



information



formation



recherche



*coopération
internationale*

BILAN DE LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC (1999-2004)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

BILAN DE LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC (1999-2004)

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION

Québec 

- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

AUTEURS

Marie-Claire Laurendeau, Ph.D.
Coordonnatrice, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Marthe Hamel, M.A.
Agente de recherche
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Christine Colin, MD, MSC, FRCP(C)
Médecin-conseil en formation, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec
Professeur de santé publique
Faculté de médecine - Université de Montréal
Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS)

Marie-Jeanne Disant, M.A.
Professionnelle de recherche
Institut national de santé publique du Québec

Ce projet de recherche a été réalisé grâce à la contribution financière de la Direction générale de la santé publique et de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de l'Institut national de santé publique du Québec.

COMMENT CITER CETTE PUBLICATION

Laurendeau, M.-C., Hamel, M., Colin, C., Disant, M.-J. (2007). « *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)* ». Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 55 pages.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN 13 : 978-2-550-49749-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 13 : 978-2-550-49748-6 (PDF)

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont participé à la réalisation de ce bilan et nous tenons à souligner leur précieux apport. Nous voulons d'abord remercier les membres du Comité de suivi, qui, par leur expertise, ont permis d'orienter les travaux aux différentes étapes de réalisation et de tirer le meilleur profit possible des résultats obtenus. Merci à Madame Lyne Jobin, chef du Service des orientations en santé publique, de la Direction générale de la santé publique (DGSP), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), madame Marie-Christine Lamarche, alors directrice par intérim de la Direction de la recherche, de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité (DGPSEQ, MSSS) et monsieur Pierre Joubert, directeur de la Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation (DPRI), de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ).

Nous voulons également remercier madame Louise Lefort, agente de recherche (DPRI, INSPQ) qui a agi à titre de chargée de projet lors de la première phase des travaux. Un merci particulier à monsieur Philippe-André Coutu, agent de recherche (Direction de la recherche, MSSS) : sa connaissance de la Banque de recherche sociale et en santé et sa contribution à la codification des données se sont avérées essentielles. Merci également à madame Nathalie Gravel, technicienne en recherche (DPRI, INSPQ) pour sa participation au traitement des données. Nous tenons de plus à souligner la patience et la minutie de madame Line Mailloux, technicienne en administration (DPRI, INSPQ), qui a procédé à la révision du document et à sa mise en page.

Nous adressons également nos remerciements aux experts qui ont gracieusement accepté de participer à des entrevues visant à mieux cerner des dimensions de la recherche en santé publique au Québec telles que la nature et la qualité des banques de données sur la recherche. Merci à Monsieur Pierre Montambault, consultant (DGSP); madame Corinne Laloum, conseillère en gestion des connaissances au Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP); madame Sonia Poulin, agente de recherche (DGSP); madame Orkia Lefèbvre, conseillère aux établissements de la Direction de santé publique de Montréal; madame Marie Demers, agente de recherche au Conseil de la science et de la technologie, de l'Innovation et de l'Exportation et monsieur Guy Fréchet, chargé de projets majeurs au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Nous avons pu bénéficier d'une lecture attentive de la version préfinale du rapport par monsieur Jean Rochon, expert associé à l'INSPQ et monsieur Jean-Louis Denis, professeur titulaire au département d'administration de la santé et directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), de l'Université de Montréal. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leurs précieux commentaires qui nous ont permis d'enrichir la discussion du rapport.

Enfin, cette recherche n'aurait pu être réalisée sans la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction générale de la santé publique et Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité – et de l'Institut national de santé publique du Québec – Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation. Qu'ils en soient donc sincèrement remerciés.

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats du bilan de la recherche en santé publique, subventionnée entre 1999 et 2004 au Québec. Il s'agit du premier bilan de la sorte réalisé au Québec et au Canada. Il a été dressé à partir d'un cadre conceptuel élaboré spécifiquement dans le but de délimiter le champ de la recherche en santé publique.

La recherche en santé publique a été définie comme *l'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants qui visent la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de santé publique*. À cette définition relevant d'une conception large de la santé publique correspondent des critères d'inclusion et d'exclusion permettant de sélectionner les recherches en santé publique et de les distinguer des autres recherches sociales et en santé. Les recherches en santé publique ont été catégorisées en fonction de thématiques, en lien avec les fonctions essentielles et de soutien définies dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), ainsi que selon les domaines précisés dans le programme.

La base de données sur la recherche en santé publique a été constituée à partir de la Banque de la recherche sociale et en santé (BRSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette base comprend 1 508 projets, ce qui représente 13,6 % des projets de recherche répertoriés dans la BRSS entre 1999 et 2004. Elle fournit des informations sur les thématiques et domaines d'intervention ainsi que sur le financement et la gestion de ces recherches.

L'examen des résultats laisse tout d'abord voir que, bien que des thématiques et des domaines d'intervention prédominent dans la recherche en santé publique, celle-ci n'en demeure pas moins assez diversifiée. Cette diversité ne concerne pas seulement les contenus mais caractérise aussi le financement, les milieux gérant les recherches et l'affiliation des chercheurs.

Les projets de recherche en santé publique apparaissent légèrement moins financés que les autres projets répertoriés dans la BRSS : le montant moyen des subventions y est moins élevé et la somme consacrée à leur financement est proportionnellement moins élevée que leur nombre par rapport aux autres projets de la BRSS.

Mais c'est avant tout par le cadre de financement que la recherche en santé publique se distingue des autres recherches répertoriées dans la BRSS. D'une part, il y a davantage de projets financés par le palier provincial – où les subventions sont plus modestes – et d'autre part, les subventions importantes y sont moins fréquentes. Dans le reste de la BRSS, c'est en effet le palier fédéral qui finance le plus de projets et qui investit le plus. En examinant plus en détail les sources de financement, il apparaît que leur contribution à la recherche en santé publique est inégale. Ainsi, le CQRS-FQRSC et le CRSH ont une participation financière plus importante en santé publique que dans les autres projets de la BRSS; alors qu'à l'inverse, les IRSC contribuent proportionnellement davantage aux autres projets répertoriés dans la BRSS. Il faut de plus souligner qu'une subvention moyenne de ce dernier organisme est environ deux fois plus élevée que celle provenant du FRSQ, du CQRS/FQRSC ou du CRSH.

L'autre grand constat relatif au cadre de financement est la place occupée par le soutien à la relève. En effet, pour plus du quart des projets, les subventions sont accordées sous forme de bourses, ce qui représente près de 13 % des montants totaux alloués. Le financement des bourses diffère toutefois de celui des subventions à la recherche. En effet, dans l'octroi des bourses, c'est le palier provincial qui joue un rôle prépondérant, tant pour le nombre de bourses accordées que pour les montants totaux alloués, notamment par l'intermédiaire du FRSQ. Le montant moyen d'une bourse est inférieur à celui des autres subventions à la recherche mais il est loin d'être négligeable. Ces constats se vérifient également pour les autres projets de la BRSS. De légères différences s'observent toutefois à ce chapitre : le CQRS-FQRSC et le CRSH participent davantage au financement de la recherche en santé publique, pour les bourses comme pour les subventions de recherche. La situation contraire prévaut pour les IRSC, ceux-ci investissant davantage dans les autres projets répertoriés dans la BRSS, et ce pour tous les types de financement.

Ces divers constats, qui précisent la situation particulière de la recherche en santé publique au Québec, permettent de mieux cerner les enjeux associés au développement et au soutien de ce champ de recherche. Le bilan effectué devrait donc s'avérer un outil et une référence permettant d'alimenter la réflexion et les démarches des divers acteurs engagés dans le soutien et le développement de la recherche en santé publique au Québec.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SCHÉMAS	VII
LISTE DES FIGURES.....	VII
LISTE DES TABLEAUX	VIII
INTRODUCTION.....	1
1. OBJECTIFS.....	3
2. MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1. Orientations méthodologiques	5
2.2. Cadre conceptuel.....	7
2.2.1. Définition de la santé publique et de la recherche en santé publique	7
2.2.2. Classification selon les thématiques de recherche et selon les domaines.....	10
2.3. Constitution de la base de données sur la recherche en santé publique	15
2.3.1. Recension et analyse des banques de données existantes.....	15
2.3.2. Exploitation de la BRSS	16
2.3.3. Stratégie et procédure de codification	17
2.4. Traitement et analyse des données.....	18
2.5. La base de données sur la recherche en santé publique	19
3. RÉSULTATS	21
3.1. Contour et contenu des projets de recherche en santé publique	21
3.1.1. Période et durée des projets de recherche en santé publique.....	21
3.1.2. Les chercheurs responsables des projets	22
3.1.3. Les organismes gestionnaires des projets.....	22
3.1.4. Thématiques et domaines d'intervention.....	24
3.1.5. Transfert des connaissances et infrastructures de recherche	25
3.2. Données financières.....	25
3.2.1. Hauteur du financement	26
3.2.2. Sources de financement.....	28
3.2.3. Types de financement.....	31
3.2.4. Comparaison entre le financement des projets de recherche en santé publique et celui des autres projets de la BRSS	33
3.2.5. Comparaison du financement des projets de recherche en santé publique selon les thématiques et les domaines couverts.....	38
4. DISCUSSION.....	41
4.1. Portée et limites des résultats.....	41
4.2. Contour et contenu de la recherche en santé publique.....	42

4.3. Le financement de la recherche en santé publique.....	45
4.4. Importance du soutien à la relève.....	46
4.5. Influence du cadre de financement sur les contenus de recherche.....	46
4.6. Perspectives.....	47
CONCLUSION.....	49
RÉFÉRENCES.....	51
ANNEXE LISTE DES SOURCES DE FINANCEMENT.....	53

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1	Thématiques retenues pour le bilan de la recherche en santé publique	12
Schéma 2	Domaines d'intervention retenus pour le bilan de la recherche en santé publique (MSSS, 2003)	13
Schéma 3	Constitution de la base de données pour le bilan la recherche en santé publique	15
Schéma 4	Processus de sélection et de codification des projets pour le bilan de la recherche en santé publique	18
Schéma 5	Nombre de projets de recherche aux différentes étapes de sélection et de codification du bilan de la recherche en santé publique, 1999-2004	20

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Proportion de projets de recherche en santé publique selon la durée du financement, 1999-2004	21
Figure 2	Affiliation universitaire des chercheurs responsables des projets de recherche en santé publique, 1999-2004	22
Figure 3	Proportion de projets de recherche en santé publique selon le réseau d'appartenance de l'organisme gestionnaire, 1999-2004	23
Figure 4	Région d'appartenance des organismes gestionnaires des projets de recherche en santé publique, 1999-2004	24
Figure 5	Proportion de projets de recherche en santé publique selon le montant total du financement, 1999-2004	26
Figure 6	Proportion du montant total des subventions allouées aux projets de recherche en santé publique selon la taille du financement, 1999-2004	27
Figure 7	Proportion de projets de recherche en santé publique selon le montant annuel du financement, 1999-2004	27
Figure 8	Répartition des montants alloués par les paliers fédéral et provincial selon la taille du financement des projets de recherche en santé publique, 1999-2004	30
Figure 9	Proportion des différentes catégories de projets de la BRSS selon la taille du financement, 1999-2004	33
Figure 10	Proportion du montant total du financement des différentes catégories de projets de la BRSS selon la taille du financement, 1999-2004	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Thématiques abordées par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004.....	24
Tableau 2	Domaines d'intervention touchés par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004.....	25
Tableau 3	Nombre de projets de recherche en santé publique et montant total du financement selon la source, 1999-2004.....	29
Tableau 4	Nombre de projets de recherche en santé publique et montant moyen du financement selon la source et la taille, 1999-2004.....	30
Tableau 5	Nombre de projets de recherche en santé publique, montant moyen et montant total selon le type de financement, 1999-2004.....	31
Tableau 6	Nombre de projets de recherche en santé publique selon le type de financement et la source, 1999-2004.....	32
Tableau 7	Montant total du financement des projets de recherche en santé publique selon le type de financement et la source, 1999-2004.....	32
Tableau 8	Nombre de projets de recherche, montant moyen et montant total selon les catégories de projets de la BRSS, 1999-2004.....	33
Tableau 9	Montant moyen du financement des différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la taille du financement, 1999-2004.....	34
Tableau 10	Comparaison des différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004.....	35
Tableau 11	Montant total alloué aux différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004.....	35
Tableau 12	Montant moyen alloué aux différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004.....	36
Tableau 13	Nombre de projets de recherche, montant moyen et montant total du financement dans les différentes catégories de projets de la BRSS selon le type de financement, 1999-2004.....	37
Tableau 14	Montant total des bourses dans les différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004.....	37
Tableau 15	Montant total des subventions à la recherche dans les différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004.....	38
Tableau 16	Montant moyen du financement selon les thématiques abordées par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004.....	38
Tableau 17	Montant moyen du financement selon les domaines touchés par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004.....	39
Tableau 18	Nombre de projets de recherche en santé publique subventionnés pour chacune des thématiques selon le palier de financement, 1999-2004.....	39
Tableau 19	Nombre de projets de recherche en santé publique subventionnés à l'intérieur de chacun des domaines selon le palier de financement, 1999-2004.....	40

INTRODUCTION

Cette étude, soutenue conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec, a été réalisée entre 2005 et 2006, par une équipe de recherche du MSSS et de l'INSPQ. Cette équipe s'est également adjoint l'expertise d'un comité de suivi pour valider, éclairer et orienter les analyses et les décisions tout au long du projet¹.

Ce bilan de la recherche en santé publique au Québec a été réalisé dans la foulée de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), qui détermine les activités à maintenir ou à déployer au cours des dix prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé des Québécois. Le PNSP met l'accent sur l'importance de la recherche pour l'exercice des diverses fonctions et le développement de l'expertise en santé publique, la recherche permettant «...d'orienter les pratiques par l'application des connaissances obtenues dans le cadre d'une démarche scientifique » (MSSS, 2003, p. 110). Par ailleurs, la consolidation de la recherche et la mise à profit des connaissances figurent dans le *Plan stratégique 2004-2008* de l'INSPQ (INSPQ, 2004), plusieurs orientations et objectifs de ce plan stratégique référant directement ou indirectement à la recherche.

On constate toutefois que peu de données sur la recherche en santé publique permettent d'étayer d'éventuelles orientations en vue de soutenir ce champ de la recherche. Les informations disponibles ne documentent que partiellement la recherche en santé publique qui met à contribution de multiples disciplines tant des sciences sociales et humaines que des sciences médicales. En effet, les travaux réalisés jusqu'à maintenant ne rendent pas compte de la réalité particulière de la recherche en santé publique, ceux-ci ayant été consacrés, soit à la recherche sociale (ex. : MSSS, 2005), soit à la recherche en santé (ex. : MSSS, 2002a, 1999).

Ce bilan devrait apporter un nouvel éclairage sur la recherche récente menée en santé publique au Québec. Une meilleure connaissance des caractéristiques de la recherche en santé publique, en termes de contenu et d'organisation, devrait permettre de mieux soutenir l'évolution de ce champ au cours des prochaines années.

¹ Les membres de ce comité ont été choisis pour leur expertise dans la recherche en santé et, dans certains cas, dans la recherche en santé publique. Composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction générale de la santé publique – Direction du programme de santé publique - et Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité – Direction de la recherche) et de l'Institut national de santé publique du Québec (Direction de la planification, de la recherche et de l'innovation), ce comité a été associé aux différentes étapes de cette recherche, que ce soit pour la détermination des orientations méthodologiques, pour l'élaboration du cadre conceptuel ou pour l'interprétation des résultats.

1. OBJECTIFS

L'objectif général de ce projet est d'établir un bilan de la recherche en santé publique au Québec qui pourrait, notamment, éclairer les décisions et les orientations en matière de développement de la recherche en santé publique. Il s'avère que peu de données et d'études au Québec permettent de documenter la situation de la recherche en santé publique. Comme toute démarche rigoureuse de recension et d'analyse, celle-ci s'est appuyée sur un cadre conceptuel délimitant et précisant le champ d'étude. L'élaboration d'un cadre conceptuel se justifie d'autant plus que les définitions de la santé publique, tout comme celles de la recherche dans ce domaine, peuvent donner lieu à diverses interprétations.

Plus spécifiquement, les objectifs poursuivis sont les suivants :

- élaborer un cadre conceptuel permettant de cerner et de définir l'univers de la recherche en santé publique;
- recenser et classifier les recherches en santé publique;
- compte tenu de l'organisation de la recherche et des dispositifs mis en place pour soutenir le développement de la recherche en santé publique, analyser l'information recueillie pour :
 - préciser les caractéristiques de la recherche en santé publique (en termes de volume de recherches, de thématiques étudiées, de domaines d'intervention couverts, de sources de financement, de provenance des projets, de montants alloués, de durée du financement, etc.);
 - décrire les tendances actuelles en matière de recherche (selon les thématiques de recherche étudiées, les domaines d'intervention couverts, les sources de financement, etc.);
 - mettre en évidence les forces et les faiblesses de la recherche (ex. : les créneaux encore peu ou pas explorés) et du soutien consenti à cette fonction.

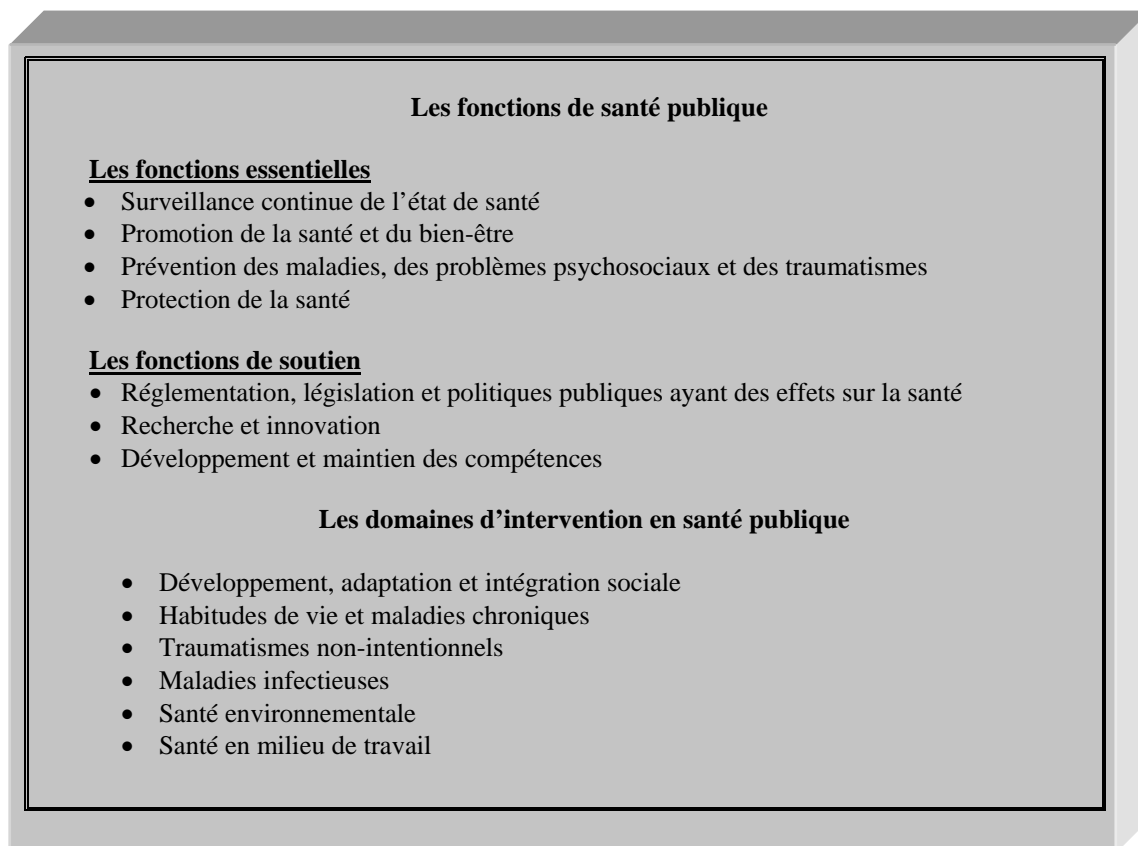
2. MÉTHODOLOGIE

Le projet a été réalisé en cinq étapes :

- le repérage d'études et de modèles conceptuels au Québec, au Canada ou dans d'autres pays, ayant pour objet la recension et l'analyse des activités de recherche dans le domaine de la santé publique (méthodes : analyse documentaire et consultation d'informateurs clés);
- le repérage et la sélection des banques de données susceptibles de fournir une information exhaustive sur les recherches réalisées dans le domaine de la santé publique au Québec (méthodes : analyse documentaire et consultation d'informateurs clés);
- l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant :
 - de délimiter le champ de la recherche en santé publique (définition des critères d'inclusion et d'exclusion);
 - d'analyser les activités de recherche selon leur thématique et domaine d'intervention (spécification des critères d'inclusion);
- la constitution de la base de données par :
 - la sélection de la période des recherches à recenser : projets subventionnés entre 1999 et 2004;
 - le repérage et l'inventaire des recherches relevant du champ de la santé publique;
 - la mise en place d'un processus et d'une stratégie de codification en fonction des thématiques et des domaines d'intervention;
- le traitement et l'analyse des données sur la recherche en santé publique.

2.1. ORIENTATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Ce bilan s'est en grande partie appuyé sur les perspectives et orientations définies dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003). Le programme délimite le champ d'action de la santé publique par les fonctions de santé publique (fonctions essentielles et de soutien) qui s'exercent dans différents domaines d'intervention (voir encadré qui suit).



L'équipe de recherche s'est également inspirée d'un cadre conceptuel développé par le *Swedish National Institute of Public Health* (Swedish National Institute of Public Health, 2004) pour inventorier et évaluer la recherche en santé publique en Suède. Les définitions et typologies élaborées dans cette étude ont été adaptées pour cerner et analyser le champ de la recherche en santé publique au Québec.

L'équipe de recherche suédoise a étudié la recherche en santé publique en fonction de diverses dimensions :

- les catégories de recherche : théories et méthodes, étiologie et incidence, interventions, politiques et systèmes de santé;
- les objectifs de santé de la Suède : participation sociale, sécurité économique et sociale, conditions de vie durant l'enfance et l'adolescence, santé au travail, produits et environnements sains, soins de santé, protection contre les maladies infectieuses, santé sexuelle et reproduction, activité physique, alimentation et sécurité alimentaire, tabagisme, consommation d'alcool, consommation de drogues, consommation de médicaments et jeu pathologique.

Les perspectives d'analyse du bilan suédois ont été partiellement adoptées : les critères de sélection des recherches et la typologie selon des thématiques ont été repris et adaptés au contexte du Québec. Les recherches ont été examinées non pas selon les disciplines scientifiques ou les priorités mais selon les domaines d'intervention définis dans le PNSP.

Par ailleurs, la stratégie de collecte de données adoptée est différente de celle empruntée par l'équipe suédoise qui avait eu recours, notamment, à des enquêtes et à des consultations de personnes ressources. Il est apparu judicieux, pour le bilan québécois, de tirer profit de l'existence de banques de données répertoriant la recherche subventionnée et commanditée au Québec.

Enfin, la base de données sur la recherche en santé publique a été constituée de façon restrictive, en retenant seulement les projets dont l'appartenance au champ de la recherche en santé publique ne faisait aucun doute. Les projets dont l'appartenance au champ de la recherche en santé publique était incertaine, soit en raison d'un manque d'information ou de données contradictoires, n'ont pas été intégrés dans la base de données.

2.2. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel a été élaboré afin de mieux circonscrire l'univers de la recherche en santé publique de façon à déterminer les projets appartenant à ce champ de recherche. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) ainsi que le bilan réalisé par l'équipe suédoise (Swedish National Institute of Public Health, 2004) ont servi de référence et de guide.

2.2.1. Définition de la santé publique et de la recherche en santé publique

Les nombreuses définitions de la santé publique se différencient par leurs conceptions plus ou moins restrictives des fonctions de santé publique (surveillance, promotion, prévention, protection, etc.). La tendance actuelle est toutefois, dans les pays occidentaux, d'adopter une définition large de la santé publique (Colin, 2004).

Pour cette étude, le champ de la santé publique a été défini en référence au PNSP. Selon le programme, la santé publique se traduit par l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être, au niveau de la population et des systèmes qui la régissent (MSSS, 2003), cette action étant circonscrite par les fonctions essentielles et de soutien de santé publique (voir encadré de la section 2.1).

En ce qui concerne la recherche en santé publique, le PNSP présente la fonction de recherche et d'innovation comme « *un ensemble d'activités axées sur la production, la diffusion et l'application des connaissances scientifiques...* » (MSSS, 2003, p. 19). L'équipe suédoise propose quant à elle une définition opérationnelle mettant davantage l'accent sur les thématiques de recherche et sur les domaines d'intervention couverts :

“Public health science generates and systematises knowledge about the health of the population, as well as the factors which influences public health and its distribution. It studies and evaluates measures aimed at the preservation and improvement of the health of the population. Studies of the significance of societal structure, working life, environment, health behaviours and healthcare system for population health are in focus.” (Swedish National Institute of Public Health, 2004, p. 6)

Pour le présent bilan, sont considérées comme relevant du champ de la recherche en santé publique : *l'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants, qui visent la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de santé publique.* Les déterminants réfèrent ici à un ensemble de caractéristiques tant individuelles (ex. : démographiques,

socio-économiques, génétiques, perceptuelles, comportementales) que collectives (ex. : structure sociale) et contextuelles (ex. : organisation des services de santé et services sociaux, milieu de vie, environnement physique et social, culturel, économique et politique) qui ont une influence directe ou indirecte sur la santé.

À l'instar de l'équipe suédoise, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été précisés pour mieux circonscrire l'univers de la recherche en santé publique. C'est aussi sur ces critères qu'a reposé la sélection des projets de recherche afin de constituer une base de données sur la recherche en santé publique. Il faut signaler que la formulation de ces critères a évolué au cours de la démarche, ce qui a permis de les raffiner par un exercice itératif de clarification et de validation.

Les recherches considérées comme faisant partie de la recherche en santé publique sont :

- les recherches en lien avec la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population;
- les recherches (descriptives, analytiques, explicatives, etc.) sur les liens entre l'état de santé et de bien-être de la population et ses déterminants;
- les recherches (évaluatives, comparatives, etc.) sur les interventions et programmes de promotion, de prévention et de protection destinés à maintenir et à améliorer la santé et le bien-être de la population;
- les recherches sur l'organisation des services de santé et des services sociaux comme déterminant de la santé et du bien-être de la population;
- les recherches (évaluatives, comparatives, etc.) sur les politiques publiques en lien avec la santé et le bien-être de la population;
- les recherches de nature théorique et méthodologique (mesure, modélisation, etc.) en lien avec la santé publique et le bien-être de la population.

Les recherches qui ont été exclues du domaine de la recherche en santé publique sont :

- les recherches médicales, toxicologiques, génétiques, pharmacologiques, etc., qui portent uniquement sur des processus physiologiques, biologiques, chimiques, biochimiques, physiques, etc. et qui n'ont pas de perspective d'application pratique en santé publique;
- les recherches qui portent sur des phénomènes-changements-facteurs, sociaux, psychosociaux, technologiques, socio-économiques, environnementaux, etc. et qui n'ont pas de lien explicite avec la santé publique;
- les recherches sur les pathologies, leur diagnostic ou leur traitement;
- les recherches portant sur des expérimentations animales, des essais cliniques, le développement de nouveaux médicaments, vaccins, etc.;
- les recherches portant sur des personnes qui sont traitées ou suivies par des professionnels de la santé, de la réadaptation, du travail social, etc. et dont l'objet est le traitement, les soins ou les interventions prodigués par ces intervenants;

- les recherches traitant des pratiques éducatives associées à un traitement médical ou à un accompagnement thérapeutique et qui n'ont pas une perspective populationnelle ou de santé publique;
- les recherches orientées sur l'expérience individuelle de la maladie, de la guérison, des soins et services; les recherches sur la qualité de vie des individus pendant ou après le traitement; sur la communication entre les patients et le personnel soignant;
- les études et analyses réalisées spécifiquement à des fins administratives (ex. : suivi de gestion), cliniques (ex. : études de cas) ou de surveillance (ex. : portraits de santé) et qui font partie de la mission d'un service, d'une direction ou d'une administration.

Ce travail de clarification conceptuelle s'est aussi poursuivi en établissant des distinctions entre la recherche en santé publique et d'autres types de recherche.

Distinction entre le champ de la recherche en santé publique et les autres champs de recherche

Un projet de recherche est considéré comme appartenant au champ de la santé publique, lorsqu'il correspond à la définition énoncée précédemment. Si la problématique ciblée ne concerne pas la santé et le bien-être de la population ou ses déterminants (par exemple, la réussite scolaire), le projet de recherche est exclu du champ de la santé publique. Dans le cas d'un projet à multiples variables, le projet de recherche est inclus seulement si le projet se situe principalement dans le champ de la santé publique.

Distinction entre la recherche en santé publique et la recherche clinique

Lorsqu'un projet de recherche s'effectue sous l'angle de la recherche clinique, celui-ci est exclu du champ de la recherche en santé publique, la recherche clinique étant définie comme « *axée sur le développement de connaissances dans le but de mieux comprendre certaines pathologies, l'évolution de la maladie ou le dysfonctionnement de l'homme. La recherche clinique sert aussi de mode de développement des interventions thérapeutiques.* » (Lefrançois, 1991). Tous les projets concernant des personnes atteintes de maladies, aux prises avec des traumatismes, des incapacités ou des problèmes d'adaptation, sont aussi exclus, à l'exception de ceux qui s'inscrivent dans une perspective de prévention ou qui considèrent les impacts de ces problèmes sur la santé des proches aidants.

Distinction entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée

Les recherches fondamentales, dont les retombées et les applications ne sont pas attendues à court ou à moyen terme, ont été exclues du champ de la recherche en santé publique, alors que les recherches appliquées ont été incluses. La **recherche fondamentale** désigne « *les travaux expérimentaux ou théoriques entrepris principalement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables, sans envisager une application ou une utilisation particulière* » (Organisation de coopération et de développement économiques, OCDE, 2002). La **recherche appliquée, pour sa part**, peut comprendre « *des travaux originaux entrepris en vue d'acquérir des connaissances nouvelles. Cependant, elle est surtout dirigée vers un but ou un objectif pratique déterminé.* » (OCDE, 2002). Ainsi, les recherches portant sur le développement de vaccins ou la nature des vaccins sont exclues alors que celles portant sur les stratégies de vaccination sont incluses.

Distinction entre la recherche évaluative et l'évaluation

Les recherches évaluatives ont été incluses alors que les évaluations normatives ont été exclues. Les premières s'articulent autour d'une problématique, d'un protocole et d'hypothèses de recherche qui leur sont propres alors que les secondes s'en distinguent par leurs finalités d'ordre administratif et par le processus de reddition de compte dans lequel elles s'inscrivent.

Distinction entre la recherche et les études ou activités de surveillance

Les études et analyses réalisées à des fins de surveillance ou de vigie sanitaire sont également exclues du champ de la recherche. Si ces activités répondent aux mêmes critères de rigueur scientifique que la recherche, leur objectif et contexte de réalisation sont toutefois fort différents : la recherche vise en premier lieu l'avancement des connaissances, alors que les activités de surveillance répondent à la responsabilité qui incombe aux autorités de santé publique d'effectuer, tel que le stipule l'article 4 de la Loi sur la Santé publique, « *la surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés* » (L.R.Q., c. 60, art.4 : Québec, 2001).

Malgré les efforts consentis à la définition du champ de la recherche en santé publique et à celle des critères d'inclusion et d'exclusion, certains projets, se situant au pourtour du champ de la santé publique, ont posé des difficultés quant à leur appartenance ou non à cet univers. L'éclaircissement de ces « zones d'ombre » entourant le champ de la recherche en santé publique a conduit à raffiner les définitions des critères d'inclusion et d'exclusion. Les projets reliés à l'intégration et l'adaptation sociale, la vaccination et l'organisation des services sociaux et de santé sont ceux qui ont posé le plus de difficultés.

Ce travail itératif d'élaboration des critères d'exclusion et d'inclusion s'est aussi inscrit dans un processus de validation et de rétroaction systématique des opérations de codification, ceci afin d'éviter les incohérences et les interprétations contradictoires. Plusieurs mécanismes d'examen et de validation des projets ont été mis en place, dont trois niveaux d'examen successifs : un premier constitué d'un ou de deux juges de l'équipe de recherche, un second constitué des trois juges de l'équipe de recherche, et un troisième, requérant l'expertise de l'ensemble du comité de suivi. Pour quelques cas, il y a eu consultation, sur une base ad hoc, d'experts externes.

2.2.2. Classification selon les thématiques de recherche et selon les domaines

Les recherches ont été catégorisées selon deux paramètres :

- les thématiques de recherche;
- les domaines d'intervention.

La classification selon les thématiques de recherche reprend en partie celles identifiées dans l'étude suédoise sur la recherche en santé publique. Toutefois, les catégories ont été adaptées à la mission des instances de santé publique du Québec, en lien avec les fonctions essentielles et de soutien définies dans le PNSP.

Les recherches ont été catégorisées selon cinq thématiques non exclusives (un même projet pouvant comporter une ou plusieurs thématiques de recherche), soit :

1. État de santé et bien-être de la population et ses déterminants;
2. Interventions et programmes de promotion, de prévention et de protection;
3. Organisation des services de santé et services sociaux comme déterminant de la santé et du bien-être de la population;
4. Politiques publiques ayant un impact sur la santé et le bien-être de la population;
5. Théories et méthodes en lien avec la santé publique.

Par ailleurs, deux dimensions supplémentaires ont été introduites : *Transfert des connaissances en lien avec la santé publique* et *Infrastructures de recherche en lien avec la santé publique*. Ces dimensions, qui ne figurent pas dans le modèle suédois, ne se situent pas au même niveau de catégorisation que les thématiques. Elles ont été introduites à des fins exploratoires. La BRSS offrant l'opportunité de repérer des projets reliés au transfert de connaissances et à des infrastructures de recherche, il est apparu pertinent, en raison de l'intérêt que présentent ces dimensions pour le développement de la recherche, de les explorer davantage dans le bilan. Sauf exception, les projets caractérisés par l'une ou l'autre de ces deux dimensions, se retrouvent également classifiés dans au moins une des cinq thématiques².

Le repérage des projets de transfert des connaissances permet de préciser l'importance d'une activité reconnue comme stratégique pour l'utilisation des résultats de recherche, tandis que celui des projets d'infrastructure permet d'informer sur l'organisation et sur les dispositifs de soutien à la recherche. Sous la dimension *Transfert des connaissances* figurent surtout des activités scientifiques qui font partie du processus de recherche ou qui sont connexes à la recherche, telles les activités de diffusion (communications, colloques, publications, dissémination, échange et partage de connaissances, réseautage), les activités de formation, d'application et de gestion des connaissances, ainsi que les recensions de connaissances scientifiques et les méta-analyses.

Le fait que la recherche en santé publique soit surtout appliquée n'exclut pas que certains projets de recherche portent sur des *Théories et méthodes en lien avec la santé publique*. Il est en effet nécessaire de développer des théories et méthodes susceptibles de générer des connaissances nouvelles pour soutenir, améliorer et orienter le développement des interventions, des programmes, des services et des politiques en santé publique. Le schéma qui suit présente les critères d'inclusion associés à chacune de ces catégories.

² Il faut signaler le cas exceptionnel de quelques recherches qui ne se retrouvent pas classifiées dans une des cinq thématiques du fait que le transfert de connaissances est l'objet même de ces recherches (ex. : recherche évaluative sur l'efficacité des stratégies d'échange des connaissances entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances; recherche relative à l'impact des stratégies de transfert des connaissances sur les pratiques en lien avec la santé publique).

Schéma 1 Thématiques retenues pour le bilan de la recherche en santé publique

THÉMATIQUES	CRITÈRES D'INCLUSION
1- État de santé et bien-être de la population et ses déterminants	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche en lien avec la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population (incidence, prévalence et distribution dans la population de la mortalité et de la morbidité, des facteurs de risque et de protection). - Recherche (descriptive, analytique ou explicative) sur les liens entre l'état de santé et de bien-être de la population et ses déterminants*. <p>* L'organisation des services de santé et des services sociaux comme déterminant est traitée dans la thématique <i>Organisation des services</i>.</p>
2- Interventions et programmes de promotion, de prévention et de protection	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche (évaluative, participative, recherche-action, etc.) sur des projets (incluant les projets pilotes, de démonstration) visant à maintenir, à protéger et à améliorer la santé et le bien-être de groupes, de milieux de vie ou de communautés. - Recherche évaluative sur le développement, l'implantation, le déploiement, les effets, l'efficacité et la rentabilité des interventions et des programmes de promotion, de prévention (incluant le dépistage et la prévention précoce) et de protection.
3- Organisation des services de santé et services sociaux en lien avec la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche (évaluative, descriptive, etc.) ayant pour objet l'organisation, le fonctionnement des services et leur impact sur la santé des populations (ex. : services préventifs, de première ligne, de dépistage, les services spécialisés de laboratoire de santé publique) dans une perspective populationnelle. - Recherche ayant pour objet, dans une perspective populationnelle, la prestation et la consommation des services, leur performance et leur qualité. - Recherche sur l'adéquation entre les besoins de la population et les services; sur les attitudes de la population et des groupes concernés (ex. : usagers, intervenants) face aux services; sur la communication entre les dispensateurs et les utilisateurs des services dans une perspective populationnelle.
4- Politiques publiques en lien avec la santé et le bien-être de la population	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche sur les composantes des politiques publiques nationales, régionales et locales en lien avec la santé et le bien-être de la population, à l'intérieur et à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : politiques de lutte à la pauvreté, politiques de développement social et de développement durable). - Recherche sur l'évaluation de l'impact des politiques publiques et des approches de gestion des risques (ex. : législation, réglementation). - Recherche sur les attitudes et perceptions de la population face aux politiques publiques et à la gestion des risques. - Recherche sur les valeurs sous-jacentes et sur la dimension éthique des pratiques de santé publique (ex. : égalité en matière de santé).
5- Théories et méthodes en lien avec la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> - Théories étiologiques, comportementales, sociales, systémiques, écologiques, théories de l'intervention, théories du changement, etc. - Méthodes d'analyse de l'état de santé et de bien-être de la population; d'évaluation des risques, de modélisation mathématique, etc.

La classification selon les domaines d'intervention, pour sa part, reprend les catégories et les définitions présentées dans la version abrégée du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003).

Aux six domaines d'intervention de santé publique figurant dans le PNSP a été ajouté celui de *Santé de la population en général*. Les projets sont classifiés selon sept catégories non exclusives relatives aux domaines d'intervention (un même projet pouvant concerner un ou plusieurs domaines d'intervention), soit :

1. Développement, adaptation et intégration sociale;
2. Habitudes de vie et maladies chroniques;
3. Traumatismes non intentionnels;
4. Maladies infectieuses;
5. Santé environnementale;
6. Santé en milieu de travail;
7. Santé de la population en général.

La catégorie *Santé de la population en général* regroupe des recherches qui, tout en se situant dans une perspective de santé publique (surveillance, promotion, prévention ou protection), ne se rapportent pas à un domaine d'intervention particulier. Par exemple, une recherche portant sur la mesure de la défavorisation en lien avec l'état de santé de la population, ou encore, sur la comparaison des effets de diverses politiques publiques sur la santé. Le schéma qui suit présente les critères d'inclusion qui ont servi à déterminer le domaine d'intervention.

Schéma 2 Domaines d'intervention retenus pour le bilan de la recherche en santé publique (MSSS, 2003)

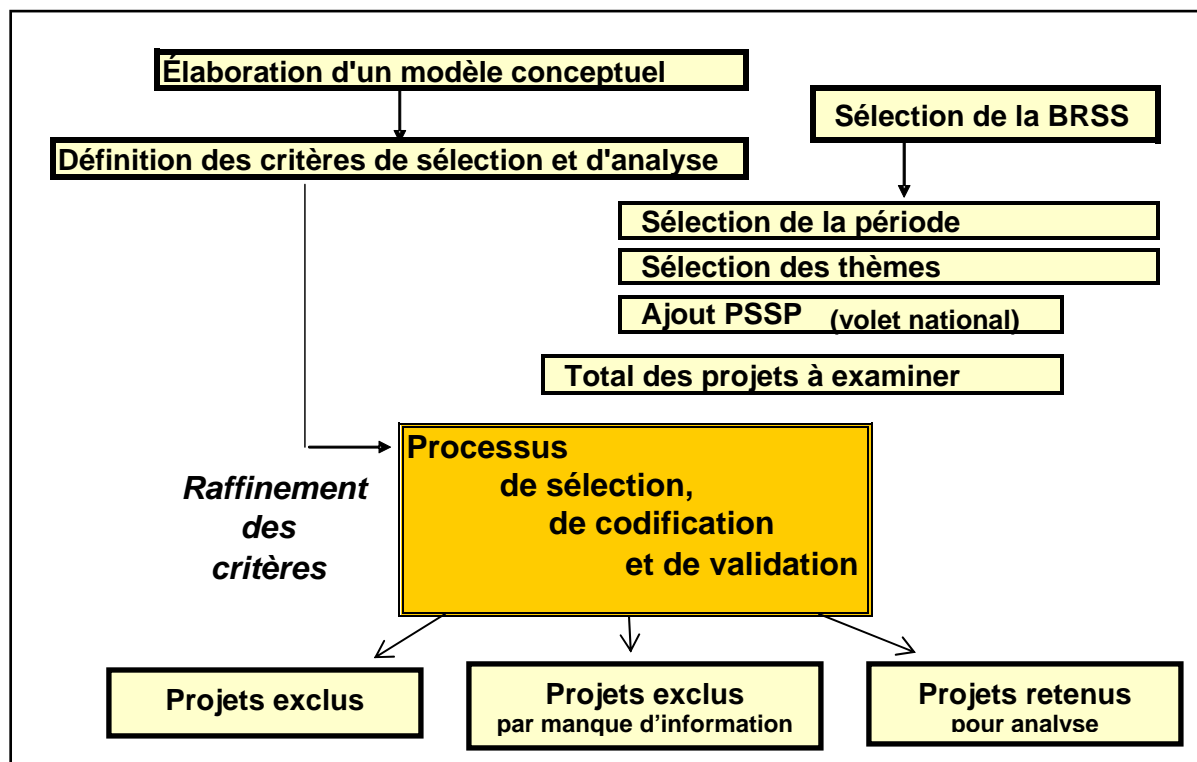
DOMAINES D'INTERVENTION	CRITÈRES D'INCLUSION
<p>1- Développement, adaptation et intégration sociale</p> <p>Problématiques psychosociales qui touchent différents groupes d'âge de la population</p>	<p>Les recherches traitant, dans une perspective de santé publique « des problèmes liés au développement et à la santé physique des jeunes enfants, de ceux touchant l'adaptation sociale des enfants et des adolescents, des problèmes d'abus, de négligence et de violence, des problèmes liés à la consommation de drogues, d'alcool et de médicaments ainsi que des problèmes de santé mentale susceptibles d'affecter tous les groupes d'âge de la population.</p> <p>Les recherches se situant dans l'un des axes d'intervention suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) les services intégrés et le soutien des pratiques cliniques préventives en périnatalité et pour la petite enfance; b) l'intervention globale et concertée en milieu scolaire; c) la prévention des problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale chez les adultes; d) la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

DOMAINES D'INTERVENTION	CRITÈRES D'INCLUSION
<p>2- Habitudes de vie et maladies chroniques</p> <p>Maladies se caractérisant par une origine non contagieuse et par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants sur lesquels il est possible d'agir</p>	<p>Les recherches traitant des habitudes de vie et des maladies chroniques dans une perspective de santé publique et/ou dont le domaine d'intervention se situe dans l'un des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques incluant l'éducation à la santé, les pratiques cliniques préventives (dépistage), la modification des environnements et l'application de politiques publiques favorables à la santé; b) les services dentaires préventifs.
<p>3- Traumatismes non intentionnels</p> <p>Ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui sont évitables la plupart du temps</p>	<p>Les recherches traitant des traumatismes non intentionnels dans une perspective de santé publique et/ou dont le domaine d'intervention se situe dans l'un des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la promotion du port d'équipements de sécurité et d'environnements sécuritaires ainsi que le renforcement des lois et règlements concernant les usagers du réseau routier et les conducteurs de véhicules hors route; b) la prévention des traumatismes à domicile; c) la promotion de l'adoption et de l'application de règlements favorisant la sécurité dans les activités sportives ou de loisirs.
<p>4- Maladies infectieuses</p> <p>Maladies causées par des agents biologiques transmis selon différents modes</p>	<p>Les recherches traitant des maladies infectieuses dans une perspective de santé publique et/ou dont le domaine d'intervention se situe dans l'un des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la vaccination contre les maladies évitables par l'immunisation; b) l'application de lignes directrices pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions; c) le dépistage et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang; d) la prévention des autres maladies infectieuses (infections nosocomiales, tuberculose, etc.).
<p>5- Santé environnementale</p> <p>Problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique ou physique de l'air, de l'eau ou du sol</p>	<p>Les recherches traitant de la santé environnementale dans une perspective de santé publique et/ou dont le domaine d'intervention se situe dans l'un des axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la promotion de moyens pour améliorer la qualité de l'air extérieur et intérieur; b) la prévention de certaines maladies d'origine environnementale; c) la vigie sanitaire, les enquêtes épidémiologiques et la mise en place de mesures de contrôle appropriées en cas de menace environnementale; d) la prévention et la gestion des risques environnementaux.
<p>6- Santé en milieu de travail</p> <p>Problèmes de santé attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques ou biologiques en milieu de travail ainsi que ceux liés à l'organisation des milieux de travail</p>	<p>Les recherches traitant de la santé en milieu de travail dans une perspective de santé publique et/ou dont le domaine d'intervention se situe dans l'une des perspectives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les activités prévues au mandat qui lie le MSSS et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST); b) les représentations auprès de la (CSST); c) la promotion et la prévention en milieu de travail concernant les habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que l'adaptation sociale.
<p>7- Santé de la population en général</p>	<p>Les recherches traitant de la santé de la population dans une perspective de santé publique, mais qui ne se rapportent pas spécifiquement à l'un des six domaines d'intervention de la santé publique présentés dans le PNSP.</p>

2.3. CONSTITUTION DE LA BASE DE DONNÉES SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

Les banques de données existantes sur la recherche ont été examinées afin de constituer la base de données sur la recherche en santé publique. Une fois la banque sélectionnée (la BRSS), une stratégie et une procédure de codification ont été déterminées. Ces différentes étapes et activités sont présentées de manière synthétique dans le schéma 3, puis détaillées dans les sections qui suivent.

Schéma 3 Constitution de la base de données pour le bilan la recherche en santé publique



2.3.1. Recension et analyse des banques de données existantes

Le Québec dispose d'au moins six banques de données sur la recherche subventionnée et commanditée. Toutefois, il faut noter qu'aucune n'est consacrée à la recherche en santé publique en tant que telle. La pertinence respective de ces six sources d'informations a été évaluée afin de constituer la base de données sur la recherche en santé publique.

Pour ce faire, la structure de base ainsi que les descripteurs de l'ensemble de ces banques de données ont été examinés. Par rapport aux objectifs du bilan, les deux plus pertinentes se sont avérées être : la BRSS (Banque de recherche en sciences sociales et en santé) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le SIRU (Système d'information sur la recherche universitaire) du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).

Après examen de ces banques et consultation de plusieurs personnes ressources, la priorité a été accordée à la BRSS, principalement pour les raisons suivantes : la pertinence des recherches répertoriées (banque spécialisée sur la recherche en santé et services sociaux); l'exhaustivité de la banque (recherche universitaire comme non universitaire); la qualité des informations (sur le plan de la

fiabilité, de la validité, de la précision et de la richesse des données); et la facilité d'accès et d'exploitation (collaboration possible avec le personnel du MSSS tant sur le plan du soutien technique que sur celui de l'exploitation des contenus).

Après avoir envisagé d'exploiter les données du SIRU, notamment pour les projets de recherche financés par le secteur privé ou par les organismes sans but lucratif (ex. : fondation), cette option a été rejetée en raison de l'incompatibilité entre les deux banques.

La BRSS a donc été retenue pour constituer la base de données sur la recherche en santé publique. Par ailleurs, les projets à portée nationale du Programme de subvention en santé publique (PSSP), destiné au développement des connaissances en santé publique (MSSS, 2002), ont été intégrés à l'analyse, seuls les projets à caractère régional étant initialement recensés dans la BRSS.

Il faut noter que si la BRSS dispose d'un descripteur « santé publique », la définition associée ne correspond pas nécessairement à celle retenue dans le cadre du projet. C'est donc sur la base du cadre conceptuel spécialement élaboré pour le bilan de la recherche en santé publique, et non sur celle de la catégorisation adoptée dans la BRSS, que les projets de recherche en santé publique ont été sélectionnés et codifiés.

2.3.2. Exploitation de la BRSS

Chaque projet de recherche répertorié dans la BRSS correspond à un projet faisant l'objet d'un financement spécifique, celui-ci pouvant être de quelques mois ou s'étendre sur plusieurs années. L'unité d'analyse n'est donc pas une recherche en tant que telle, puisqu'une même recherche peut avoir obtenu plusieurs subventions. Par exemple, dans le cadre d'une même étude, il peut y avoir eu obtention : d'une bourse de deux ans pour un chercheur boursier, de deux financements sur trois ans pour la réalisation du devis de recherche (un du Canada et un du Québec), et d'un financement de diffusion pour la réalisation d'un colloque; dans ce cas, quatre projets sont répertoriés dans la BRSS.

Pour des raisons d'efficacité, toutes les recherches répertoriées dans la BRSS n'ont pas été examinées. En effet, il n'est pas apparu pertinent de codifier l'ensemble des projets de cette banque, soit plus de 36 000 projets, s'échelonnant de 1980 à nos jours. Tout comme il a été jugé inutile d'examiner des projets se situant dans des domaines de toute évidence non reliés à la santé publique.

Tout d'abord, les projets les plus récents ont été sélectionnés, et ce, sur une période de cinq ans, soit, entre 1999 et 2004, ceci permettant de disposer d'une quantité de projets suffisante et pertinente pour rendre compte des tendances actuelles. Les projets de recherche dont le financement s'est terminé avant 1999 ou a débuté après 2004, soit près de 25 000 projets, n'ont pas été sélectionnés. Par ailleurs, les descripteurs thématiques de la BRSS ont été utilisés pour exclure des projets correspondant à des thèmes éloignés de la santé publique. Ont été exclus de la base, les projets se caractérisant exclusivement³ par l'un des thèmes suivants : consommation, culture, réadaptation physique, soins palliatifs et thérapies, traitements et médicaments. Ont ainsi été exclus 104 projets n'ayant aucun descripteur thématique relié à la santé publique.

³ Exclusivement, car les projets répertoriés également sous un des 63 autres thèmes (non exclus), ont été intégrés dans la base de données pour examen.

Au total, 10 968 projets ont été retenus pour examen de leur appartenance à la santé publique et pour classification selon leurs thématiques et domaines d'intervention.

2.3.3. Stratégie et procédure de codification

Les définitions et critères d'inclusion et d'exclusion (permettant de sélectionner et de catégoriser les projets) ont été validés sur le plan conceptuel avant d'être testés empiriquement. Il faut souligner que ces définitions et critères ont été raffinés tout au long de la constitution de la base de données, les procédures d'examen et les mécanismes de contrôle mis en place permettant de garantir la cohérence et la consistance de la codification.

Pour tester la validité et la fiabilité de la procédure de codification, celle-ci a été effectuée en double sur 10 % de l'ensemble de la base de données. À l'issue de ce pré-test, le taux de concordance de cette double codification a atteint un niveau plus que satisfaisant puisqu'avoisinant 95 % (le niveau ciblé initialement était de 90 %). Afin de garantir la validité et la fidélité de la codification mais aussi d'en accroître l'efficacité (la taille de la base de données obligeant à rationaliser les opérations), un processus de sélection, de codification et de validation a été établi (celui-ci est synthétisé dans le schéma 4, présenté à la fin de cette section).

L'organisation du processus de codification s'est faite à l'aide des descripteurs thématiques de la BRSS. Les thèmes de la BRSS ont ainsi servi d'entrée pour examiner les projets, chaque ensemble de projets regroupés sous un même thème étant codifié au complet avant de passer à l'examen d'un autre ensemble de projets. Les 63 thèmes de la BRSS retenus (sur un total de 69) ont été regroupés selon dix grands ensembles, plusieurs coïncidant avec les domaines d'intervention (ex. : développement, adaptation et intégration sociale, santé en milieu de travail, maladies infectieuses, etc.), ce qui a permis de traiter successivement et sans trop de discontinuité des thèmes connexes ou reliés (par exemple, les projets sous le thème *MTS autres que Sida* ont pu être codifiés en continuité avec ceux figurant sous *SIDA et séropositifs*). Cette stratégie de codification a permis non seulement d'organiser de manière rigoureuse le processus de codification mais aussi de renforcer la fiabilité et la validité des informations colligées. D'une part, l'approfondissement systématique de chaque thème de la BRSS a permis de mieux cerner le champ de la recherche en santé publique et d'assurer la cohérence de la codification. D'autre part, la majorité des projets de recherche de la BRSS ayant plus d'un descripteur thématique, ceux-ci ont été examinés en majorité plus d'une fois, un second, voire, troisième examen, étant un autre moyen de valider la codification effectuée antérieurement.

De plus, le processus de codification a comporté plusieurs mécanismes de validation. Chaque projet a été examiné par au moins deux personnes, soit, tout d'abord, par la personne responsable de la codification et de la saisie, et ensuite, par un des membres de l'équipe de recherche (validation inter-juge). La plupart des projets ayant plus d'un descripteur thématique, cette procédure d'examen a été appliquée une seconde fois, voire, une troisième fois. Par ailleurs, les cas posant des difficultés de codification, appelés « zones d'ombre » (catégorisation non concordante, informations ambiguës, contradictoires, etc.), ont été réexaminés par au moins deux des trois chercheuses de l'équipe de recherche pour une validation inter-juge. En cas de divergence ou de doute sur la codification, les cas problèmes ont été discutés par l'ensemble de l'équipe de recherche, et, au besoin, ont été soumis au comité de suivi, cette procédure permettant de valider les décisions, mais aussi, d'en assurer la cohérence. Il est important de signaler que le processus de résolution des cas problèmes a reposé sur

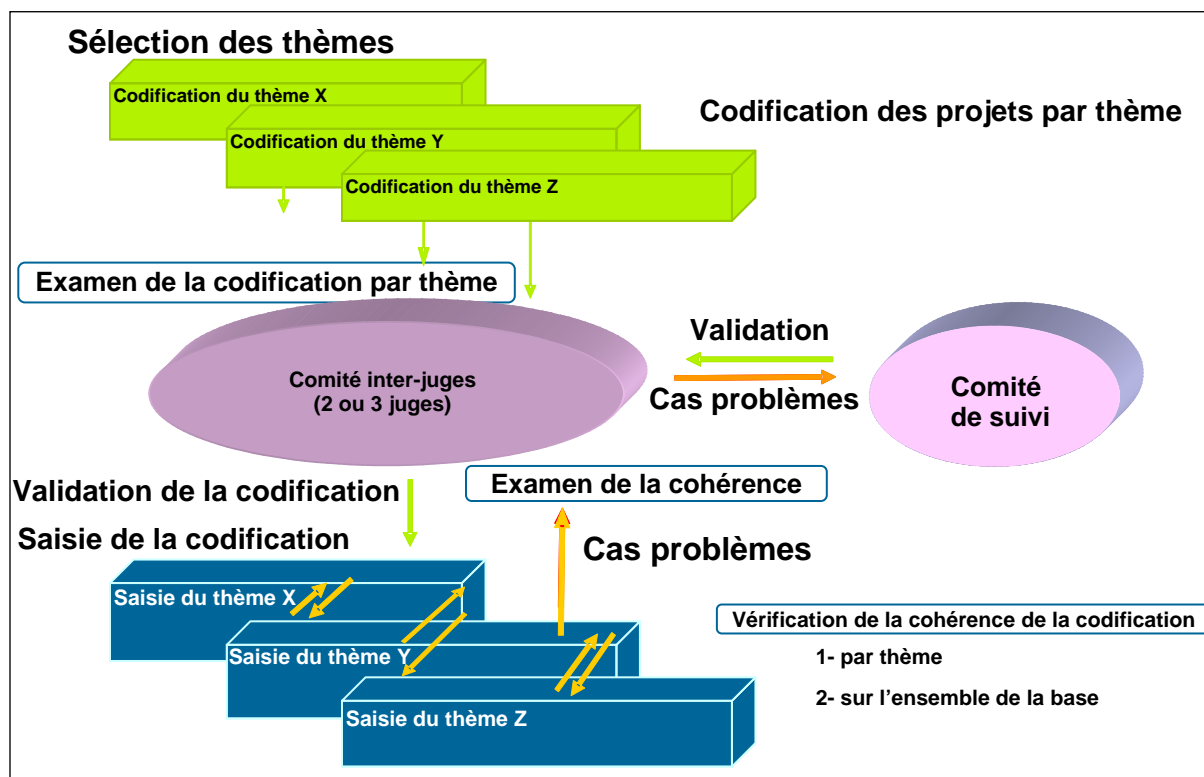
l'établissement d'un consensus entre les membres. Les différentes décisions consensuelles ont été consignées pour faciliter la codification et en assurer la cohérence.

Cette consignation des différentes décisions, de même que les mises à jour des critères d'exclusion et d'inclusion et la réalisation de la codification par les mêmes personnes, ont également contribué à renforcer la validité de la base de données.

Les projets ont été examinés et codifiés à partir de leurs titres. Dans le cas où celui-ci ne permettait pas de statuer sur l'inclusion ou l'exclusion d'un projet, par manque d'information ou en raison de données contradictoires, le résumé de la recherche (lorsque disponible) était consulté ainsi que d'autres descripteurs de la BRSS. La catégorie « exclus par manque d'information » a ainsi été créée afin de distinguer, dans la base de données, les projets exclus parce qu'ils n'appartenaient pas à la santé publique, de ceux dont le statut n'a pu être établi faute d'informations pertinentes dans la BRSS.

Le schéma qui suit résume et synthétise les divers mécanismes qui ont été mis en place pour effectuer la sélection et la catégorisation des projets, et en assurer la validité.

Schéma 4 Processus de sélection et de codification des projets pour le bilan de la recherche en santé publique



2.4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Après la codification de l'ensemble des projets à examiner, plusieurs opérations de nettoyage et de validation de la base de données ont été réalisées afin de garantir la fiabilité et la validité de celle-ci.

Les opérations de nettoyage ont consisté principalement à corriger des erreurs de saisie, en recherchant les données aberrantes (ex. : période et montant astronomique), incohérentes (ex. : projet non retenu mais quand même catégorisé dans une thématique ou un domaine d'intervention) ou manquantes (ex. : projet retenu mais n'ayant pas de thématique ou de domaine d'intervention codifié).

La cohérence de la sélection et de la catégorisation des projets a par ailleurs été examinée avec attention et rigueur. Différentes opérations de vérification ont été réalisées sur l'ensemble des projets examinés (projets retenus et non retenus, soit 10 968 projets). Il y a eu examen systématique de la cohérence de la codification des projets possédant le même titre (ex. : projets de recherche subventionnés par plusieurs sources de financement), des projets dont le titre contenait le même terme (ex. : vaccin, adaptation, intégration, etc.) et des projets ayant un montant de subvention supérieur à 500 000 \$. Par ailleurs, la codification de certaines thématiques a été vérifiée systématiquement : ainsi, par exemple, la double catégorisation de projets figurant à la fois sous *État de santé et bien-être* et *Organisation des services*, a été validée.

À la suite de cet examen, plusieurs cas problèmes sont apparus qui ont été traités par le comité inter-juge, et, dans certains cas, par le comité de suivi.

Les données ont été traitées à partir du logiciel d'exploitation de base de données *Access*, aucun test statistique ne s'avérant nécessaire pour les fins d'analyse. Le traitement a essentiellement consisté en des sorties de distribution de fréquences simples (analyses uni-variées) et de croisements pour les analyses bi-variées.

Après examen des premières distributions, plusieurs variables ont donné lieu à des regroupements afin de mettre en évidence des tendances et de permettre des croisements à partir d'unités d'analyse significatives. Ces regroupements ont principalement porté sur les sources de financement, les organismes gestionnaires des subventions ainsi que sur l'affiliation institutionnelle des chercheurs principaux.

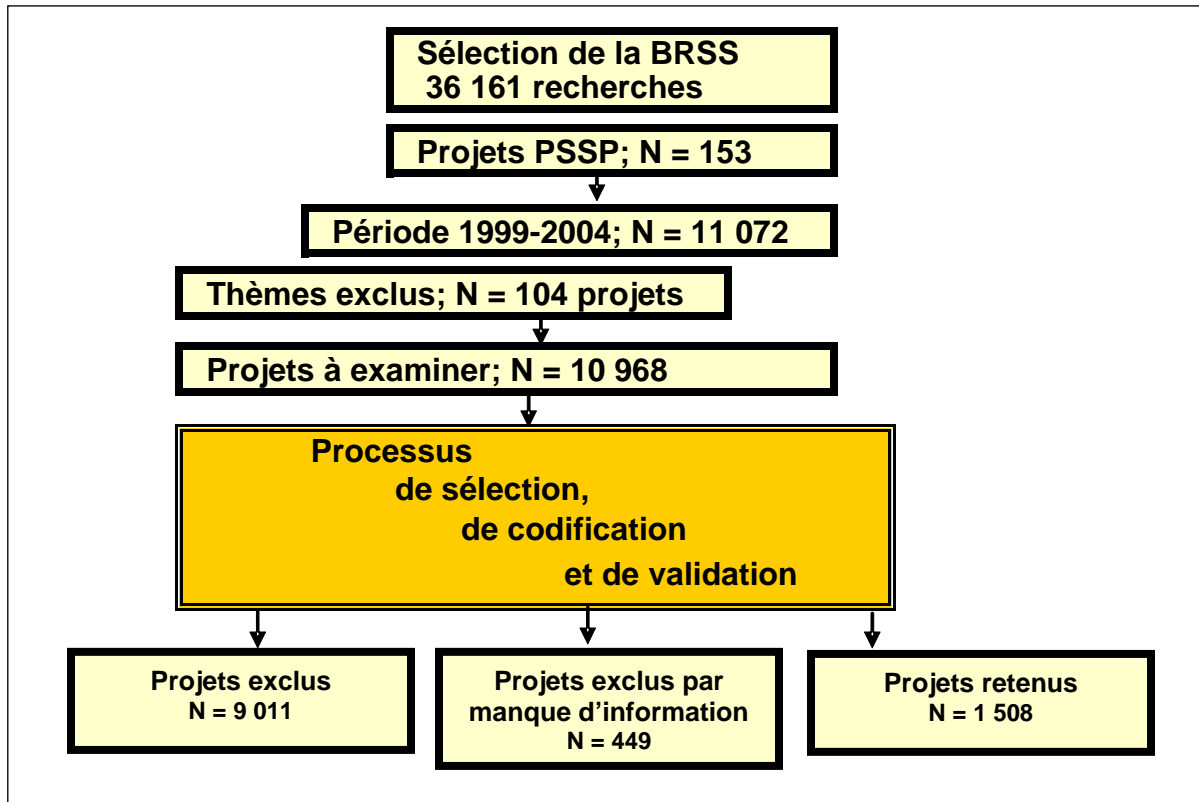
2.5. LA BASE DE DONNÉES SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

Des 36 161 projets de recherche que répertoriait la BRSS en 2005, auxquels ont été ajoutés 153 projets du PSSP, 10 968 projets ont été retenus pour être examinés, afin de confirmer (ou non) leur appartenance à la santé publique et, le cas échéant, les classer selon les thématiques et domaines d'intervention.

Pour la période ciblée, comprise entre 1999 et 2004, la BRSS dénombrait 11 072 projets. Sur ce total, 9 564 ont été exclus (86,4 %) : 104 parce leur thème n'était pas pertinent (0,9 %); 9 011 parce qu'ils n'appartenaient pas à la santé publique (81,4 %); et 449 par manque d'information (4,1 %).

L'analyse de la recherche en santé publique a donc été effectuée à partir de 1 508 projets de recherche, représentant 13,6 % des projets subventionnés entre 1999 et 2004 dans l'ensemble de la recherche sociale et en santé. Le schéma qui suit donne un aperçu global de ces données.

Schéma 5 Nombre de projets de recherche aux différentes étapes de sélection et de codification du bilan de la recherche en santé publique, 1999-2004



3. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en deux sections : la première concerne le contour et le contenu des projets de recherche et la deuxième, leur financement.

3.1. CONTOUR ET CONTENU DES PROJETS DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

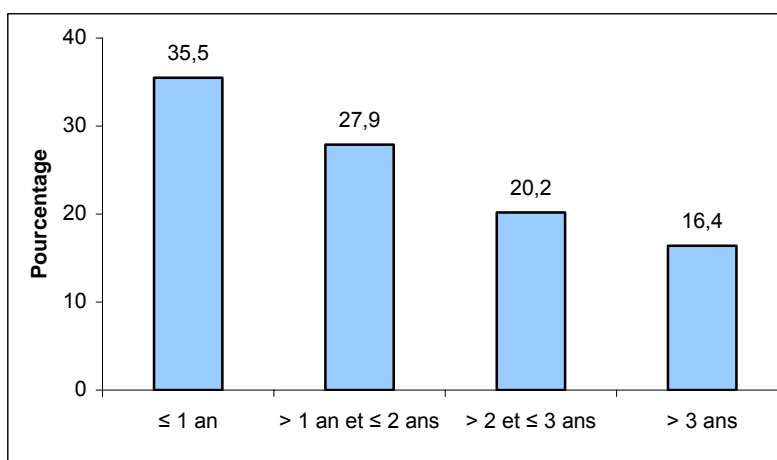
Cette section trace d'abord le contour de la recherche en santé publique en termes de période et de durée ainsi que de caractéristiques relatives aux chercheurs et aux organismes gestionnaires. Elle fait par la suite état du contenu en ce qui concerne les thématiques abordées, les domaines d'intervention couverts et d'autres caractéristiques de la recherche en santé publique.

3.1.1. Période et durée des projets de recherche en santé publique

Près des trois quarts des 1 508 projets en santé publique répertoriés ont été subventionnés entre 1999 et 2004 exclusivement. Environ le quart des projets ont commencé ou se sont poursuivis en dehors de cette période : 14 % ont commencé à être subventionnés avant 1999 et 15 % ont reçu des subventions après 2004.

La durée moyenne d'un projet de recherche en santé publique est de 27 mois, comparativement à 32 mois pour les autres projets répertoriés dans la BRSS. Toutefois, on observe des variations importantes dans la durée des projets. On constate que plus de 63 % des projets ont une durée de deux ans ou moins, plus du tiers des projets ayant été financés pour un an ou moins. Pour un tiers des projets, la durée de financement est supérieure à deux ans, alors que moins d'un cinquième des projets jouissent d'un financement qui dépasse trois ans (figure 1).

Figure 1 Proportion de projets de recherche en santé publique selon la durée du financement, 1999-2004

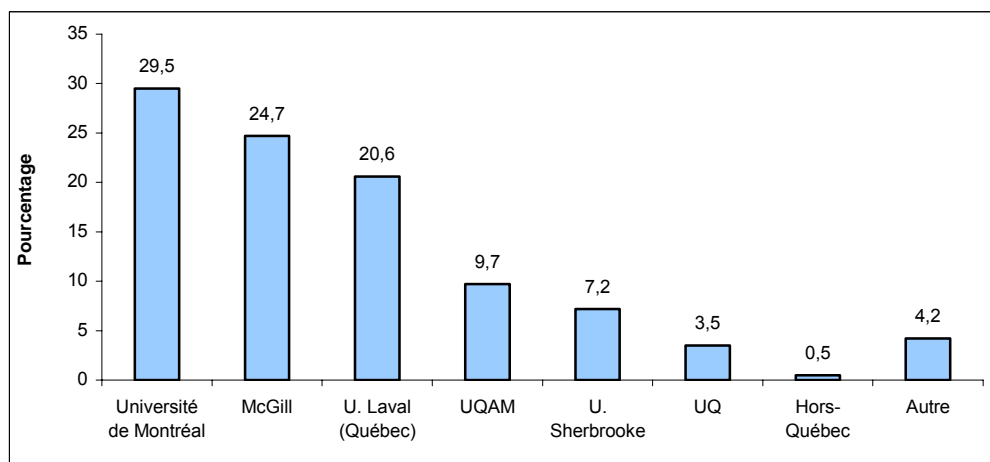


Notes : N = 1 508 projets.
La durée qui figure dans la BRSS est celle qui est énoncée dans la demande de subvention.

3.1.2. Les chercheurs responsables des projets

La BRSS permet de préciser le statut des chercheurs associés aux projets ainsi que leur affiliation universitaire, cette information étant disponible pour 70 % des projets (figure 2). Un projet peut comporter un ou plusieurs chercheurs responsables (le chercheur principal et les co-chercheurs). Les projets de recherche en santé publique recensés entre 1999 et 2004 sont réalisés par un bassin de 998 chercheurs responsables (comptabilisés une seule fois). Parmi ceux-ci, 700 bénéficient de subventions de recherche, 172 de bourses, et 126 des deux types de financement. Les trois-quarts des chercheurs responsables se concentrent dans trois grands centres universitaires : Montréal (29,5 %), McGill (24,7 %) et Laval (20,6 %). On peut par ailleurs noter que, bien que ne disposant pas de facultés de médecine, l'UQAM et le réseau des universités du Québec abritent 13 % des chercheurs responsables. La base de données ne nous permet malheureusement pas de préciser à quelles disciplines scientifiques appartiennent ces chercheurs.

Figure 2 Affiliation universitaire des chercheurs responsables des projets de recherche en santé publique, 1999-2004



Notes : N = 1 366 projets.

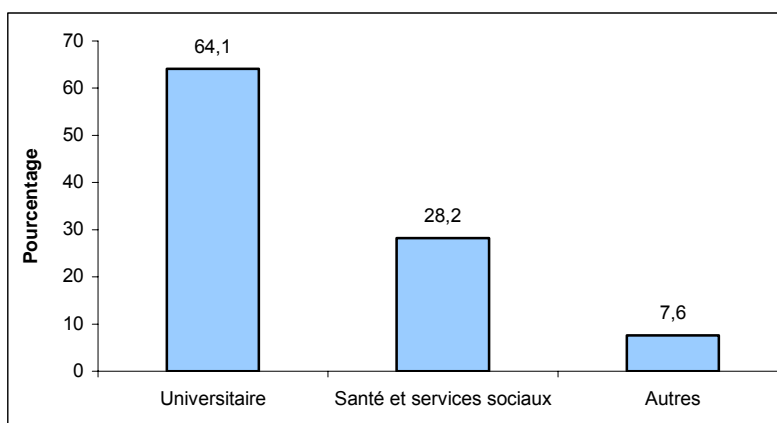
La catégorie « Hors Québec » correspond à la situation de chercheurs rattachés à des universités qui sont situées à l'extérieur du Québec (au Canada ou à l'étranger).

3.1.3. Les organismes gestionnaires des projets

Pour ce qui est des organismes gestionnaires, deux types d'information sont précisés : le réseau d'appartenance et l'origine géographique de l'organisme gestionnaire.

En ce qui concerne le réseau d'appartenance des projets de recherche en santé publique, on note que près des deux tiers des organismes gestionnaires sont rattachés au réseau universitaire (64,1 %), et un peu plus du quart (28,2 %), au réseau des services de santé et des services sociaux (figure 3).

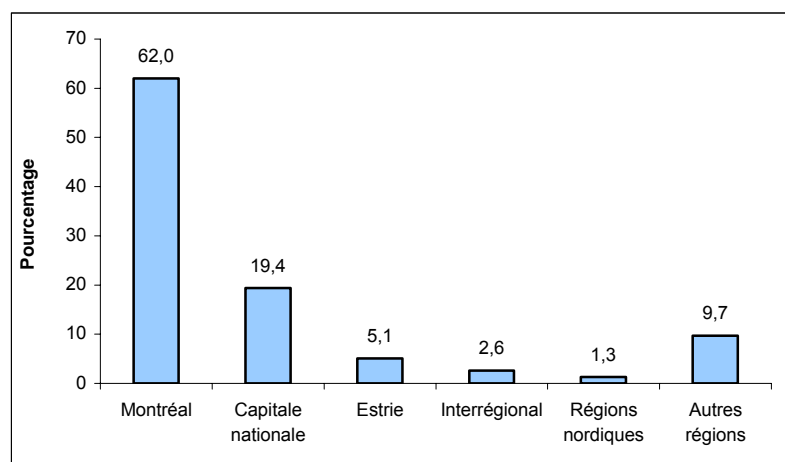
Figure 3 Proportion de projets de recherche en santé publique selon le réseau d'appartenance de l'organisme gestionnaire, 1999-2004



Note : N = 1 467 projets.

Dans le réseau universitaire, on retrouve la plupart des universités du Québec (à l'exception de l'Université Bishop) ainsi que deux instituts (INRS et Institut Armand Frappier), ces derniers ne gérant toutefois que 2 % des subventions. Pour le réseau de la santé et des services sociaux, plus de 13 % des subventions sont gérées par des centres hospitaliers (CH), CH soins généraux et spécialisés, CH soins psychiatriques, CH soins de longue durée (CHSLD) et 4 % par le ministère, les agences régionales de santé et de services sociaux et les directions régionales de santé publique. Sous la catégorie « autres » se retrouvent des organismes relevant du réseau communautaire, d'institutions publiques ou parapubliques, ou encore, de plusieurs institutions. On peut noter que pour les autres projets de la BRSS, le nombre de projets gérés par le réseau universitaire est plus élevé (75 %), celui géré par le réseau de santé et de services sociaux étant inférieur (18 %).

Comme le montre la figure 4, les organismes gestionnaires se concentrent principalement dans deux régions. On constate que plus des trois-quarts des organismes gestionnaires se situent dans l'agglomération montréalaise (62 %) et dans celle de la Capitale nationale (19,4 %). Par ailleurs, il est important de souligner la présence, même modeste, d'organismes gestionnaires dans des territoires n'abritant pas de siège social d'un centre universitaire, comme dans les régions de la Montérégie, de Laval, de Lanaudière, Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine (moins de 4 %) et des régions nordiques (1 %). Les régions abritant des universités du réseau des universités du Québec sont par ailleurs toutes représentées : Mauricie et Centre-du-Québec (3 %), Outaouais (1 %), Saguenay – Lac-Saint-Jean/Bas-Saint-Laurent/Abitibi-Témiscamingue (1 %). On observe que pour les autres projets de la BRSS, les organismes gestionnaires sont davantage concentrés dans la région de Montréal (72 %) et de la Capitale nationale, et ce, au détriment des territoires n'abritant pas un centre universitaire.

Figure 4 Région d'appartenance des organismes gestionnaires des projets de recherche en santé publique, 1999-2004

Notes : N = 1 487 projets.

La catégorie « Interrégional » regroupe les projets multi-sites et multi-institutions.

3.1.4. Thématiques et domaines d'intervention

La majorité des projets portent sur une seule thématique (80 %) et s'inscrivent à l'intérieur d'un seul domaine d'intervention (97 %).

Certaines thématiques apparaissent davantage couvertes que d'autres par la recherche en santé publique. Près des deux tiers des projets traitent de *l'État de santé et bien-être de la population et ses déterminants* et plus d'un tiers des *Interventions et programmes de promotion, de prévention et de protection*. Si relativement peu de recherches portent sur les *Théories et méthodes* ainsi que sur les *Politiques publiques*, il faut toutefois noter que ces thématiques ne sont pas complètement absentes du paysage de la recherche (tableau 1).

Tableau 1 Thématiques abordées par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004

Thématiques de recherche	N	%
État de santé et bien-être de la population	904	59,9
Interventions et programmes de santé publique	517	34,3
Organisation des services sociaux et de santé	149	9,9
Théories et méthodes	83	5,4
Politiques publiques	48	3,2
Total	1 701	

Notes : N = 1 504 projets.

Un projet peut être caractérisé par plus d'une thématique.

On constate également la prédominance de certains domaines dans la recherche en santé publique. Près de la moitié des projets de recherche se situent dans le domaine du *Développement, adaptation et intégration sociale* et près d'un cinquième dans celui des *Habitudes de vie et maladies chroniques*. Les *Traumatismes non intentionnels* et la *Santé environnementale* sont les deux domaines pour lesquels on relève le moins de projets de recherche (tableau 2).

Tableau 2 Domaines d'intervention touchés par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004

Domaines d'intervention de santé publique	N	%
Développement, adaptation et intégration sociale	677	44,9
Habitudes de vie et maladies chroniques	271	18,0
Santé générale	200	13,3
Santé en milieu de travail	174	11,5
Maladies infectieuses	146	9,7
Santé environnementale	61	4,0
Traumatismes non intentionnels	23	2,0
Total	1 552	

Notes : N = 1 508 projets.

Un projet peut être caractérisé par plus d'un domaine d'intervention.

3.1.5. Transfert des connaissances et infrastructures de recherche

À titre exploratoire, les 100 projets répertoriés sous la dimension *Transfert des connaissances* ont été examinés. Près de 6,6 % des projets portent sur la diffusion des résultats de recherche (communications et publications) : ce sont des projets de réseautage ou de formation, ou encore, des projets ayant pour objet même de recherche le transfert des connaissances. Près de 80 % des projets de transfert des connaissances visent la diffusion de résultats.

Près de 4 % des projets de recherche en santé publique sont des projets d'*Infrastructure*. Ces derniers sont associés, non pas à la réalisation d'un projet de recherche, mais au fonctionnement ou au développement d'une infrastructure de recherche, comme, par exemple, les programmes, centres ou chaires de recherche, les équipes et réseaux de chercheurs, les alliances de recherche université-communauté (ARUC), etc.

3.2. DONNÉES FINANCIÈRES

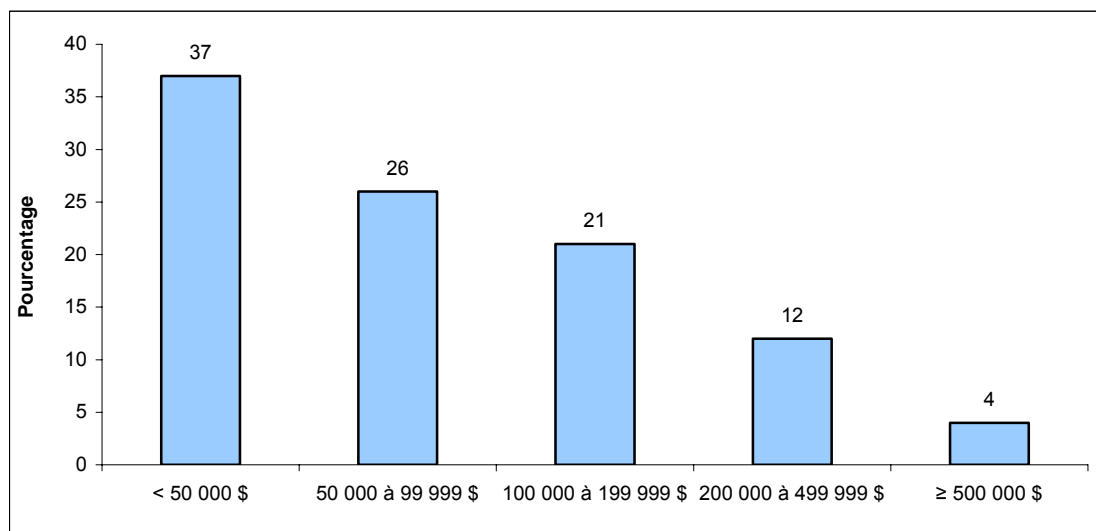
Les données sur la hauteur du financement des projets de recherche sont suivies de celles sur les sources et le type de financement. Enfin, les données financières sur les projets de recherche en santé publique sont comparées à celles de l'ensemble des projets répertoriés dans la BRSS et le financement des projets de recherche en santé publique est examiné sous l'angle des thématiques et des domaines touchés.

3.2.1. Hauteur du financement

Les données colligées dans la BRSS sur le financement sont celles fournies par les organismes subventionnaires ou autres sources de financement au moment de l'octroi de la subvention. Celles-ci reflètent donc davantage les octrois budgétaires que le bilan financier d'un projet. Cet état de fait n'a toutefois pas d'impact sur la validité des données financières présentées, le montant de la subvention ne se modifiant guère après son attribution et la subvention étant généralement utilisée au complet à la fin d'un projet. Ceci pose par contre des limites pour l'exploitation des montants annuels : on ne peut différencier les montants selon le degré d'avancement des projets ou selon chacune des cinq années ciblées. Les données financières, montant annuel inclus, sont calculées sur l'ensemble des projets et rapportées pour l'ensemble de la période ciblée.

Le montant total du financement reçu pour un projet de santé publique est en moyenne de 138 548 \$. Toutefois, il existe de très grandes variations dans la distribution : si certains projets n'ont qu'un financement modeste (quelques milliers de dollars), d'autres peuvent compter sur plus d'un million de dollars. La figure 5 montre les écarts entre les montants totaux du financement des projets. On constate ainsi que la majorité des projets (63 %) se situent en dessous de la barre des 100 000 \$ et que seulement 4 % des projets ont un financement qui dépasse 500 000 \$. Dans cette dernière tranche, la moitié des projets ont reçu un montant égal ou supérieur à 1 million de dollars.

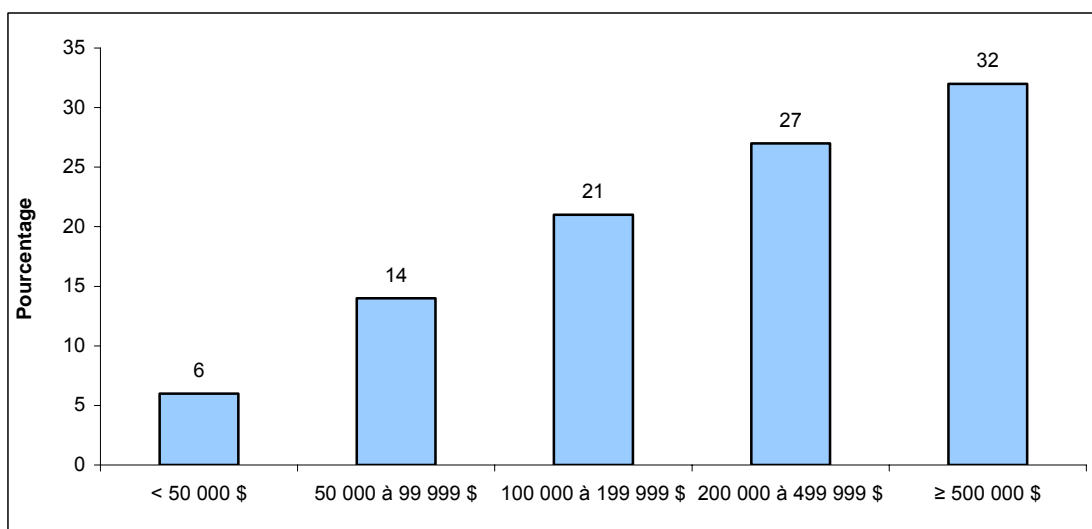
Figure 5 Proportion de projets de recherche en santé publique selon le montant total du financement, 1999-2004



Note : N = 1 403 projets.

Les plus gros projets, c'est-à-dire ceux qui reçoivent plus de 500 000 \$, comptent pour une part importante du financement de la recherche en santé publique, comme le montre la figure qui suit (figure 6). On constate que le poids financier des projets est inversement proportionnel à leur nombre. Ainsi, les projets de plus de 100 000 \$ représentant plus des 3/4 des montants totaux alloués à la recherche en santé publique, le projet le mieux doté (subvention de plus de 4 millions de dollars) bénéficiant de près de 2 % de tous les montants. À l'inverse, les projets (2/3) qui sont de taille plus modeste, c'est-à-dire, qui se situent en dessous de la barre des 100 000 \$, reçoivent 1/5 du montant total des subventions allouées en santé publique.

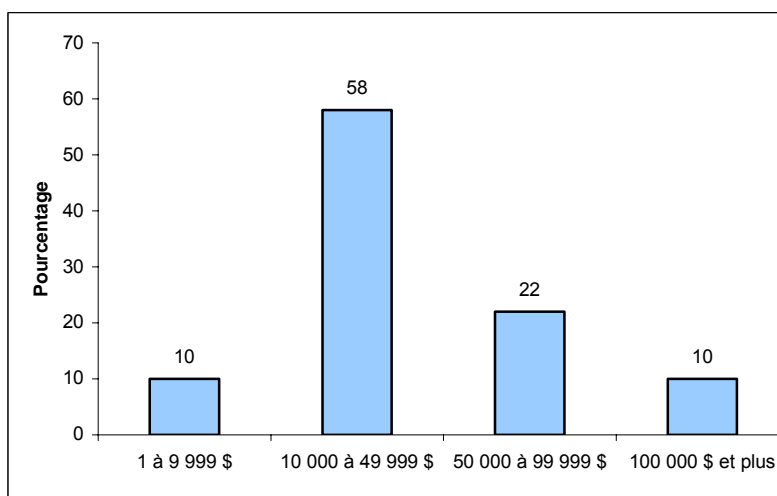
Figure 6 Proportion du montant total des subventions allouées aux projets de recherche en santé publique selon la taille du financement, 1999-2004



Note : N = 1 403 projets.

Le même constat sur la diversité caractérisant la distribution du financement peut s'appliquer aux montants annuels, comme le montre la figure qui suit. Si le montant annuel moyen s'élève à 55 198 \$, la très grande majorité des projets (68 %) se situent en dessous de 50 000 \$. Le montant moyen annuel maximal est de l'ordre de 1,8 million \$ alors que le montant minimal est de 1 000 \$ (figure 7).

Figure 7 Proportion de projets de recherche en santé publique selon le montant annuel du financement, 1999-2004



Notes : N = 1 364 projets.

Les données sont manquantes pour 144 projets : 105 projets sans information et 39 projets dont la durée est inférieure à un an.

3.2.2. Sources de financement

Les projets sont subventionnés par 18 institutions : 10 institutions provinciales et 8 institutions fédérales (voir en annexe). Il faut signaler qu'au cours de la période à l'étude, des changements sont survenus dans le soutien à la recherche, notamment au Québec où il y eu réorganisation de certains organismes de financement.

Parmi les grands organismes subventionnaires du Québec, figurent le *Fonds de la recherche en santé du Québec* (FRSQ), le *Conseil québécois de la recherche sociale* (CQRS - programme disparu en 2001), le *Fonds de recherche sur la société et la culture* (FQRSC) et le *Fonds pour la Formation de chercheurs et l'aide à la recherche* (FCAR - programme disparu en 2001). La recherche en santé publique est aussi financée par le Programme de subvention en santé publique (PSSP), l'*Institut de recherche en santé et sécurité au travail* (IRSST) ainsi que la *Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS-DGPE).

Dans le cadre de cette étude, les investissements du CQRS et du FQRSC sont amalgamés, la BRSS ne permettant pas de distinguer ces deux sources de financement pour la période ciblée. Il est à noter qu'une partie des programmes du CQRS et du FCAR ont été repris par le FQRSC.

Les principaux organismes subventionnaires canadiens sont les *Instituts de recherche en santé du Canada* (IRSC), le *Conseil de recherche en sciences humaines* (CRSH) et la *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* (FCRSS), le *Programme national de recherche et développement en matière de santé* (PNRDS) ayant été intégré aux IRSC en 2003.

L'examen de la répartition du nombre de projets et du montant des subventions selon les sources de financement permet de préciser la participation de ces différentes sources. On constate que cinq sources financent près de 83 % des projets et représentent 81 % du montant total des subventions. La distinction des deux paliers de financement, fédéral et provincial, permet de rendre compte des orientations différentes de financement. Si le palier provincial subventionne la majorité des projets de recherche (59 % des projets), le palier fédéral fournit un financement beaucoup plus important (64 % des montants). Ainsi, 52 % du montant total de financement provient de deux organismes subventionnaires du palier fédéral (IRSC et CRSH), auquel s'ajoute 11 % provenant d'autres fonds subventionnaires fédéraux et de divers organismes intervenant à l'échelle du Canada. Les IRSC représentent le plus important bailleur de fonds pour la recherche en santé publique en termes du nombre de projets financés (26 %) et du montant total versé (44 % des montants totaux – tableau 3). Cet organisme subventionne la majorité des projets de plus de 500 000 \$ (58 %) et de plus de 1 million \$ (64 %).

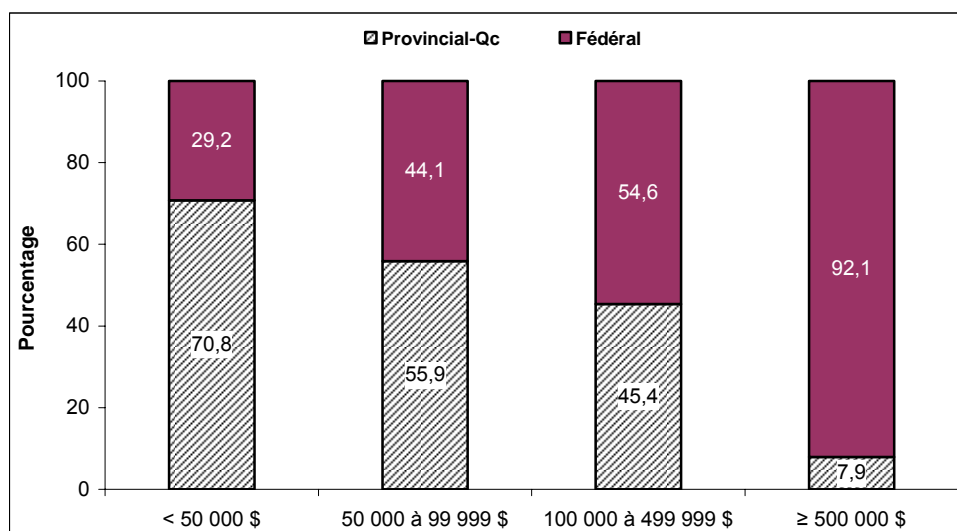
Le financement provenant du palier provincial est en moyenne moins élevé. Si le PSSP (volets national et régional) subventionne une part non négligeable des projets en santé publique (11 %), sa participation financière est toutefois moindre (2 % de la somme totale). Il faut noter que le montant moyen et la durée moyenne des subventions du PSSP sont également les moins élevés.

Tableau 3 Nombre de projets de recherche en santé publique et montant total du financement selon la source, 1999-2004

Sources de financement	N	%	Montant total (N = 1 403)	
			\$	%
Provincial-Québec				
FRSQ	282	18,7	19 654 007	10,1
CQRS-FQRSC	264	17,5	31 375 081	16,1
PSSP	160	10,6	4 664 822	2,4
Autres	179	11,9	14 941 013	7,7
Sous total provincial	885	58,7	70 634 923	36,3
Fédéral				
IRSC	390	25,9	86 253 273	44,4
CRSH	151	10,0	15 553 992	8,0
Autres	82	5,4	21 941 350	11,3
Sous-total fédéral	623	41,3	123 748 615	63,7
Total	1 508	100,0	194 383 539	100,0

Note : La catégorie « Autres » au palier provincial inclut principalement trois sources de financement : l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail (N = 65) la Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS (N = 50) et le Fonds pour la Formation de chercheurs et l'aide à la recherche-FCAR (N = 39). La catégorie « Autres » au palier fédéral comprend six sources de financement provenant de fondations ou d'autres fonds subventionnaires.

L'examen de la participation financière des deux paliers selon le montant total alloué permet de préciser les différences entre les paliers fédéral et provincial, comme le montre la figure 8. On constate ainsi que la participation provinciale est plus élevée pour le financement des projets à petit budget (subventions de moins de 100 000 \$) que pour les projets requérant des investissements importants (projets de 100 000 à 500 000 \$ et projets de plus de 500 000 \$). Dans ce dernier cas, c'est la situation contraire qui prévaut : le financement provient principalement du fédéral, la participation du provincial étant plus faible.

Figure 8 Répartition des montants alloués par les paliers fédéral et provincial selon la taille du financement des projets de recherche en santé publique, 1999-2004

Note : N = 1 403 projets.

L'analyse du montant moyen du financement permet de constater une participation plus importante du palier fédéral (tableau 4). En effet, on observe que le montant moyen des subventions est beaucoup plus élevé pour les projets financés par le fédéral que par le provincial, l'écart étant relativement important (206 600 \$ comparativement à 87 800 \$). Le montant moyen du financement fédéral est plus élevé dans toutes les catégories de montants à l'exception des montants de moins de 50 000 \$. Dans ce cas, le montant moyen du financement provincial est légèrement plus élevé.

Tableau 4 Nombre de projets de recherche en santé publique et montant moyen du financement selon la source et la taille, 1999-2004

Sources de financement	N	%	Montant moyen (N = 1 403)
Provincial-Québec			
moins de 50 000 \$	358	25,5	23 659
50 à 99 999 \$	210	15,0	70 822
100 à 499 999 \$	231	16,5	183 283
500 000 \$ et plus	5	0,4	990 810
Sous total provincial	804	57,3	87 854
Fédéral			
moins de 50 000 \$	160	11,4	21 825
50 à 99 999 \$	161	11,5	72 799
100 à 499 999 \$	233	16,6	218 396
500 000 \$ et plus	45	3,2	1 281 107
Sous-total fédéral	599	42,7	206 592
Total	1 403	100,0	138 548

3.2.3. Types de financement

Le financement a été découpé en deux types : les bourses et les autres formes de financement, regroupées sous le terme « subventions de recherche ».

Fait à souligner, une partie importante du financement est octroyé sous forme de bourses de soutien à la relève. En effet, 26,5 % du financement est alloué sous forme de bourses, celles-ci se distribuant comme suit :

- 10,3 % de bourses de jeunes chercheurs (chercheurs boursiers : 7,4 % et établissement de jeunes chercheurs : 2,9 %);
- 12,4 % de bourses d'études doctorales ou post-doctorales;
- 3,6 % d'autres bourses (maîtrise, bourses d'excellence, etc.).

En moyenne, les bourses de chercheurs-boursiers (montant moyen de 117 000 \$) ainsi que les bourses doctorales et post doctorales (montant moyen de 52 000 \$) sont plus élevées que celles octroyées pour l'établissement de jeunes chercheurs (montant moyen de 28 000 \$).

La comparaison des données financières selon le type de financement vient préciser l'importance et le poids financier que les bourses représentent dans l'ensemble de la recherche en santé publique.

Si plus du quart du financement est octroyé sous forme de bourses, celles-ci ne représentent toutefois que 12,8 % des montants. Bien que le montant moyen d'une bourse soit inférieur à celui des subventions de recherche, celui-ci est loin d'être négligeable. L'analyse de la répartition des bourses selon les montants consentis montre en effet qu'un cinquième des bourses se situe dans la tranche des subventions de 100 000 \$ et plus (tableau 5). Plus des 4/5 des bourses de plus de 100 000 \$ sont des bourses de chercheurs-boursiers. Il faut bien sûr considérer qu'il s'agit de montants totaux, qui peuvent être attribués au boursier pour plusieurs années.

Tableau 5 Nombre de projets de recherche en santé publique, montant moyen et montant total selon le type de financement, 1999-2004

Type de subventions	N	%	Montant moyen (\$)	Montant total (\$)	%
Bourses	371	26,4	67 049	24 875 011	12,8
Subventions de recherche	1 032	73,6	164 252	169 508 527	87,2
Total	1 403	100,0	138 548	194 383 538	100,0

L'examen des sources de financement permet de constater le degré d'importance accordé au soutien à la relève, et ce, à chacun des paliers de financement (tableau 6). On constate que plus des 3/4 des bourses sont financées par le palier provincial, et ceci, essentiellement par le FRSQ et le CQRS-FQRSC. Le FRSQ joue un rôle important puisque 47 % des bourses sont financées par cet organisme. De plus, on note que la majorité des projets subventionnés par le FRSQ (67 %) le sont sous forme de bourses. Le FRSQ est aussi le seul organisme, au Québec comme au Canada, à octroyer davantage de bourses que de subventions de recherche. Le CQRS-FQRSC joue aussi un rôle non négligeable : 28 %

des bourses sont octroyées par cet organisme, les bourses représentant par ailleurs 42 % des projets qu'il finance.

Tableau 6 Nombre de projets de recherche en santé publique selon le type de financement et la source, 1999-2004

Sources de financement	Subventions de recherche		Bourses	
	N	%	N	%
Provincial-Québec				
FRSQ	94	8	188	47
CQRS-FQRSC	153	14	111	28
PSSP	160	14	0	0
Autres	165	15	14	4
Sous total provincial	572	52	313	78
Fédéral				
IRSC	336	30	54	14
CRSH	122	11	29	7
Autres	78	7	4	1
Sous-total fédéral	536	48	87	22
Total	1 108	100	400	100

L'étude des montants alloués par les différentes sources de financement confirme l'importance du palier provincial dans l'allocation des bourses. Les 4/5 des projets subventionnés sous forme de bourses sont financés par le palier provincial, le FRSQ accordant près de la moitié des montants octroyés sous cette forme. On constate également que le cadre de financement est très différent pour les subventions de recherche : la participation du palier fédéral y est plus élevée, 70 % des montants des subventions de recherche provenant du palier fédéral (tableau 7).

Tableau 7 Montant total du financement des projets de recherche en santé publique selon le type de financement et la source, 1999-2004

Source de financement	Montant total des subventions de recherche		Montant total des bourses	
	\$	%	\$	%
Provincial-Québec				
FRSQ	7 676 897	4,5	11 977 110	48,1
CQRS-FQRSC	23 231 829	13,7	8 143 252	32,7
PSSP	4 664 822	2,8	000	0,0
Autres	14 612 701	8,6	3 28 312	1,3
Sous total provincial	50 186 249	29,6	20 4 48 674	82,2
Fédéral				
IRSC	83 385 448	49,2	2 867 825	11,5
CRSH	14 334 310	8,5	1 219 682	4,9
Autres	21 602 520	12,7	338 830	1,4
Sous-total fédéral	119 322 278	70,4	4 426 337	17,8
Total	169 508 527	100,0	24 875 011	100,0

Note : N = 1 403 projets.

3.2.4. Comparaison entre le financement des projets de recherche en santé publique et celui des autres projets de la BRSS

Le volume de recherche en santé publique apparaît non négligeable par rapport au volume total de la recherche sociale et en santé (tableau 8). Toutefois, on constate une légère différence au regard du financement des projets : si 13,5 % des projets répertoriés dans la BRSS participent à l'avancement des connaissances en santé publique, le financement affecté à ces projets ne représente que 12,3 % du financement total. Les montants moyens sont aussi moins élevés en santé publique, l'écart étant toutefois relativement peu élevé. Il s'avère que la durée moyenne des projets est également légèrement moins élevée pour les projets en santé publique que pour les autres projets de la BRSS (27,3 mois comparativement à 32,6 mois).

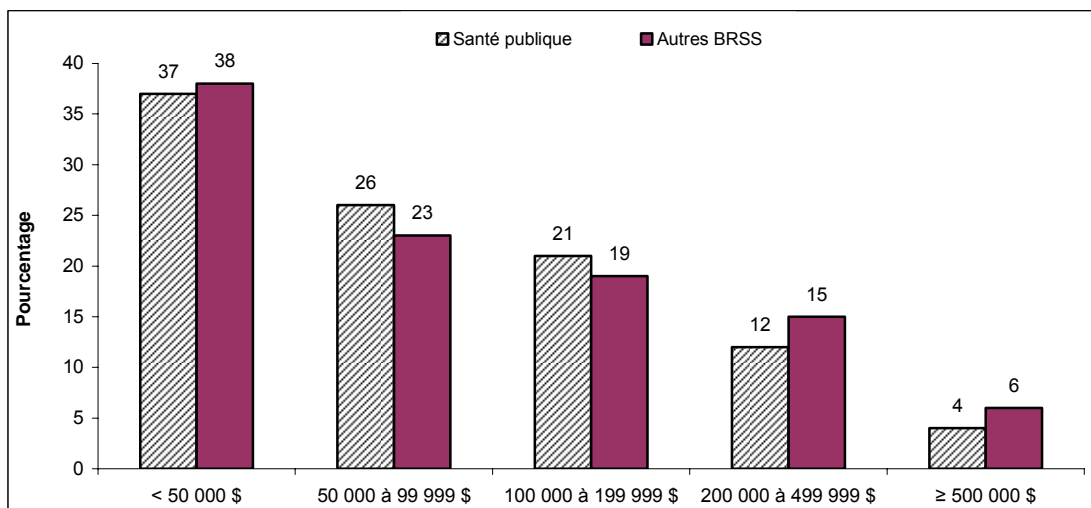
Tableau 8 Nombre de projets de recherche, montant moyen et montant total selon les catégories de projets de la BRSS, 1999-2004

Projets	N	%	Montant moyen \$	Montant total \$	%
Projets Santé publique	1 403	13,5	138 548	194 383 539	12,3
Autres projets BRSS	9 006	86,5	153 952	1 386 494 707	87,7
Total projets BRSS	10 409	100,0	151 876	1 580 878 246	100,0

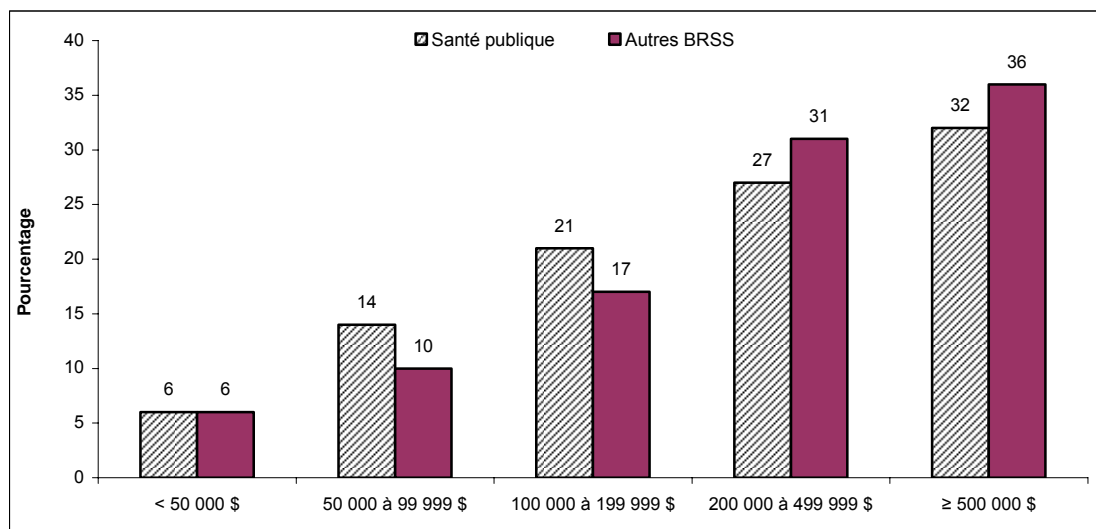
Note : Les projets pour lesquels le montant du financement n'était pas précisé ou les projets ayant un montant nul ne sont pas comptabilisés.

La comparaison du volume des projets (figure 9) et de leur financement (figure 10) permet de constater que les projets de recherche en santé publique sont semblables aux autres projets de la BRSS, comme le montrent les deux figures qui suivent. On ne constate pas de grand écart dans la répartition des projets selon les catégories de montants. Les projets de 50 000 à 199 999 \$ sont un peu plus fréquents en santé publique, la situation étant inversée pour les autres catégories. Les projets de plus de 200 000 \$ sont ainsi moins fréquents en santé publique que dans le reste de la BRSS (59 % vs 67 %).

Figure 9 Proportion des différentes catégories de projets de la BRSS selon la taille du financement, 1999-2004



Note : N = 1 403 projets en santé publique, et 9 006 projets dans les autres catégories de la BRSS.

Figure 10 Proportion du montant total du financement des différentes catégories de projets de la BRSS selon la taille du financement, 1999-2004

Note : N = 1 403 projets en santé publique, et 9 006 projets dans les autres catégories de la BRSS.

Les montants moyens confirment la similitude des données financières relatives aux projets en santé publique et aux autres projets de la BRSS. Toutefois, les montants moyens des projets en santé publique apparaissent un peu plus élevés pour les projets de 200 000 \$ et plus (tableau 9).

Tableau 9 Montant moyen du financement des différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la taille du financement, 1999-2004

Volume de montant	Santé publique	Autres projets BRSS
	(N = 1 403) Montant moyen	(N = 9 006) Montant moyen
< 50 000 \$	23 092	23 401
50 à 99 999 \$	71 680	70 733
100 à 199 999 \$	134 992	139 491
200 à 499 999 \$	319 259	311 871
≥ 500 000 \$	1 252 077	915 702
Total	138 548	153 969

En ce qui concerne les sources de financement, on observe quelques différences, notamment, un pourcentage moins élevé de projets subventionnés par le fédéral en santé publique (tableau 10). Au palier provincial, le nombre de projets subventionnés par le FRSQ et les IRSC apparaît également beaucoup moins élevé en santé publique. Inversement, il y a proportionnellement plus de projets en santé publique subventionnés par le CQRS-FQRSC et le CRSQ.

Tableau 10 Comparaison des différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004

Sources de financement	Santé publique		Autres projets BRSS	
	N	%	N	%
Provincial-Québec				
FRSQ	282	18,7	2 389	25,0
CQRS-FQRSC	264	17,5	400	4,2
PSSP	160	10,6	144	1,5
Autres	179	11,9	706	7,4
Sous total provincial	885	58,7	3 639	38,0
Fédéral				
IRSC	390	25,9	3 560	37,2
CRSH	151	10,0	630	6,6
Autres	82	5,4	1 735	18,1
Sous-total fédéral	623	41,3	5 925	62,0
Total	1 508	100,0	9 564	100,0

La comparaison du montant total alloué par les différentes sources de financement confirme ces tendances, comme le montre le tableau 11. La participation financière du fédéral est proportionnellement moins élevée en santé publique que pour les autres projets de la BRSS. L'investissement des IRSC et des autres sources fédérales est légèrement plus faible en santé publique. Par contre, celle du CRSH y est proportionnellement plus élevée (près d'un cinquième du financement est alloué en santé publique). Pour le palier provincial, l'investissement financier du CQRS-FQRS apparaît proportionnellement plus élevé en santé publique que pour les autres projets de la BRSS.

Tableau 11 Montant total alloué aux différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004

Sources de financement	Santé publique (N = 1 403) Montant total		Autres projets BRSS (N = 9 006) Montant total	
	\$	%	\$	%
Provincial-Québec				
FRSQ	19 654 007	10,1	147 906 554	10,7
CQRS-FQRSC	31 375 081	16,1	41 694 190	3,0
PSSP	4 664 822	2,4	4 138 946	0,3
Autres	14 941 013	7,7	63 067 321	4,5
Sous total provincial	70 634 923	36,3	256 807 011	18,5
Fédéral				
IRSC	86 253 273	44,4	793 688 466	57,2
CRSH	15 553 992	8,0	55 179 859	4,0
Autres	21 941 350	11,3	280 819 371	20,3
Sous-total fédéral	123 748 615	63,7	1 129 687 696	81,5
Total	194 383 539	100,0	1 386 494 707	100,0

L'examen des montants moyens selon les sources de financement (tableau 12) permet de préciser davantage les particularités du financement de la recherche en santé publique. Ainsi, on observe que les montants moyens des projets en santé publique sont relativement similaires à ceux des autres projets de la BRSS, et ce, pour presque toutes les sources de financement⁴. Le montant moyen du financement octroyé par chacune des sources de financement est un peu plus élevé en santé publique, que ce soit au palier provincial ou fédéral (sauf pour les IRSC, où le montant moyen est légèrement inférieur en santé publique).

Tableau 12 Montant moyen alloué aux différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004

Sources de financement	Santé publique (N = 1 403)	Autres projets BRSS (N = 9 006)
	Montant moyen (\$)	Montant moyen (\$)
Provincial-Québec		
FRSQ	79 571	74 213
CQRS-FQRSC	118 845	104 235
PSSP	29 155	28 944
Autres	112 338	107 257
Sous total provincial	87 854	82 205
Fédéral		
IRSC	223 454	223 953
CRSH	103 007	87 587
Autres	353 893	164 414
Sous-total fédéral	206 592	192 058
Total	138 548	153 952

Ces données indiquent que les projets en santé publique ne sont pas moins financés par les diverses sources de financement que les autres projets de la BRSS. Ceci tend à démontrer que les différences constatées sont liées au cadre de financement : les montants élevés sont moins fréquents en santé publique et les sources de financement accordant des budgets élevés sont moins présentes en santé publique.

Le financement des projets de recherche en santé publique est relativement comparable à celui des autres projets répertoriés dans la BRSS (tableau 13). Les bourses ont un poids financier similaire (12,8 % des montants en santé publique comparativement à 12,2 % pour les autres projets de la BRSS). Le pourcentage du financement des bourses est légèrement inférieur en santé publique comparativement aux autres champs de la BRSS (26,4 % vs 30,5 %); par contre, le montant moyen d'une bourse y est plus élevé. Fait à souligner, les montants moyens des subventions de recherche sont toutefois beaucoup moins élevés en santé publique que dans les autres champs de la BRSS (164 252 \$ comparativement à 194 348 \$).

⁴ À l'exception de la catégorie « Autres » dans les sources de financement fédéral, où les montants moyens sont plus élevés en santé publique. Le nombre peu élevé de projets (N = 82) invite à une certaine prudence dans l'interprétation de ce résultat.

Tableau 13 Nombre de projets de recherche, montant moyen et montant total du financement dans les différentes catégories de projets de la BRSS selon le type de financement, 1999-2004

Types de financement	Projets Santé publique		Autres projets BRSS	
	N	%	N	%
Nombre de bourses	371	26,4	2 743	30,5
Nombre de subventions de recherche	1 032	73,6	6 263	69,5
Nombre total projets financés	1 403	100,0	9 006	100,0
Montant total des bourses	24 875 011 \$	12,8	169 292 965 \$	12,2
Montant total des subventions de recherche	169 508 527 \$	87,2	1 217 201 742 \$	87,8
Montant total du financement	194 383 539 \$	100,0	1 386 494 707 \$	100,0
Montant moyen d'une bourse	67 049 \$		61 718 \$	
Montant moyen des subventions de recherche	164 252 \$		194 348 \$	
Montant moyen du financement	138 548 \$		153 952 \$	

Note : Le nombre de projets correspond à celui pour lesquels le montant du financement était disponible.

La comparaison des sources de financement en ce qui a trait aux bourses tend à confirmer la similarité entre le financement des projets de recherche en santé publique et celui des autres projets de la BRSS (tableau 14). Dans les deux cas, la participation du palier provincial est majeure (respectivement 82 % et 73 % des montants) et le FRSQ constitue la source principale de financement (respectivement 48 % et 65 % des montants). Quelques différences apparaissent toutefois : la participation du FRSQ est légèrement moins élevée en ce qui concerne l'octroi des bourses en santé publique, alors que celle du CQRS-FQRSC et du CRSH est proportionnellement beaucoup plus élevée. Ainsi, plus de 2/5 des subventions octroyées par le CQRS-FQRSC sous forme de bourses vont en santé publique. Pour le CRSH, c'est environ le tiers des bourses qui est octroyé en santé publique.

Tableau 14 Montant total des bourses dans les différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004

Sources de financement	Montant total des bourses en santé publique (N = 371)		Montant total des bourses dans les autres catégories de projets de la BRSS (N = 2 743)	
	\$	%	\$	%
Provincial-Québec				
FRSQ	11 977 110	48,1	109 748 532	64,8
CQRS-FQRSC	8 143 252	32,7	11 395 144	6,7
Autres	328 312	1,3	2 525 383	1,5
Sous total provincial	20 448 674	82,2	123 669 059	73,1
Fédéral				
IRSC	2 867 825	11,5	38 463 755	22,7
CRSH	1 219 682	4,9	2 513 226	1,5
Autres	338 830	1,4	4 646 926	2,7
Sous-total fédéral	4 426 33	17,8	45 623 907	26,9
Total	24 875 011	100,0	169 292 965	100,0

Le tableau 15 confirme les différences entre le financement de la recherche en santé publique et celui des autres champs de la BRSS. Tout comme pour les bourses, on remarque que le provincial investit proportionnellement davantage en santé publique pour les subventions de recherche. Le CQRS-FQRSC et le CRSH sont plus présents en santé publique, que ce soit pour l'octroi de bourses ou de subventions à la recherche, la situation contraire prévalant pour les IRSC.

Tableau 15 Montant total des subventions à la recherche dans les différentes catégories de projets de recherche de la BRSS selon la source de financement, 1999-2004

Sources de financement	Montant total des subventions Santé publique (N = 1 032)		Montant total des subventions Autres projets de la BRSS (N = 6 263)	
	\$	%	\$	%
Provincial-Québec				
FRSQ	7 676 897	4,5	38 158 022	3,1
CQRS-FQRSC	23 231 829	13,7	30 299 046	2,5
PSSP	4 664 822	2,8	4 138 946	0,3
Autres	14 612 701	8,6	60 541 938	5,0
Sous total provincial	50 186 249	29,6	133 137 952	10,9
Fédéral				
IRSC	83 385 448	49,2	755 224 711	62,0
CRSH	14 334 310	8,5	52 666 633	4,3
Autres	21 602 520	12,7	276 172 445	22,7
Sous-total fédéral	119 322 278	70,4	1 084 063 789	89,1
Total	169 508 527	100,0	1 217 201 742	100,0

3.2.5. Comparaison du financement des projets de recherche en santé publique selon les thématiques et les domaines couverts

Les thématiques et les domaines d'intervention qui sont les plus investis en termes de nombre de projets ne sont pas obligatoirement ceux où les investissements financiers sont les plus élevés, comme le montrent les deux tableaux qui suivent. Si la thématique *État de santé et de bien être de la population et ses déterminants* accapare la proportion de projets la plus élevée (60 % des projets), c'est la thématique *Organisation des services* (10 % des projets) qui enregistre le montant moyen de financement le plus élevé. Par ailleurs, le financement apparaît, en moyenne, moins élevé pour les thématiques *Théories et méthodes* et *Politiques publiques* (tableau 16).

Tableau 16 Montant moyen du financement selon les thématiques abordées par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004

Thématiques de recherche	Montant moyen (N = 1 403)
Organisation des services (10 % des projets)	178 656
État de santé et bien-être de la population et ses déterminants (60 %)	148 264
Interventions et programmes de santé publique (34 %)	130 542
Politiques publiques (3 %)	102 408
Théories et méthodes (5 %)	85 603
Montant moyen	138 548

En ce qui concerne les domaines d'intervention, c'est en *Développement, adaptation et intégration sociale* que l'on observe la proportion la plus élevée de projets (45 %) alors que le montant moyen de la subvention est le plus élevé en *Habitudes de vie et maladies chroniques*. Enfin, c'est dans les domaines *Santé en milieu de travail* et *Traumatismes non intentionnels* que le montant moyen des subventions est le moins élevé (tableau 17).

Tableau 17 Montant moyen du financement selon les domaines touchés par les projets de recherche en santé publique, 1999-2004

Domaines d'intervention	Montant moyen (N = 1 403)
Habitudes de vie et maladies chroniques (18 % des projets)	173 521
Santé générale (13 %)	137 886
Développement, adaptation et intégration sociale (45 %)	136 280
Santé environnementale (4 %)	123 796
Maladies infectieuses (10 %)	120 364
Santé en milieu de travail (11 %)	110 176
Traumatismes non intentionnels (1,5 %)	93 237
Montant moyen	138 548

On constate de plus que certains domaines et thématiques sont plus souvent subventionnés par un palier de financement que par un autre. Ainsi, le palier provincial subventionne davantage de projets portant sur les thématiques *Politiques publiques* (73 %), *Théories et méthodes* (66 %) et *État de santé et bien-être de la population et ses déterminants* (58 %), comme le montre le tableau 18. Le palier fédéral, pour sa part, subventionne davantage de projets portant sur les *Interventions et programmes de santé publique* (70 %) et sur l'*Organisation des services sociaux et de santé* (57 %).

Tableau 18 Nombre de projets de recherche en santé publique subventionnés pour chacune des thématiques selon le palier de financement, 1999-2004

Thématiques des projets	Palier de financement (N = 1403)					
	Provincial		Fédéral		Total	
	N	%	N	%	N	%
État de santé et de bien-être de la population et ses déterminants	512	57	391	43	903	100
Interventions et programmes	363	70	154	30	517	100
Organisation des services	63	42	86	58	149	100
Politiques publiques	35	73	13	27	48	100
Théories et méthodes	54	54	28	34	82	100

Pour les domaines d'intervention (tableau 19) le pourcentage de projets subventionnés par le palier provincial est plus élevé en *Santé en milieu de travail* (74 %), en *Développement, adaptation et intégration sociale* (64 %) ainsi qu'en *Santé environnementale* (61 %). Les autres domaines d'intervention comportent autant de projets financés par le palier provincial que par le palier fédéral.

Tableau 19 Nombre de projets de recherche en santé publique subventionnés à l'intérieur de chacun des domaines selon le palier de financement, 1999-2004

Domaines des projets	Palier de financement (N = 1 403)					
	Provincial		Fédéral		Total	
	N	%	N	%	N	%
Développement, adaptation et intégration sociale	434	64	243	36	677	100
Habitudes de vie et maladies chroniques	131	48	140	52	271	100
Traumatismes non intentionnels	12	52	11	48	23	100
Maladies infectieuses	78	53	68	47	146	100
Santé environnementale	37	61	24	39	61	100
Santé en milieu de travail	129	74	45	26	174	100
Santé générale	92	46	108	54	200	100

4. DISCUSSION

Le présent bilan a permis de décrire l'univers de la recherche en santé publique au Québec, pour la période 1999-2004, notamment sous l'angle des thématiques exploitées, des domaines couverts et de différentes facettes de son financement. Inspiré d'une démarche semblable menée en Suède, le bilan québécois permet de mieux connaître les caractéristiques de la recherche en santé publique effectuée au Québec.

4.1. PORTÉE ET LIMITES DES RÉSULTATS

À l'instar de l'étude suédoise, la première étape du projet a été consacrée à la difficile et délicate tâche de circonscrire l'univers de la recherche en santé publique et de rendre compte de son organisation. Pour ce faire, un cadre conceptuel a été élaboré.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) a constitué la première source de renseignements pour élaborer le cadre conceptuel sur lequel devait se fonder le bilan : la délimitation de l'univers de la santé publique par les fonctions, la définition même des fonctions, en particulier de la recherche ainsi que le regroupement des thèmes de recherche par domaine d'intervention sont autant de dimensions du programme national qui ont permis de structurer le bilan. D'autres sources d'information ont dû être consultées lorsque le programme ne permettait pas d'établir la frontière entre la recherche et d'autres activités scientifiques, comme les études et les analyses.

La délimitation du champ de la santé publique par rapport à l'univers de la santé et des services sociaux, dont elle fait partie, s'est avérée difficile pour certains thèmes; des questions se sont posées, notamment, sur l'inclusion ou l'exclusion de recherches portant sur l'organisation des services sociaux et de santé, ou encore, sur les liens entre certains concepts comme celui d'intégration sociale comme partie prenante de la prévention (considérée comme appartenant au champ de la santé publique) ou de la réadaptation (considérée comme n'appartenant pas au champ de la santé publique). Si le contour de la recherche en santé publique retenu pour ce bilan peut être discuté, il présente néanmoins l'avantage de décrire avec précision les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont prévalu pour le déterminer.

Par ailleurs, l'étude suédoise (Swedish National Institute of Public Health, 2004) a inspiré le cadre conceptuel pour ce qui est des grandes thématiques de recherche. Une adaptation a toutefois été faite afin de prendre en compte le contexte québécois, en distinguant, notamment, les politiques publiques et l'organisation des services qui soulèvent ici des enjeux différents.

Comparativement à la méthode suédoise, fondée principalement sur l'envoi d'un questionnaire aux organismes subventionnaires et aux universités, l'étude réalisée au Québec a puisé l'information à même la Banque de recherche sociale et en santé (BRSS). Le recours à cette banque du MSSS a permis de disposer de données jugées fiables et valides grâce à la mise à jour régulière et à la saisie centralisée et harmonisée des données qui la constituent. La banque de données recensant l'ensemble des recherches subventionnées par les grands organismes subventionnaires provinciaux et fédéraux permet de disposer d'une base suffisamment large et représentative pour dresser un portrait réaliste de la recherche en santé publique au Québec. Par ailleurs, l'exploitation de la BRSS permet de mettre en perspective la recherche en santé publique avec l'ensemble de la recherche sociale et en santé réalisée au Québec. La période sélectionnée, pour sa part, permet de refléter les grandes tendances actuelles de la recherche réalisée en santé publique au Québec.

Toutefois, le portrait proposé ne rend pas compte de toutes les recherches réalisées en santé publique, soit : les recherches non subventionnées, effectuées dans les universités ou dans les ministères, les organismes publics, les municipalités, etc.; celles commanditées par le secteur privé (secteur marchand et tiers secteur); ou encore, celles financées par des organismes internationaux et fonds étrangers. Il ne permet pas non plus de mesurer le volume réel de recherches réalisées en santé publique, l'unité d'analyse de la BRSS étant un projet financé et non une recherche comme telle.

Par ailleurs, le présent bilan ne permet pas de cerner adéquatement certaines dimensions de l'action de santé publique, notamment celles entourant les fonctions de santé publique non plus que les stratégies (par exemple la réduction des inégalités de santé), en raison de l'absence de descripteurs appropriés dans la BRSS. De plus, les renseignements contenus dans la BRSS sont insuffisants pour tracer un portrait précis de l'organisation de la recherche, notamment pour ce qui est de la constitution d'équipes ou de réseaux de chercheurs ainsi que de chaires de recherche.

Dans l'ensemble, l'application de critères stricts pour délimiter l'univers de la recherche en santé publique et les informations sommaires concernant certains projets ont pu conduire à dresser un portrait partiel de la recherche en santé publique. Malgré certaines limites, liées principalement à la difficulté de circonscrire l'univers de la recherche en santé publique et à l'insuffisance de la BRSS concernant certaines informations, ce bilan de la recherche en santé publique, le premier en son genre au Québec, a le mérite de reposer sur un cadre conceptuel explicite ainsi que sur une source de données fiable qui permettent de traduire la réalité québécoise.

4.2. CONTOUR ET CONTENU DE LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

Le premier gain obtenu par ce bilan est certainement de nommer et de circonscrire la recherche en santé publique. Puisqu'on ne disposait d'aucun système de catégorisation préexistant en santé publique, il a été nécessaire de sélectionner *a posteriori* les recherches identifiées comme appartenant au champ de la santé publique. L'exercice a été fait sur un mode conservateur, puisque tous les projets dont on ne pouvait affirmer avec certitude qu'ils appartenaient au champ de la santé publique (souvent par manque d'information), ont été exclus. Ces travaux sont certainement à poursuivre pour s'assurer d'une définition adéquate, ni trop restrictive, ni trop large, de la recherche en santé publique.

Un constat important qui se dégage de ce bilan est que la recherche en santé publique occupe une place non négligeable dans le secteur de la recherche sociale et en santé, tant sur le plan du volume de projets réalisés que sur celui des montants investis et du bassin relativement large de chercheurs qui s'y consacrent.

Une caractéristique importante de la recherche en santé publique au Québec est sa diversité, qui se traduit tant par le large spectre des thématiques étudiées et des domaines d'intervention couverts que par celui des institutions et des organismes engagés dans la réalisation et la gestion des projets de recherche à travers l'ensemble du Québec. La diversité des thématiques et domaines doit toutefois être relativisée : d'une part, certains domaines d'intervention et thématiques de recherche prédominent nettement alors que d'autres sont peu couverts. D'autre part, un nombre relativement faible de projets de recherches traversent plus d'une thématique ou d'un domaine, ce qui peut aussi être révélateur d'un manque d'intégration des connaissances dans le champ de la santé publique.

Comparativement au bilan de la recherche réalisé en Suède, le bilan québécois apparaît moins monolithique et les efforts de recherche mieux distribués entre les diverses thématiques. Si, au Québec, le pourcentage de projets est moins élevé pour les thématiques *État de santé et de bien-être de la population* et *Théories et méthodes*, il est en revanche plus élevé pour les thématiques *Interventions et programmes de santé publique*, *Organisation des services* et *Politiques publiques* (ces deux dernières thématiques étant fusionnées dans le bilan suédois).

Le fait qu'un aussi grand volume de projets de recherche québécoise en santé publique porte sur la thématique *État de santé et de bien-être de la population et ses déterminants*, suggère la contribution de plusieurs disciplines scientifiques, ce que tend d'ailleurs à confirmer l'important bassin de chercheurs rattachés à des universités n'abritant pas de faculté de médecine. En ce qui concerne la thématique *Interventions et programmes de santé publique*, il y a possiblement un lien entre l'importance accordée à cette thématique au Québec, et la mise en œuvre de la *Politique de la santé et du bien-être*, qui a exercé une grande influence sur les orientations des organismes subventionnaires québécois, et, par conséquent, sur le développement de la recherche au Québec. Plusieurs résumés de projets de recherche, lorsque accessibles dans la BRSS, font d'ailleurs explicitement référence aux objectifs et aux stratégies d'amélioration de la santé préconisés par cette politique, en lien, notamment, avec le développement et l'évaluation d'interventions préventives novatrices.

Il n'en demeure pas moins que d'autres thématiques, telles que *Politiques publiques* et *Théories et Méthodes*, demeurent des parents pauvres de la recherche en santé publique au Québec. Pourtant, l'importance des politiques publiques comme grand déterminant de la santé n'est plus à démontrer, comme en témoigne l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* (L.R.Q., c. 60 : Québec, 2001), dont l'application requiert l'analyse de l'impact des politiques publiques sur la santé de la population. Il serait souhaitable que la recherche sur les politiques publiques connaisse un essor équivalent à l'importance qui leur est désormais reconnue, notamment, en matière de réduction des inégalités de santé. Quant aux *Théories et méthodes* en santé publique, leur évolution a été extrêmement rapide au cours des dernières années, en lien avec l'émergence de nouvelles problématiques de santé, mais aussi, avec l'introduction de diverses innovations scientifiques et technologiques (ex. : développement d'indicateurs, méthodes de modélisation mathématique, analyses économiques, analyses de risque, systèmes d'information géographique, etc.). La consolidation des capacités de recherche en santé publique ne peut se concevoir sans un investissement important sur les plans théorique et méthodologique. Il convient d'ailleurs de souligner, à ce chapitre, l'importance de l'intégration des théories et méthodes dans le champ de la santé publique, compte tenu qu'elles se fondent sur des connaissances scientifiques en provenance de nombreuses disciplines.

En ce qui concerne la distribution des efforts de recherche entre les différents domaines de santé publique, la forte proportion de projets de recherche recensés dans le domaine *Développement, adaptation et intégration sociale* est vraisemblablement attribuable, encore une fois, à l'influence de *La Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) et dans une moindre mesure des *Priorités de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997). Les chercheurs sont sollicités pour développer les connaissances sur les problèmes de santé et de bien-être priorisés par cette politique, ainsi que pour développer des interventions préventives efficaces. Ce qui tend à démontrer l'effet structurant des politiques gouvernementales sur les orientations stratégiques des organismes subventionnaires et, par ricochet, sur le développement de la recherche.

D'autres caractéristiques de la recherche en santé publique sont également mises en lumière par ce bilan. Ainsi, les données relatives aux organismes gestionnaires montrent que les projets de recherche n'émanent pas que du réseau universitaire, mais aussi, du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau communautaire et d'autres institutions publiques et parapubliques. Par ailleurs, si les chercheurs proviennent surtout des universités comportant des facultés de médecine, une proportion non négligeable d'entre eux est rattachée à d'autres universités et instituts de recherche. Ces autres résultats apparaissent tout à fait cohérents avec le caractère à la fois appliqué et multidisciplinaire (santé/social) de la recherche en santé publique.

La *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation* annonçait récemment un renforcement des infrastructures de recherche et une augmentation des mesures de soutien à la recherche en établissement (MDEIE, 2006), à l'instar du *Comité sur l'organisation universitaire des services sociaux*, qui recommandait, en 2005, le rehaussement du financement de la recherche dans les instituts et les centres affiliés universitaires à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 2005). Il ne serait donc pas étonnant de voir croître, au cours des prochaines années, le volume de recherches en santé publique de même que les masses critiques de chercheurs à l'intérieur des établissements de santé et de services sociaux et de leurs centres de recherche. De telles mesures pourraient s'avérer aussi pertinentes qu'utiles, notamment, pour la consolidation de la recherche sur les *Interventions et programmes de santé publique* ainsi que sur *l'Organisation des services sociaux et de santé comme déterminant de la santé*. La *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation* préconise également un renforcement de l'expertise de recherche en région, ce qui est tout à fait indiqué étant donné l'importance des particularités régionales (urbaines, rurales, semi-rurales) en matière de santé et de bien-être des populations concernées, et la nécessité d'adapter la recherche en santé publique à ces particularités (MDEIE, 2006).

En ce qui a trait à la durée des projets de recherche en santé publique, 16 % seulement d'entre eux s'étalent sur plus de trois ans. Il y a donc peu de projets de type longitudinal, ce qui peut paraître étonnant dans le champ de la recherche en santé publique, compte tenu du fait que l'apparition des problèmes sociaux et de santé est souvent liée au cumul de facteurs de risque à l'intérieur des parcours de vie. Autrement dit, les problèmes sociaux et de santé sont souvent reliés à des expériences de vie qui ont eu lieu des années sinon des décennies auparavant (ex. : retards de développement durant la petite enfance, pouvant mener à l'échec scolaire, aux difficultés d'insertion professionnelle et à divers problèmes sociaux et de santé à l'âge adulte).

La base de données n'a malheureusement pas permis de documenter de façon satisfaisante la proportion des activités consenties aux deux dimensions qui avaient été ajoutées au cadre conceptuel à titre exploratoire, soit : le transfert des connaissances, et les infrastructures de recherche. Compte tenu de l'importance stratégique accordée par les organismes subventionnaires provinciaux et fédéraux à la valorisation des connaissances issues de la recherche, cette dimension devrait être documentée de façon plus systématique à l'avenir. A plus forte raison dans le champ de la recherche en santé publique, où l'application et la diffusion des connaissances font partie intégrante de la fonction de recherche.

Il apparaît tout aussi essentiel de documenter les efforts consentis à la création et au maintien des infrastructures de recherche, étant donné leur effet de levier pour le développement des capacités de recherche. La récente *Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation* affirme qu'un pourcentage de 15 % à 20 % du volume de la recherche subventionnée devrait être investi dans les

infrastructures, de manière à maintenir un niveau concurrentiel sur le plan international (MDEIE, 2006). Il est donc crucial de pouvoir quantifier la proportion des efforts investis dans ce secteur et d'apporter les ajustements requis au sein des organismes subventionnaires et des instances gouvernementales, afin de favoriser le développement des capacités de recherche.

4.3. LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

Les projets de recherche recensés ont été effectués par 998 chercheurs dont la grande majorité (700) ont reçu un financement sous forme de subventions de recherche. Dix-sept pour cent d'entre eux ont été soutenus par des bourses de recherche et 13 % ont bénéficié des deux types de financement. Les trois quarts des chercheurs sont situés dans les trois grandes Universités de Montréal, McGill et Laval.

De 1999 à 2004, la recherche en sciences sociales et en santé, telle que recensée dans la BRSS, s'est vue octroyer au total 1.5 milliard de dollars. De ce montant, la recherche en santé publique au Québec s'est vue allouer près de 200 millions de dollars pour réaliser 1 500 projets. Il s'agit donc d'un montant important, d'autant plus qu'il est certainement sous-estimé du fait des choix conservateurs qui ont été faits au regard des critères de sélection retenus dans le cadre de cette recherche. Le financement provient très majoritairement des quatre grands organismes subventionnaires en santé et sciences sociales du Canada (IRSC et CRSH) et du Québec (FRSQ et CQRS-FQRSC). Ces quatre organismes jouent un rôle primordial puisqu'ils financent plus des trois quarts des montants investis dans les projets de recherche en santé publique. S'y ajoute le Programme de subvention en santé publique (PSSP) du Québec qui, bien que voué au développement des connaissances en santé publique, n'est pas exclusivement consacré à la recherche puisqu'il vise également le financement d'évaluations ou de projets d'intervention en promotion de la santé et en prévention (MSSS, 2002b). Il soutient 11 % des projets mais ne contribue qu'à 2 % du financement total. Malgré sa faible contribution au financement de la recherche en santé publique, l'effet structurant de ce programme ne doit pas être sous-estimé. Il agit dans plusieurs cas comme un levier, permettant à plusieurs recherches de démarrer et d'obtenir par la suite des financements plus importants d'autres organismes. Quant aux quatre organismes subventionnaires principaux, leur type d'investissement est fort différent. Si le palier provincial subventionne 59 % des projets, c'est la participation financière du palier fédéral qui est la plus importante (63 % des montants – 44 % provenant des IRSC qui financent 26 % des projets). Le rôle majeur que joue, dans les projets d'envergure, le palier fédéral (et notamment les IRSC) est manifeste. Dans les projets dont le financement dépasse 500 000 \$, les IRSC sont davantage présents. Globalement, les montants moyens alloués par les IRSC sont près de deux fois supérieurs à ceux alloués par le FRSQ, le CQRS-FQRSC ou le CRSH.

La comparaison des données financières concernant les projets en santé publique avec celles des autres projets de recherche répertoriés dans la BRSS permet de dégager certaines particularités. En moyenne, le montant et la durée d'une subvention en santé publique sont légèrement inférieurs à ceux des autres projets répertoriés dans la BRSS, ce qui explique que les projets de santé publique n'obtiennent que 12,3 % du financement alors qu'ils constituent 13,5% des projets. C'est surtout le cadre de financement des projets de recherche en santé publique qui diffère de celui des autres projets de la BRSS : les montants élevés sont moins fréquents en santé publique et les sources de financement accordant des budgets élevés sont moins présentes en santé publique. La participation fédérale est moins importante dans la recherche en santé publique, et ce, tant sur le plan du volume de projets financés (41 % versus 62 %) que des montants alloués (64 % vs 81 %). Le nombre de projets d'envergure (plus de 500 000 \$) est également proportionnellement moins élevé pour la recherche en

santé publique. On observe aussi que le volume de projets subventionnés et les montants alloués par le FRSQ et les IRSC sont tous deux moins élevés pour les projets en santé publique. Toutefois, la participation financière du CQRS-FQRSC et du CRSH est plus importante, ce qui reflète bien la situation de la santé publique au carrefour de la santé et des aspects sociaux. Enfin, il est à noter que les montants moyens accordés par chaque organisme aux projets de santé publique sont très semblables, et même légèrement supérieurs, aux montants moyens octroyés aux autres projets de la banque de recherche en sciences sociales et en santé.

4.4. IMPORTANCE DU SOUTIEN À LA RELÈVE

Le financement alloué sous forme de bourses est un élément structurant de la recherche en santé publique, puisque plus du quart (27 %) des projets en santé publique sont financés sous forme de bourses, celles-ci ne représentant toutefois que 13 % des montants. Si le montant moyen d'une bourse est moins élevé que celui d'une subvention de recherche, il est toutefois loin d'être négligeable. Les montants des bourses de chercheur-boursier et de spécialisation doctorale et postdoctorale, sont en général plus élevés que ceux des autres bourses de carrière (établissement de jeunes chercheurs) et de formation à la maîtrise.

L'apport des organismes du niveau provincial est particulièrement net au niveau de la formation de la relève puisqu'ils financent plus du ¾ des bourses (78 % des projets vs 22 % au fédéral). La très grande majorité des bourses (47 % des projets, 48 % des montants) sont financées par le FRSQ, dont la contribution est telle que 67 % des montants qu'il alloue en santé publique sont attribués sous forme de bourses. Le CQRS/FQRSC est l'autre grand bailleur de fonds des bourses, puisqu'il octroie près du tiers des bourses (28 % des projets et 33 % des montants), qui représente 42 % des projets qu'il finance.

La provenance du financement des bourses est comparable pour les projets de santé publique et les autres projets de la BRSS. On constate que le financement du soutien à la relève provient majoritairement du palier provincial, surtout par l'intermédiaire du FRSQ, le CQRS-FQRSC, de même que le CRSH, étant beaucoup moins présents dans le financement des bourses des autres projets de la banque de recherche en sciences sociales et en santé. Pour les autres projets de la BRSS, les montants moyens des bourses apparaissent légèrement moins élevés qu'en santé publique mais les projets sous forme de bourses sont proportionnellement plus nombreux (32 % comparativement à 27 %), ce qui explique que globalement, les bourses accaparent un pourcentage semblable de l'ensemble du financement dans les projets en santé publique et dans les autres projets de la BRSS.

On retrouve par ailleurs dans le financement des bourses de recherche en santé publique certaines des spécificités relevées pour le financement de ce champ de recherche, à savoir : la proportion plus importante de financement par le palier provincial, la participation moins élevée des IRSC et la participation plus importante du CQRS/FQRSC et du CRSH.

4.5. INFLUENCE DU CADRE DE FINANCEMENT SUR LES CONTENUS DE RECHERCHE

Les thématiques et les domaines les plus « investis » en termes de nombre de projets, ne sont pas obligatoirement ceux où le montant moyen des subventions est le plus élevé. Si *l'État de santé et bien-être de la population et ses déterminants* représentent la nette majorité des projets, le montant moyen octroyé est plus élevé pour les projets portant sur *l'Organisation des services* ou sur les *Habitudes de*

vie et maladies chroniques. Si le domaine couvert et la thématique investiguée peuvent influencer sur le type de devis de recherche et sur les budgets, le cadre du financement (sources et orientations de financement) n'est pas sans jouer un rôle sur la nature des recherches et les montants attribués pour une thématique de recherche ou un domaine d'intervention donnés.

La prédominance de certaines sources de financement par rapport à certains domaines et thématiques d'intervention tend à illustrer cette influence du cadre de financement sur les contenus de la recherche. Ainsi, il est difficile de ne pas faire de lien entre, d'une part, la mise en œuvre de *La Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), et le nombre élevé de recherches dans le domaine du *Développement, adaptation et intégration sociale* et, d'autre part, entre l'existence au Québec de l'*Institut de recherche en santé et sécurité au travail*, et le nombre élevé de projets en *Santé en milieu de travail* financés au niveau provincial. On peut souligner également le financement ciblé du PSSP, qui, notamment, est plus présent en *Santé environnementale* (25 % des projets).

4.6. PERSPECTIVES

L'examen de l'ensemble des données et des constats entraîne des commentaires et soulève un certain nombre de questions.

Tout d'abord, le nombre de projets et de chercheurs en santé publique, l'ampleur du financement obtenu et la relative diversité des projets témoignent d'une réelle vitalité et d'un dynamisme certain de la recherche actuelle en santé publique au Québec. Cette réalité s'inscrit bien dans l'histoire et le développement de la santé publique contemporaine. On ne peut que souhaiter que l'importance accordée par les gouvernements à la santé publique se reflète à la fois dans les politiques d'intervention et dans les stratégies de financement de la recherche.

Cependant on constate aussi que le nombre élevé de projets à budget modeste traduit en même temps une certaine fragmentation du financement, conduisant à un éparpillement et une dispersion des efforts de recherche. Malgré l'existence de projets de recherche d'envergure en santé publique, les données financières recueillies témoignent d'un certain retard en comparaison des autres domaines de recherche en sciences sociales et en santé. Le fait qu'il y ait proportionnellement moins de projets avec des budgets élevés, est-il révélateur d'un soutien financier moins bien structuré ou d'une difficulté pour la recherche en santé publique, de se doter de projets d'envergure? Quoiqu'il en soit, sans négliger le financement de projets plus modestes, les programmes de financement actuels ne devraient-ils pas davantage favoriser les regroupements de chercheurs autour de problématiques prioritaires de santé publique et soutenir ainsi la poursuite de projets d'envergure, source d'avancée notable des connaissances?

L'existence d'un réel soutien financier de la formation des futurs chercheurs en santé publique, particulièrement par le FRSQ et le CQRS-FQRSC, doit être soulignée. Ces stratégies préparent bien l'avenir de la recherche et on peut espérer le développement ou à tout le moins le maintien des programmes de bourses de ces deux organismes subventionnaires du Québec, qui contribuent à la reconnaissance de l'importance de la recherche en santé publique.

Enfin, à la lumière de la prédominance de certaines sources de financement dans des thématiques et des domaines d'intervention donnés, on peut se demander si cela ne maintient pas le développement des capacités de recherche dans ce champ, au détriment d'autres secteurs? Puisque les résultats tendent

à démontrer le rôle crucial joué par le cadre de financement sur les contenus de recherche, le soutien à la recherche ne devrait-il pas davantage favoriser la constitution d'équipes multidisciplinaires soutenues par différentes sources de financement, ainsi que des mécanismes d'intégration des connaissances traversant différents domaines et thématiques, afin de permettre le développement de la recherche dans tous les secteurs où elle est nécessaire? Les choix conditionnés par les politiques de financement de la recherche ne risquent-ils pas d'entraîner un certain essoufflement chez les chercheurs qui s'intéressent à des thèmes et domaines moins financés mais néanmoins pertinents?

À l'heure où l'importance de la santé publique est de plus en plus reconnue pour la protection et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ce bilan et ces constats confirment l'importance de disposer d'un plan d'ensemble cohérent pour organiser la recherche en santé publique et assurer son financement. Un plan concerté de développement de la recherche permettrait d'assurer un meilleur équilibre entre les capacités d'entrepreneurship caractéristiques du monde de la recherche, et les priorités et objectifs en matière de recherche des instances de santé publique, tels que ceux énoncés dans le *Programme National de Santé Publique 2003- 2012* (MSSS, 2003).

CONCLUSION

Dans l'ensemble, on peut entrevoir plusieurs retombées positives de ce bilan de la recherche en santé publique. Celui-ci décrit avec une relative précision les caractéristiques de la recherche en santé publique réalisée actuellement au Québec. Comme premier bénéfice de cette recherche, on peut citer le fait de mieux cerner les contours de la recherche en santé publique. Si ce travail reste à poursuivre, il a le mérite d'en poser un premier jalon au Québec, et même au Canada. Le cadre conceptuel sur lequel est fondée cette étude peut s'avérer aussi un outil précieux pour la poursuite des travaux visant à orienter et à renforcer la fonction de recherche à l'intérieur du *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003). La méthode utilisée permet également, d'ores et déjà, d'examiner la pertinence d'apporter certaines modifications à la BRSS, de façon à colliger au fur et à mesure l'ensemble des renseignements nécessaires pour établir périodiquement de nouveaux bilans de la recherche en santé publique. Des bilans périodiques permettraient en effet de suivre l'évolution de la recherche en santé publique et de mieux saisir les effets des fluctuations susceptibles de survenir dans le cadre de financement de la recherche. Des travaux ultérieurs pourraient aussi permettre de répondre avec plus de précision à la délicate question de la place de la recherche en santé publique dans l'univers plus général de la recherche en santé. Enfin, d'autres travaux pourraient tenter de documenter une dimension trop souvent négligée des programmes et plans gouvernementaux, à savoir, celle des stratégies qui inspirent les interventions de santé publique afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population, notamment celles qui concernent la réduction des inégalités de santé, le développement des communautés et le soutien des groupes vulnérables.

RÉFÉRENCES

COLIN, C. La santé publique au Québec à l'aube du XXI^{ème} siècle, Santé publique, vol. 16, (2), 2004, p.185-195.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). Plan stratégique 2004-2008 : Institut national de santé publique du Québec, Québec, 19 p.

LEFRANÇOIS, R. (1991). Dictionnaire de la recherche scientifique, Éditions Némésis, Lennoxville (Québec), 220 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). Rapport du comité sur l'organisation universitaire des services sociaux : Le développement de la mission universitaire dans les établissements du domaine des services sociaux, Québec, 80 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002a) La politique de la santé et du bien-être et la recherche subventionnée au Québec, Collection Études et Analyses, Québec, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, 132 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002b) PSSP : Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation, Québec, 22 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). Les personnes âgées dans la mire des chercheurs : Profil de la recherche subventionnée au Québec de 1980 à 1998, Collection Données statistiques et Indicateurs, n^o 35, Québec, Direction de la planification stratégique et de l'évaluation, 116 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Québec, Direction générale de la santé publique, 92 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). La politique de la santé et du bien-être, 191 p.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, DE L'INNOVATION ET DE L'EXPORTATION (2006). Un Québec innovant et prospère : Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation, Québec, 78 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2002). Le Manuel de Frascati : Méthode type proposée pour les enquêtes sur la recherche et le développement expérimental, Paris, Éditions OCDE, 292 p.

QUÉBEC (2001). Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour le 15 avril 2007, Québec, Éditeur officiel du Québec.

SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH (2004). An Inventory of Swedish Public Health Research, Sweden, 50 p.

ANNEXE

LISTE DES SOURCES DE FINANCEMENT

ANNEXE - LISTE DES SOURCES DE FINANCEMENT

Sources de financement	N	%
MSSS (catégorie générale)	1	0
Réseau de recherche provincial en adaptation-réadaptation	4	0
Fondation des maladies du cœur	6	0
Institut national de la recherche scientifique - Culture et société	10	1
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG)	11	1
Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé du Québec (AETMIS)	11	1
Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)	13	1
Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)	14	1
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé(FCRSS)	18	1
Institut national du cancer du Canada	20	1
Formation de chercheurs et aide à la recherche (FCAR)	39	3
Direction générale de la planification et de l'évaluation	49	3
Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST)	65	4
Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH)	151	10
Programme de subventions en santé publique (PSSP)	160	11
Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)- Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC)	264	18
Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)	282	19
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)	390	26
Total des projets	1 508	100

