portée au cannabis en santé publique. Compte tenu de l'observation selon laquelle la prohibition est la source de nombreux méfaits, le livre aurait été plus solide s'il avait contenu plus d'informations quantitatives à ce sujet, et il aurait été intéressant de traiter davantage des raisons de l'« impasse » dans laquelle se trouve la réforme des politiques. Par exemple, un avantage de la prohibition mentionné dans un ouvrage récent (et primé sur cette même question) est qu'elle « empêche des entités commerciales d'envergure de faire la promotion des ventes de drogues par des techniques de marketing modernes » (Babor et al., 2009, p.255).

Dans l'ensemble, le livre offre

un aperçu valable des données probantes pouvant éclairer les politiques et la pratique, et atteint bien son but de « montrer la voie vers une approche plus rationnelle, efficace et juste du contrôle du cannabis » (p. vii).

Ce livre sera une ressource fort utile pour quiconque s'intéresse aux défis que représente l'élaboration d'approches axées sur la santé publique non seulement pour le cannabis, mais aussi pour d'autres substances psychoactives d'intérêt du point de vue de la santé publique. Outre la réduction des méfaits associés au cannabis et aux politiques connexes, la valeur de l'élaboration d'une approche du cannabis axée sur la santé publique sera de préparer le terrain pour l'élaboration et le renforcement d'approches fondées sur la santé publique pour d'autres drogues illicites, le tabac et l'alcool.

## Références

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, G., Patra, J. et al. The Costs of Substance Abuse in Canada, 2002. Ottawa: Canadian Centre for Substance Abuse. March, 2006.

The Beckley Foundation's Drug Policy Programme (<http://www.beckleyfoundation.org/policy/>)

Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, C., Humphreys, K., et al. Drug Policy and the Public Good. Oxford University Press; 2009.

## Le coin des étudiants : Kathleen Deering

À l'échelle mondiale, les femmes dans l'industrie du sexe font face à de hauts taux de problèmes de santé, y compris le VIH. Les travailleuses du sexe sont vulnérables au VIH en raison de nombreux facteurs sociaux et structurels, dont les inégalités fondées sur le genre, qui concernent, par exemple, l'autonomie financière, l'éducation et l'emploi des femmes (Rekart, 2005). Les méfaits de l'industrie du sexe sont inextricablement liés aux environnements sociaux, économiques, physiques et liés aux politiques. Le comportement individuel (à risque ou non) façonne ces environnements et est façonné par eux (Rhodes, 2002). En conséquence, les chercheurs et les responsables des politiques reconnaissent de plus en plus l'importance d'utiliser des stratégies structurelles et communautaires qui modifient les environnements de l'industrie du sexe pour réduire le risque.

Au cours de mes études de maîtrise et de doctorat, j'ai eu la chance de travailler avec CHARME-India, une équipe de recherche internationale chargée de surveiller et d'évaluer l'Initiative Avahan AIDS, la plus importante initiative de prévention du VIH en Inde (Boily et coll., 2007). Avahan est un exemple de prévention globale du VIH au niveau de la population pour les travailleuses du sexe et les hommes à risque, qui incorpore des approches

biomédicales et le changement de comportement, tout en accordant une grande importance à la participation des collectivités locales et en favorisant le changement au niveau structurel (Piot, 2010). À l'aide d'une combinaison d'approches quantitatives, entre autres la modélisation statistique et mathématique, ma recherche a mis en lumière l'importance des différences au sein des populations de travailleuses du sexe et entre ces populations, qui influencent l'épidémie de VIH, et l'importance également d'éléments d'intervention faisant appel aux pairs pour réduire le risque associé au VIH.

En plus d'interventions *planifiées*, l'évaluation d'interventions « naturelles » au niveau de la population, considérées comme faisant partie d'un système complexe créé à partir de facteurs multiniveaux et récursifs (c.-à-d. les individus et leur environnement), est particulièrement importante pour comprendre la façon d'atténuer le risque de VIH chez les travailleuses du sexe. Au Canada, ces interventions peuvent consister en des initiatives locales ou provinciales (p. ex. meilleur accès au traitement antirétroviral; lieux intérieurs plus sûrs pour le travail du sexe; initiatives de logement), ou des changements à la politique fédérale (p. ex. aux mesures du code criminel régissant le travail du sexe). Grâce aux connaissances acquises du fait de la perspective internationale de mon

doctorat et de ma maîtrise, ma recherche postdoctorale aidera à évaluer l'impact d'interventions naturelles sur le risque posé par le VIH pour les travailleuses du sexe à Vancouver.

Les travailleuses du sexe demeurent à risque pour le VIH. Des approches de prévention du VIH qui sont guidées par les populations locales et adaptées aux contextes locaux sont nécessaires pour aider à réduire les inégalités en matière de santé parmi certaines des femmes les plus vulnérables au Canada et dans le monde.

### Références

Boily MC, Lowndes CM, Vickerman P, Kumaranayake L, Blanchard J, Moses S, et coll. Evaluating large-scale HIV prevention interventions: study design for an integrated mathematical modelling approach. *Sex Transm Infect* 2007;83:582-589.

Piot P. Setting new standards for targeted HIV prevention: the Avahan initiative in India. *Sexually Transmitted Infections* 2010;86:i1-i2.

Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet* 2005;366:2123-2134.

Rhodes T. The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy* 2002;13:85-94.



Kathleen Deering,  
B.Sc., M.Sc., Ph.D.  
Boursière de recherche  
postdoctorale des IRSC  
Initiative sur le genre et le sexe  
et la santé, Division du sida,  
Faculté de médecine  
Université de la Colombie  
Britannique

Êtes-vous intéressés de devenir un membre d'un conseil consultatif d'institut (CCI) ? Les demandes de candidature peuvent être soumises en ligne en tout temps. Si vous désirez plus de renseignements sur le processus de sélection des conseils consultatifs des instituts, veuillez vous référer à la page <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/38660.html>.

**PERSONNEL DE L'ISPP****Directrice scientifique**

Dre Nancy Edwards  
[nedwards@uottawa.ca](mailto:nedwards@uottawa.ca)  
Tél : 613-592-5800 poste 8414

**Directrice associée**

Erica Di Ruggiero  
[e.diruggiero@utoronto.ca](mailto:e.diruggiero@utoronto.ca)  
Tél : 416-524-0111

**Associée principale de l'évaluation**

Sarah Viebeck  
[Sarah.Viebeck@uottawa.ca](mailto:Sarah.Viebeck@uottawa.ca)  
Tél : 613-592-5800 poste 1925

**Agente en application des connaissances et en communications**

Emma Cohen  
[ecohen@uottawa.ca](mailto:ecohen@uottawa.ca)  
Tél : 613-562-5800 poste 8439

**Coordinatrice administrative**

Ashley Page  
[ipph-ispp@uottawa.ca](mailto:ipph-ispp@uottawa.ca)  
Tél : 613-562-5800 poste 8414  
Téléc : 613-521-2919

**Étudiantes d'été 2011**

Chardé Morgan  
[cmorgan@health.uottawa.ca](mailto:cmorgan@health.uottawa.ca)

Marina Irick  
[mirick@health.uottawa.ca](mailto:mirick@health.uottawa.ca)

**PERSONNEL DE L'ADMINISTRATION CENTRALE DES IRSC****Directrice adjointe**

Julie Senécal  
[julie.senecal@cihr-irsc.gc.ca](mailto:julie.senecal@cihr-irsc.gc.ca)  
Tél : 613-952-4538

**Associée, Initiatives stratégiques**

Kim Gaudreau  
[kim.gaudreau@cihr-irsc.gc.ca](mailto:kim.gaudreau@cihr-irsc.gc.ca)  
Tél : 613-957-6128  
Téléc : 613-954-1800

**Étudiante d'été 2011**

Claire O'Brien  
[claire.obrien@cihr-irsc.gc.ca](mailto:claire.obrien@cihr-irsc.gc.ca)

Outre les discussions avec des partenaires européens, j'ai eu la chance de visiter trois écoles de santé publique au Canada au cours des derniers mois, et je devrais en visiter d'autres plus tard cette année. J'ai été impressionné par la force et le dynamisme de la communauté interdisciplinaire de chercheurs en quête de solutions à des questions de santé publique qui nous touchent tous au Canada et ailleurs dans le monde. Une génération enthousiaste de nouveaux scientifiques

récolte les fruits du mentorat et de l'expérience.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont contribué à ces efforts. Nous sommes impatients de poursuivre notre action pour renforcer la science de la santé publique et des populations par des partenariats et des initiatives stratégiques. Beaucoup a été accompli, mais il reste encore fort à faire.

En terminant, j'aimerais souligner la précieuse contribution d'Ashley Page, qui travaille comme coordonnatrice

administrative à l'ISPP depuis avril 2009. Ashley faisait partie intégrante de l'équipe de l'ISPP et son départ laissera un vide. Elle entreprendra des études de maîtrise en développement international à l'Université d'Ottawa cet automne. Bonne chance, Ashley! J'ai aussi le plaisir de souhaiter la bienvenue à Marina Irick, à Chardé Morgan et à Claire O'Brien, trois étudiantes qui travailleront à l'Institut cet été.

Pour toute demande de renseignements généraux, veuillez contacter :

[ipph-ispp@uottawa.ca](mailto:ipph-ispp@uottawa.ca)

Pour être ajouté à notre **E-Bulletin mensuel**, veuillez visiter

<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13777.html>

**Possibilités de financement**

Veuillez visiter <http://cihr-irsc.gc.ca/f/13777.html> pour une liste des possibilités de financement offertes par l'Institut.

**Initiative en cours - Le premier programme de recherche coordonné de l'AMMC**

Recherche de mise en œuvre sur l'hypertension artérielle dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire. Visitez le site Web pour de plus amples renseignements : <http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/viewOpportunityDetails.do?browsingArc=true&progCd=10196&org=CIHR&view=browseArchive&fodAgency=CIHR&language=F>

**Publications récentes de l'ISPP**

Di Ruggiero, E., Sharman, Zena. Advancing research on mental health in the workplace. Healthcare Papers 2011; 73-76. Tiré de: <http://www.longwoods.com/content/22412>

ISPP-ICIS Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/43472.html>

2010 Rapport sommaire du colloque sur l'avancement de la recherche interventionnelle en santé des populations: <http://web25.uottawa.ca/academic/health/ipph/20110406PHIRSymposiumSummaryReportFINAL-fr.pdf>

2010 Rapport sommaire de l'atelier: <http://web25.uottawa.ca/academic/health/ipph/20110505PHIRWorkshopSummaryReportFINAL-f.pdf>