CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE

perspectives|sts

DÉFI HABITUDES DE VIE

Stratégie de recherche et de transfert

Québec

DÉFI « HABITUDES DE VIE »

Stratégie de recherche et de transfert

Perspectives STS

2007

Cette publication a été éditée par le
Conseil de la science et de la technologie
1200, route de l'Église, bureau 3.45
3e étage
Québec (Québec) G1V 4Z2
Téléphone : 418 644-1165
Télécopie : 418 646-0920

Ce document est accessible sur le site Web du
Conseil de la science et de la technologie
http://www.cst.gouv.qc.ca

Recherche et rédaction
Marie Demers
avec la collaboration de Guillaume Burigusa

Coordination des communications
Katerine Hamel
Agente d'information

Mise en pages
Catherine Moreau

Conception graphique de la page couverture
Bleu Outremer

Révision linguistique
Le Graphe

Dépôt légal - 2007
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-550-51283-7

Pour faciliter la lecture du texte, le genre masculin est utilisé sans aucune intention discriminatoire.
© Gouvernement du Québec 2007

Note

Le Conseil de la science et de la technologie est heureux de publier ce document de stratégie, produit dans le cadre de la phase II du projet *Perspectives STS*[1].

Ce document est le résultat des travaux d'un comité de pilotage, formé essentiellement de chercheurs et d'utilisateurs de la recherche. Les membres du comité ont été nommés par le Conseil et par ses partenaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. La Fondation Lucie et André Chagnon s'est associée à la démarche peu de temps après le début des travaux. Le comité de pilotage a reçu le mandat d'élaborer un projet de stratégie de développement de la recherche pouvant aider à relever un des grands défis socioéconomiques du Québec, celui des « Habitudes de vie ».

Tout au long de cette opération, le rôle du Conseil et de ses partenaires a consisté à faciliter le processus. Le secrétariat du Conseil a notamment mis à la disposition du comité une ressource professionnelle pour le travail de recherche et de rédaction ainsi que pour en assurer les fonctions logistiques.

Il est important de préciser que le contenu de la stratégie, y compris les actions qui y sont recommandées, relève de l'entière responsabilité du comité de pilotage. Cette ligne de conduite est conforme à l'esprit du projet *Perspectives STS* qui, depuis ses tout débuts et à chacune de ses étapes, laisse aux acteurs concernés toute latitude pour décider entre eux de leurs choix. Ainsi, ni le Conseil lui-même ni le MDEIE, qui a soutenu financièrement le projet *Perspectives STS* dans son ensemble, n'ont participé à l'élaboration de ces contenus. Il convient également de noter que les recommandations émises par le comité de pilotage ne constituent pas à ce stade des engagements pris par le gouvernement.

Le Conseil souhaite que le document de stratégie connaisse toute la diffusion et ait tout l'impact qu'il mérite.

---

[1] Pour toute information sur le projet *Perspectives STS*, on est prié de consulter le site Web du Conseil à l'adresse www.cst.gouv.qc.ca.

Résumé

Contexte du développement de la stratégie sur les habitudes de vie

La stratégie de recherche et de transfert sur les habitudes de vie s'inscrit dans la phase II du projet *Perspectives STS* (science, technologie, société) mené par le Conseil de la science et de la technologie. Ce projet inédit et d'envergure lancé en 2003 reposait sur une démarche de type prospectif comportant plusieurs étapes de consultation de façon à circonscrire la demande sociale de nouveaux savoirs qui permettraient de relever certains défis socioéconomiques majeurs pour le Québec au cours des deux prochaines décennies. L'un des objectifs du projet *Perspectives STS* est de contribuer au rapprochement entre les scientifiques et les utilisateurs de nouvelles connaissances et de nouvelles technologies. Les habitudes de vie constituent l'un des sept défis majeurs reconnus au cours du processus de consultation. Il se formulait ainsi: « Promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, fondées sur une vision globale et préventive de la santé physique et psychologique, et qui responsabilise la population à l'égard de son état de santé ».

Démarche du comité de pilotage

En 2006, un comité de pilotage mis sur pied par les partenaires du défi et réunissant chercheurs et utilisateurs de recherche a été convié à élaborer une stratégie de développement de la recherche propre au défi. La démarche du comité visait à orienter les efforts de recherche de façon à soutenir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Elle se situait dans la perspective du développement d'une vision globale de la recherche dans ce domaine. Les travaux du comité se sont étalés sur une année complète et ont donné lieu à six rencontres entre avril 2006 et mars 2007.

Étapes de la démarche

Au cours de cette période, le comité a été amené à :

- Définir ce qu'on entend par « habitudes de vie »;
- Se pencher sur les différents modèles conceptuels permettant d'aborder la question;
- Dresser l'état des connaissances sur les habitudes de vie en vigueur, leurs déterminants et leurs conséquences, aussi bien au Québec que sur la scène internationale, de façon à cerner les principaux problèmes auxquels la société québécoise est confrontée;

- Relever les lacunes du système de production de recherche au Québec pour apporter une réponse à ces problèmes: à cette fin, des inventaires des chercheurs et des groupes de recherche, de la relève, des projets de recherche et de leur financement ont été réalisés;
- Préciser les objectifs visés par cette stratégie de développement de recherche;
- Répertorier les initiatives en cours au Québec, ailleurs au Canada et sur la scène internationale pour l'amélioration des habitudes de vie;
- Déterminer les éléments qui devraient être pris en compte au chapitre de la formation des chercheurs, du développement de la recherche et du transfert des connaissances;
- Définir les orientations et dégager les pistes d'action à intégrer dans une stratégie de recherche ainsi que les moyens privilégiés pour atteindre les buts visés.

Définition des habitudes de vie et leurs déterminants

Les habitudes de vie se définissent comme des comportements de nature durable, fondés sur un ensemble d'éléments incorporant l'héritage culturel, les relations sociales, les circonstances géographiques et socioéconomiques ainsi que la personnalité. L'objet d'étude n'est donc pas uniquement le comportement caractérisant l'habitude de vie elle-même, mais le mode de vie dans son ensemble, incluant ce qui précède et façonne les habitudes de vie et qui est lié à l'environnement (social, physique, culturel, etc.) dans lequel celui-ci s'actualise. Les habitudes de vie considérées dans la démarche sont l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, les pratiques sexuelles à risque et les jeux de hasard.

Diagnostic posé sur l'état actuel de la recherche

- Les chercheurs sont peu nombreux et ils travaillent trop souvent en silo, sur une habitude de vie en particulier, et on dénombre très peu de chaires de recherche;
- Le domaine bénéficie d'une relève substantielle pour la plupart des thèmes à l'étude, mais les nouveaux postes universitaires et les bourses de carrière sont très limités;
- Les différentes thématiques de recherche sont inégalement soutenues: les jeux de hasard, l'alimentation, les pratiques sexuelles à risque et les toxicomanies sont les plus étudiées et les mieux financées actuellement, alors que le tabagisme et l'activité physique reçoivent un soutien très faible;
- Plusieurs approches de recherche sont sous-financées : l'étude des interventions et des politiques visant à promouvoir de saines habitudes de vie est insuffisante, de même que l'évaluation des interventions et les études avantages-coûts;

- Les infrastructures de recherche sont déficientes : il y a peu de cohortes et de grandes bases de données qui permettraient de documenter les déterminants, l'évolution, les conséquences sur la santé et l'impact des interventions;
- Les recherches sont peu intégrées et peu vulgarisées : les résultats ne sont pas traduits de façon à être compris et mis en application par les acteurs sur le terrain;
- Le domaine de recherche est sous-financé dans son ensemble, considérant le fardeau de la maladie directement attribuable aux habitudes de vie et comparativement à d'autres secteurs comme la recherche biomédicale.

Orientations de la recherche à promouvoir

Il a été proposé de recentrer la recherche dans une perspective préventive populationnelle et intersectorielle, de façon à mieux prendre en compte les déterminants des habitudes de vie liés à l'environnement social, physique, culturel, technologique et politique. Cette approche se veut aussi interdisciplinaire et elle demande une vision intégrée dans laquelle les habitudes de vie ne sont pas analysées une à une comme si elles étaient indépendantes, mais sont plutôt vues comme formant un tout qui s'exprime dans un contexte global. Elle doit de plus faire appel à des disciplines auxquelles on ne recourt pas traditionnellement comme l'aménagement, la géomatique, l'analyse des politiques publiques, le transport ou le marketing, afin d'aider à documenter les déterminants de l'environnement susceptibles de jouer un rôle et sur lesquels il est possible d'intervenir pour favoriser l'adoption de saines habitudes. Un effort plus soutenu au regard du financement s'avère un préalable, principalement en ce qui a trait au développement du travail en réseau.

Au total, 29 actions stratégiques regroupées sous six grands thèmes ont été proposées. Elles comprennent notamment la création et le financement d'équipes de recherche, de chaires de recherche, d'un programme de soutien aux jeunes chercheurs, de bourses de carrière et de bourses de chercheurs, entre autres en milieu de pratique, la création et le financement de grandes cohortes, l'établissement de partenariats avec les fondations et les organismes subventionnaires canadiens interpellés, la création et le financement d'un centre de liaison et de transfert voué aux saines habitudes de vie et la mise sur pied d'un colloque annuel favorisant le partage de connaissances dans une perspective interdisciplinaire.

Pistes d'action envisagées pour relever le défi

- Miser sur une vision intégrée de la recherche favorisant les approches interdisciplinaires et intersectorielles de façon à étudier les habitudes de vie dans leur ensemble plutôt que séparément;

- Assurer l'intégration de la relève au milieu universitaire en accentuant le soutien à la carrière, plutôt déficient à l'heure actuelle, comparativement au soutien à la formation;
- ◆Consolider la recherche dans le domaine en allouant un financement qui soit plus en rapport avec les conséquences des habitudes de vie sur la santé et le bien-être : environ 40 % des décès sont liés à des comportements qui pourraient être modifiés si des interventions préventives appropriées étaient mises en place;
- Soutenir le développement et l'évaluation des interventions sur les habitudes de vie;
- Développer l'infrastructure de recherche en finançant la création de grandes cohortes et en facilitant l'exploitation et le jumelage des banques de données administratives;
- Alimenter et faciliter le transfert de connaissances en créant un centre de liaison et de transfert sur les habitudes de vie et en mettant en place un programme de subventions pour la réalisation de synthèses de connaissances privilégiant l'approche populationnelle.

En conclusion

Au terme de son élaboration, le document de stratégie a fait l'objet d'une consultation restreinte auprès de cinq experts du domaine afin de tester sa validité externe et d'y apporter les correctifs nécessaires. La stratégie déposée reflète donc les points de vue des chercheurs et des experts sur la question des habitudes de vie, de même que ceux des utilisateurs de recherche, qu'il s'agisse d'intervenants ou de décideurs gouvernementaux. De plus, des représentants des organismes subventionnaires et des fondations engagés dans la démarche agissaient à titre d'observateurs au moment des rencontres du comité. Soulignons que les orientations proposées s'inscrivent dans la lignée des actions actuellement menées par les gouvernements pour promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie et en particulier pour lutter contre l'obésité.

Table des matières

Rappel du projet *Perspectives STS* (science, technologie, société) 1

La démarche du comité de pilotage 1

Le cadre intégrateur du défi sur les habitudes de vie 2

Les problèmes liés aux habitudes de vie 4

L'état actuel de la recherche 7

Les enjeux de la recherche 12

Les objectifs de la stratégie 13

Les pistes d'action envisagées pour relever le défi 13

Le financement de la stratégie 19

Conclusion 20

Références 21

Annexe 1 Déterminants de la santé à l'amont 23

Annexe 2 Estimation des coûts des actions stratégiques recommandées 25

Annexe 3 Membres du comité de pilotage 31

Annexe 4 Lecteurs externes du document de stratégie 33

Rappel du projet *Perspectives STS* (science, technologie, société)

Perspectives STS est un projet de type prospectif qui consiste à circonscrire une demande sociale de nouveaux savoirs et de nouvelles technologies et à voir comment la recherche réalisée au Québec peut contribuer à y apporter une réponse à long terme, c'est-à-dire sur un horizon de 15 à 20 ans. Ce projet d'envergure mis en oeuvre par le Conseil de la science et de la technologie en 2003 constitue une démarche unique au Québec. Il est mené en collaboration avec plusieurs partenaires et comprend plusieurs étapes de consultation :

- une consultation menée à l'hiver 2004 auprès du grand public (1 625 personnes) sur les préoccupations relatives à l'avenir et la perception des grands problèmes socioéconomiques que devrait affronter le Québec au cours des 20 prochaines années;
- un atelier de prospective réunissant une centaine de personnalités de divers milieux de la société québécoise, invitées à l'automne 2004 à établir une liste d'une quarantaine de défis socioéconomiques majeurs pour le Québec;
- une consultation menée à l'hiver 2005 auprès de l'ensemble de la communauté québécoise de la recherche (1 300 répondants) les invitant à sélectionner, parmi les défis retenus à l'étape précédente de la démarche, ceux pour lesquels la recherche scientifique et le développement technologique pourraient apporter une contribution significative au cours des dix prochaines années.

Ces consultations ont permis de reconnaître sept défis majeurs pour le Québec. Pour chacun d'eux, un groupe de travail constitué d'experts a été chargé, au printemps 2005, de rédiger un rapport succinct illustrant le défi et ses enjeux et donnant un aperçu des principaux chantiers de recherche qui permettraient de relever le défi. Les conclusions des travaux des comités illustrant les contributions possibles de la recherche à la réalisation de ces sept défis ont fait l'objet d'une publication du Conseil de la science et de la technologie (CST, 2005).

La démarche du comité de pilotage

En 2006, pour compléter l'exercice, un comité de pilotage réunissant chercheurs, utilisateurs de recherche, décideurs gouvernementaux et représentants d'organismes subventionnaires a été convié à élaborer une stratégie de développement de la recherche propre au défi. Le défi ayant trait aux habitudes de vie stipulait qu'il s'agissait de « promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie, fondées sur une vision globale et préventive de la santé physique et psychologique, et qui responsabilise la population à l'égard de son état de santé ». La démarche du comité visait à orienter les efforts de recherche de façon à soutenir l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Elle se situait dans la perspective d'une meilleure intégration de la recherche dans ce domaine.

Cette démarche a mené à :

- Définir ce qu'on entend par « habitudes de vie »;
- Se pencher sur les différents modèles conceptuels permettant d'aborder la question;
- Faire l'état des connaissances sur les habitudes de vie en vigueur, leurs déterminants et leurs conséquences, et ce, aussi bien au Québec que sur la scène internationale, de façon à cerner les principaux problèmes auxquels la société québécoise est confrontée;
- Déterminer les lacunes du système de production de recherche pour apporter une réponse à ces problèmes;
- Préciser les objectifs visés par cette stratégie de développement de recherche;
- Répertorier les initiatives en cours destinées à améliorer les habitudes de vie;
- Établir les éléments qui devraient être pris en compte au chapitre de la formation des chercheurs, du développement de la recherche et du transfert des connaissances;
- Préciser les orientations et dégager les pistes d'action à intégrer dans une stratégie de recherche ainsi que les moyens privilégiés pour atteindre les buts visés.

Le cadre intégrateur du défi sur les habitudes de vie

Malgré l'amélioration de l'état de santé de la population au cours des dernières décennies, on assiste actuellement à une hausse de la prévalence de plusieurs maladies chroniques et à l'émergence de nouveaux problèmes souvent en lien avec des habitudes de vie néfastes pour la santé. L'essor économique et le développement technologique qui ont marqué les pays industrialisés au cours du 20e siècle ont contribué à prévenir de nombreuses maladies et à accroître considérablement la qualité de vie de la population. Ils ont aussi amené une transformation radicale du mode de vie des gens et profondément changé leurs habitudes de vie, qu'il s'agisse de la modification des habitudes alimentaires, de la consommation de tabac et d'autres substances (alcool, drogues, etc.), de la généralisation du travail sédentaire, de l'éclosion des loisirs passifs, de l'automatisation croissante des tâches domestiques, de l'étalement urbain, des déplacements motorisés ou des changements dans les habitudes de consommation en général, de socialisation et de sexualisation.

Souvent appuyée par les gouvernements, l'industrie a joué un rôle prépondérant dans ces changements. Pensons seulement aux politiques agricoles, à l'industrie alimentaire et à l'industrie de la restauration qui ont permis une production massive et une distribution élargie d'aliments à faible coût et souvent hypercaloriques, aux nouvelles technologies qui ont fourni un éventail d'outils réduisant les exigences physiques de la vie quotidienne et du travail, ou au développement de l'industrie automobile qui a facilité les déplacements et modifié l'environnement urbain, de même qu'à l'émergence

des nouveaux modes de communication ou au développement de la publicité. Toutes ces améliorations recèlent une contrepartie moins positive qui se traduit par l'apparition de problèmes souvent liés à la surabondance et à l'inactivité. L'ampleur et la rapidité des changements – encouragés par une influence médiatique désormais planétaire – ont aussi modifié le cadre de vie traditionnel ainsi que les croyances et les normes sociales, introduisant une dynamique de mouvement et de questionnement qui sollicite les mécanismes d'adaptation des individus.

Ni l'avènement ni l'ampleur de ces répercussions n'ont été correctement anticipés, faute d'une connaissance adéquate des déterminants des habitudes de vie et de leurs conséquences. On a longtemps cru que les habitudes de vie reposaient principalement sur la volonté individuelle et qu'elles avaient peu à voir avec le contexte dans lequel elles se manifestent, alors que, dans les faits, elles résultent souvent de décisions sociétales où la marge de manœuvre de chaque individu est somme toute assez mince. En fait, l'environnement physique, social, politique et économique dans lequel nous vivons influe considérablement sur nos habitudes de vie, et ce, dès les premières étapes du cycle de vie. Le schéma élaboré par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour illustrer l'action des déterminants de la santé en amont des problèmes permet d'établir les bases de la perspective adoptée. Ce schéma porte sur les divers milieux dans lesquels évolue l'individu, aussi bien à un moment précis que tout au long de son existence (annexe 1).

Les plus récents cadres théoriques développés pour étudier les comportements de santé à l'échelle populationnelle reposent sur les théories écologiques ou sociologiques, où une distinction importante est faite entre les facteurs sous la gouverne de l'individu et ceux – qualifiés de structurels – qui échappent en bonne partie à son contrôle (Cockerham, 2005; Cohen *et al.,* 2000; Department of Health, Western Australia, 2002; Schulz et Northridge, 2004). Ces modèles font ressortir le rôle prédominant des facteurs structurels en tant que déterminants clés du comportement. Ainsi, la configuration de l'environnement politique, économique, physique et social dans lequel les gens vivent influe sur leur comportement, sans toutefois le déterminer complètement. Des modifications apportées à cet environnement sont susceptibles d'amener des changements dans les habitudes de vie, qu'il y ait ou non modifications des attitudes et des croyances (Cohen *et al.,* 2000). Cette approche systémique ne renie pas le rôle décisionnel de l'individu sur ses propres habitudes de vie, mais elle insiste sur le fait que les choix individuels sont largement soumis aux pressions de l'univers dans lequel ceux-ci se font.

L'influence de ces déterminants s'exerce de multiples façons tout au long du cycle de vie, d'où la pertinence d'inclure la dimension temporelle dans le cadre d'analyse (Lynch et Davey Smith, 2005). L'approche du cycle de vie permet de voir la santé comme un phénomène temporel, fruit de la trajectoire des individus insérés dans divers milieux de vie dont chacun favorise ou défavorise l'accès à des ressources; la capacité qu'a l'individu d'entreprendre des actions dont l'issue sera positive pour sa santé dépend en partie des occasions et des contraintes de l'environnement. Selon cette approche, la santé est également dépendante d'un contexte historique qui s'impose aux individus

et détermine à la fois la nature des politiques de santé et le niveau de développement technologique (Bernard *et al.,* 2004).

Les processus politiques, économiques et légaux établissent dans une large mesure les caractéristiques de l'environnement physique et social qui, à leur tour, viennent façonner les habitudes de vie, celles-ci étant définies comme des comportements de nature durable, fondés sur un ensemble d'éléments incorporant l'héritage culturel, les relations sociales, les circonstances géographiques et socioéconomiques et la personnalité (Green et Kreuter, 1991).

Cette vision s'avère particulièrement pertinente dans un contexte où la grande majorité des problèmes de santé touchant la population découle de l'adoption généralisée de certains comportements, encouragée de plus par les processus de type médiatique qui viennent influer sur les normes sociales. Elle permet d'envisager des mesures préventives à un niveau susceptible d'avoir des répercussions bénéfiques à l'échelle de la population, sans toutefois exclure la possibilité d'intervenir de façon plus spécifique auprès de segments plus vulnérables de celle-ci. Cette vision invite aussi à opter pour une approche préventive intersectorielle, telle qu'exprimée à l'article 54 de la Loi sur la santé publique et réitérée dans le plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (MSSS, 2006), où les partenaires de divers secteurs sont conviés à intervenir à la fois sur les facteurs individuels et environnementaux, sur les structures physiques, sociales et politiques ainsi que sur la culture et les messages médiatiques dans une perspective de prévention et de promotion.

Dans cette optique, l'objet d'étude n'est donc pas uniquement le comportement qui caractérise l'habitude de vie elle-même, mais le mode de vie dans son ensemble, incluant ce qui précède et façonne les habitudes de vie et qui est lié à l'environnement (social, physique, culturel, etc.) dans lequel celui-ci s'actualise. On se situe ainsi dans la perspective des déterminants de la santé, qui permet de fonder l'analyse sur une approche « salutogénique » plutôt que sur un modèle exclusivement pathogénique, c'est-à-dire que le centre d'attention n'est pas tant dans l'étiologie spécifique de la maladie que dans ce qui permet à l'individu de se maintenir en bonne santé (Paquet et Tellier, 2005). Les conséquences des habitudes de vie sur la santé et le bien-être de la population retiennent aussi l'attention, mais la recherche sur les aspects curatifs n'est pas prise en compte ici. Enfin, une attention particulière est accordée aux interventions ainsi qu'à l'analyse des politiques qui favorisent l'adoption, le maintien ou la modification des habitudes de vie.

Les problèmes liés aux habitudes de vie

La transformation des habitudes de vie au cours des dernières décennies a eu des répercussions importantes sur la santé et le bien-être de la population. Les maladies chroniques ont maintenant remplacé les maladies infectieuses comme première menace

à la santé et ce, même à l'échelle mondiale, ainsi que le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport annuel de 2002; l'OMS (2002) fait observer que les maladies non infectieuses représentaient près de 60 % des 56 millions de décès survenus en 2001 et 47 % du fardeau global de la maladie. Il existe un consensus selon lequel la majorité des maladies chroniques découlent de facteurs de risque modifiables associés aux habitudes de vie, tels le tabagisme, l'inactivité physique et une alimentation inadéquate. L'Organisation mondiale de la santé pointe d'ailleurs du doigt l'alimentation inadéquate et l'inactivité physique comme les principales causes des maladies chroniques. Ces deux habitudes de vie jouent un rôle fondamental dans l'obésité, qui a atteint des proportions épidémiques même à l'échelle mondiale, amenant l'OMS à créer le concept de « globésité ».

On assiste à une hausse de la sédentarité et de l'obésité dans l'ensemble des pays industrialisés, ce qui a pour conséquence une apparition précoce et une accentuation des maladies chroniques telles que les problèmes cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension, les dyslipidémies, les problèmes musculosquelettiques ainsi que de nombreux cancers. On craint également une diminution de l'espérance de vie et une augmentation des incapacités (Fontaine *et al.,* 2003). Par les coûts supplémentaires qu'elle occasionne, cette situation a aussi pour effet d'accroître les pressions sur le système de santé. Le fardeau des maladies chroniques se traduit de plus par des coûts indirects élevés pour la société. Bien qu'aucun groupe ne soit désormais épargné, les maladies chroniques continuent d'être distribuées de façon inéquitable dans nos sociétés; une prévalence plus élevée est généralement trouvée parmi les populations défavorisées.

Au Québec, les maladies chroniques sont responsables de plus de 70 % des décès chaque année selon le *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* publié en 2005 (MSSS, 2005a). Selon ce rapport, des habitudes de vie telles qu'une alimentation inadéquate, la sédentarité, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont en cause dans près de 80 % des décès liés aux maladies chroniques et dans environ 40 % de l'ensemble des décès.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2004 révèle que 34,5 % des Québécois âgés de 18 ans et plus souffrent d'embonpoint et 21,8 % sont obèses, ce qui représente au total 56,3 % de la population (Tjepkema, 2005). La situation n'est guère plus reluisante chez les jeunes : chez les 6 à 16 ans, environ le quart avaient déjà un surplus de poids en 1999 (rapport Perrault : *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*, 2005). Ces proportions sont légèrement moins élevées qu'aux États-Unis où elles atteignent des records, mais elles n'en sont pas moins très préoccupantes. Conséquence fréquente de l'obésité et de la sédentarité, le diabète toucherait maintenant près de 550 000 Québécois, soit 7,3 % de la population selon l'organisme Diabète Québec; le diabète de type 2 serait présent dans 9 cas sur 10.

La situation de l'obésité est aggravée par la sédentarité: bien qu'une amélioration ait été constatée durant la dernière décennie, la moitié des Québécois âgés de 12 ans ou

plus étaient physiquement inactifs durant leurs loisirs en 2005 (Statistique Canada, 2006a). Comme la grande majorité des déplacements sont maintenant motorisés et que le travail et les activités domestiques exigent de moins en moins d'effort physique, il en résulte que le niveau d'activité physique global n'est pas suffisant pour procurer des bénéfices.

L'usage du tabac a considérablement diminué au cours de la dernière décennie mais, selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005, 24 % des Québécois fument toujours (Statistique Canada, 2006b). Le Québec est d'ailleurs la province canadienne qui connaît le plus haut taux de tabagisme. Cette habitude est à l'origine du plus grand nombre de décès : selon l'OMS, la moitié des fumeurs mourront d'une maladie liée à l'usage du tabac (OMS, 2002). Au Québec, le tabac occasionne 13 000 décès par an, ce qui représente le quart de la mortalité totale (2005b).

La consommation d'alcool constitue le quatrième plus important facteur de risque associé à la mortalité globale. Au Québec, les données de l'Enquête sociale et de santé indiquent que la consommation d'alcool est en hausse, de même que la proportion de buveurs ayant pris cinq consommations ou plus en une même occasion (Bégin, 2003). Le nombre de décès prématurés liés à l'alcool se chiffrait à 8 103 au Canada en 2002 et les coûts (directs et indirects) associés à la consommation abusive d'alcool ont été estimés à 14,6 milliards de dollars – dont 3 milliards au Québec (Rehm *et al.,* 2006); les décès associés à l'alcool étaient environ cinq fois plus nombreux que ceux liés à l'ensemble des drogues illégales. La consommation d'alcool durant la grossesse, la consommation excessive ainsi que la conduite d'un véhicule motorisé sous l'effet de l'alcool constituent des habitudes de vie potentiellement néfastes pour la santé ou la sécurité.

Bien qu'elles touchent un nombre plus restreint d'individus, d'autres habitudes n'en sont pas moins préoccupantes en raison de la gravité de leurs conséquences. Les toxicomanies, les pratiques sexuelles à risque et les jeux de hasard comportent non seulement un risque pour la santé mais aussi des répercussions sur la vie sociale de l'individu et sur son entourage. Bien qu'en hausse, la consommation de drogues illicites autres que le cannabis ne toucherait pas plus de 1 % de la population en 2004 selon les résultats de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (Santé Canada, 2004). L'impact de ce comportement est cependant élevé : il a été estimé à 8,2 milliards de dollars en décès, maladies et coûts économiques pour l'année 2002 (Rehm *et al.*, 2006). Entre 1980 et 2005, 6 003 cas de sida ont été déclarés au Québec et à la fin de 2002, environ 18 000 personnes étaient infectées par le VIH (MSSS, 2005a); la gravité de ce problème ne devrait cependant pas faire oublier les autres maladies transmises sexuellement et qui connaissent une prévalence plus forte. Le jeu pathologique toucherait pour sa part près de 1 % de la population québécoise : on estime qu'il y avait en 2002 entre 35 000 et 55 800 joueurs pathologiques probables et entre 40 000 et 62 000 joueurs à risque (Ladouceur *et al.*, 2004). Les appareils de loterie vidéo, les jeux de table au casino et les courses de chevaux seraient associés à plus de problèmes que les autres types de jeu.

Le défi consiste maintenant à voir comment la recherche peut aider à promouvoir l'adoption de saines habitudes de vie en apportant un meilleur éclairage sur leurs déterminants et en examinant les pistes d'intervention les plus susceptibles de modifier les habitudes elles-mêmes ou leurs déterminants, de façon à contrer les conséquences négatives observées sur la santé et le bien-être de la population.

L'état actuel de la recherche

Afin de voir si le milieu québécois de la recherche est en mesure de répondre adéquatement au défi de la recherche sur les habitudes de vie, une série de travaux ont été exécutés dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie pour documenter les capacités actuelles de recherche au Québec dans le domaine. Les constats qui suivent découlent de ces travaux. Dans un premier temps, les regroupements et les chercheurs actifs dans ce secteur de recherche en 2006 ont été répertoriés. Un inventaire des doctorants et des stagiaires postdoctoraux au cours de la période 2000-2006 a ensuite été dressé pour caractériser la relève dans le domaine. Les projets de recherche portant sur les habitudes de vie qui ont été réalisés ou étaient en cours entre les années 2000 et 2006 ont également été répertoriés. Enfin, le financement de la recherche sur les habitudes de vie par les organismes subventionnaires et par les fondations a été examiné.

À cette fin, de nombreuses sources ont été consultées : sites des vice-rectorats à la recherche des universités, sites des départements et des facultés universitaires, sites des groupes de recherche, sites des organismes subventionnaires québécois et canadiens, en particulier pour les projets de recherche et les données relatives au financement, le Répertoire des chercheurs, d'Expertise recherche Québec (ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation et les trois fonds subventionnaires québécois), sites des établissements affiliés, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des différentes agences, Banque de la recherche sociale et en santé (BRSS) du MSSS, etc.

Ces travaux ont donné naissance à des documents d'appoint dont l'objectif était d'aider le comité à poser un regard éclairé sur l'état actuel de la recherche sur les habitudes de vie au Québec. Les principales conclusions qu'ils contiennent sont réunies dans les paragraphes qui suivent:

- **Des ressources humaines limitées travaillant trop souvent en silo**

En 2006, environ 130 chercheurs universitaires québécois travaillent sur l'une ou l'autre des habitudes de vie. Toutefois, certains d'entre eux abordent le sujet seulement de façon connexe au domaine de recherche qui leur est propre, comme l'étude du vieillissement ou des maladies cardiovasculaires. Par comparaison, rappelons que la recherche publique au Québec compte actuellement au total environ 9 000 chercheurs, tout domaine confondu. Les chercheurs qui s'intéressent aux habitudes de vie appartiennent à des disciplines très variées et se concentrent généralement sur une habitude de vie

en particulier. Il n'existe donc pas de groupes de recherche voués à l'ensemble des habitudes de vie et à l'étude des relations complexes entre les déterminants (sociaux, biologiques, environnementaux et autres) qui créent les conditions favorisant l'adoption et le maintien de celles-ci. À de rares exceptions près, les quelques groupes existants sont de petite taille et se concentrent sur une seule habitude. Jusqu'à tout récemment, la collaboration interdisciplinaire constituait l'exception plutôt que la règle, ce qui n'a pas favorisé l'intégration des connaissances sur l'ensemble des habitudes de vie et leurs déterminants. Cette situation découle aussi en partie des orientations privilégiées pendant longtemps par les organismes subventionnaires, le soutien financier étant attribué à une habitude de vie précise plutôt qu'à l'ensemble d'entre elles, ce qui avait pour effet de stimuler la compétition plutôt que d'encourager la collaboration entre les chercheurs.

On dénombre très peu de chaires de recherche en lien, de près ou de loin, avec les habitudes de vie et leurs déterminants (huit seulement, dont sept chaires de recherche du Canada), comparativement au secteur biomédical où elles abondent. Par comparaison, mentionnons que 202 chaires de recherche du Canada avaient été allouées à l'ensemble du secteur de la santé au Québec entre le début du programme en 2000 et sa fin en 2004.

À ces ressources s'ajoute une vingtaine de chercheurs qui s'intéressent à certains déterminants des habitudes de vie sans nécessairement faire le lien avec les habitudes de vie elles-mêmes ou avec la santé. Ces chercheurs se retrouvent surtout dans les secteurs de l'aménagement urbain, du transport – où ils étudient la mobilité spatiale – des politiques publiques et de la géomatique. Il faut également mentionner la présence de ressources au sein de l'Institut national de santé publique du Québec, dans les Directions de santé publique, au ministère de la Santé et des Services sociaux et dans les agences du réseau de la santé et des services sociaux.

- **Une relève substantielle à préserver**

La relève que forment les candidats au doctorat et les stagiaires postdoctoraux n'est pas négligeable: au cours de la période 2000-2006, 63 doctorants et 12 stagiaires postdoctoraux ont bénéficié d'un soutien financier de la part des organismes subventionnaires et de diverses fondations; ce nombre n'inclut pas ceux en formation à l'extérieur du Québec. Les différentes habitudes de vie sont toutes bien représentées dans les projets de recherche menés, à l'exception du tabagisme, pour lequel aucun projet de formation n'a été répertorié. Bien qu'elle soit sous-représentée dans la recherche subventionnée, l'activité physique est une thématique bien présente dans les sujets de recherche de la relève.

Cependant, le nombre de nouveaux postes universitaires étant très limité, de même que le nombre de bourses de carrière attribuées dans le domaine des habitudes de vie par le Fonds de la recherche en santé du Québec et les Instituts de recherche en santé du Canada, la pérennité de cette relève est grandement compromise.

o Des thématiques de recherche inégalement soutenues

L'inventaire des projets de recherche réalisés ou en cours entre les années 2000 et 2006 a permis de repérer 333 projets en lien avec les habitudes de vie. Ce nombre n'inclut pas les projets de doctorat ou de stage postdoctoral, ni les subventions d'infrastructure. Les projets recensés totalisent 51 millions de dollars en subventions de recherche pour la période à l'étude (en moyenne 8,5 millions par an).

Cet inventaire révèle que certaines thématiques sont mieux dotées que d'autres au chapitre du soutien financier. Les jeux de hasard, l'alimentation, les pratiques sexuelles à risque et les toxicomanies sont les sujets les plus étudiés et les mieux financés actuellement. Chacun obtient entre 14 et 18 % des fonds alloués entre 2000 et 2006. Deux de ces sujets – les jeux de hasard et les pratiques sexuelles à risque – ont par ailleurs fait l'objet d'un financement important au cours des 15 dernières années, sans doute en raison de la nouveauté et de la gravité des problèmes engendrés, bien que la part du fardeau de la maladie qu'ils représentent soit moins élevée que la part attribuable à d'autres habitudes telles que le tabagisme, les habitudes alimentaires inadéquates, l'inactivité physique et l'abus d'alcool, comme l'indiquent l'Organisation mondiale de la santé et les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (OMS, 2002; Mokdad *et al.*, 2004). Bien qu'elle soit abondante, la recherche ayant trait à l'alimentation est plutôt morcelée et les chercheurs dans ce domaine sont dispersés plutôt que regroupés en entités de recherche de taille appréciable, contrairement à leurs collègues dont le travail porte sur les toxicomanies, domaine de recherche dont l'essor actuel s'explique sans doute en partie par le regroupement des forces.

Malgré leur forte prévalence dans la population québécoise et l'ampleur de leurs effets néfastes, l'usage du tabac et l'inactivité physique bénéficient d'un faible soutien en subventions de recherche (2 % de l'ensemble des montants pour le tabagisme et 3 % pour l'activité physique). Le nombre de chercheurs actifs dans ces deux domaines est aussi plus restreint, mais pour des raisons différentes : si aucune discipline universitaire ne conduit directement à la recherche sur le tabagisme, l'étude de l'activité physique en tant qu'habitude de vie bénéficie de l'apport de la kinésiologie, mais l'intérêt de cette discipline pour l'activité physique en tant qu'habitude de vie semble assez récent.

Parmi les déterminants des habitudes de vie, l'environnement socioéconomique (influence des inégalités sociales) est celui qui a le plus retenu l'attention des chercheurs jusqu'à maintenant comparativement à d'autres dimensions de l'environnement qui sont encore très peu documentées (influence de l'environnement bâti, des politiques publiques, de l'industrie et des médias sur les comportements). Ces domaines d'expertise en émergence sont bien loin de comporter une masse critique de chercheurs et la production de recherche accuse un retard évident sur ce qui se fait ailleurs.

- **Des approches de recherche sous-financées**

Si des efforts importants ont été faits pour arriver à une meilleure compréhension de l'adoption et du maintien des comportements ainsi qu'à une connaissance plus éclairée des déterminants des habitudes de vie, l'étude des interventions et des politiques visant à agir sur les déterminants et à promouvoir ou à modifier ces habitudes s'avère encore déficiente, de même que l'évaluation de ces interventions. L'impact des politiques publiques sur les habitudes de vie a aussi été négligé, sans doute en partie parce que jusqu'à récemment, on a accordé une attention plus grande à la responsabilité individuelle qu'à la responsabilité collective comme déterminant de l'adoption des comportements. L'interdisciplinarité et l'intersectorialité, qui pourraient contribuer à une vision plus intégrée de la recherche sur les habitudes de vie, sont encore peu développées. Enfin, peu de recherches se font sur les coûts, qu'il s'agisse des coûts liés aux conséquences des mauvaises habitudes de vie ou des coûts associés à la mise en place d'interventions visant à apporter des correctifs. Les études avantages-coûts sont quasi absentes.

- **Des infrastructures de recherche déficientes**

L'adoption d'une approche populationnelle et la recherche sur les interventions requièrent des infrastructures de recherche plus complexes que celles disponibles actuellement. Peu de moyens ont été mis en place pour favoriser la réalisation d'études longitudinales visant à améliorer la compréhension des déterminants et des conséquences des habitudes de vie ou d'études d'intervention permettant de déterminer les moyens efficaces de prévention et de promotion. Bien souvent, ces recherches nécessitent un laps de temps qui dépasse largement la durée d'une action concertée car les effets escomptés ne se produisent pas nécessairement à court terme. De plus, elles doivent prendre en compte des facteurs liés au contexte dans lequel s'inscrivent les interventions étudiées et ce faisant, faire appel à une variété de disciplines dont le réseautage est peu répandu à l'heure actuelle.

Il y a très peu de cohortes qui permettraient de comprendre l'évolution des habitudes de vie et de leurs déterminants à l'échelle populationnelle au Québec. Par conséquent, on trouve peu de grandes bases de données qui viennent alimenter les chercheurs. La démarche de collecte d'informations est donc à recommencer lors d'un nouveau questionnement de recherche, ce qui n'est pas très efficace et rend difficile le suivi des grandes tendances dans le temps à l'aide d'indicateurs mesurés de façon répétée à différents moments. Par ailleurs, les bases de données administratives disponibles sont sous-exploitées et il est difficile d'établir des liens entre elles dans une perspective d'utilisation optimale.

- **Des recherches peu intégrées et peu vulgarisées**

Les résultats de recherche sur les habitudes de vie ne sont pas toujours traduits de façon à être mis en application par les intervenants qui s'y intéressent. Souvent peu familiers avec l'approche populationnelle, ceux-ci ont été plus habitués à faire de la

promotion sous l'angle de l'éducation à la santé. Un effort d'intégration supplémentaire s'impose pour accroître la mise à profit de la production de recherche; cet effort pourrait s'inspirer, par exemple, de l'expérience de Kino-Québec qui produit des synthèses de connaissances accessibles aussi bien aux intervenants qu'aux décideurs et au grand public. Dans une approche plus globale des habitudes de vie, on peut aussi mentionner le site Internet PasseportSanté.net consacré à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie. Financé par la Fondation Lucie et André Chagnon, ce portail de référence en matière de santé s'adresse au grand public de même qu'aux professionnels. Par ailleurs, l'Institut national de santé publique du Québec a créé un portail de référence sur les politiques publiques et le Réseau de recherche en santé des populations du Québec un autre sur la santé des populations. Associés à des actions du ministère de la Santé et des Services sociaux, ces deux portails pourraient accroître l'utilisation des pratiques exemplaires en santé publique.

- **Un domaine de recherche sous-financé dans son ensemble**

L'inventaire des projets de recherche répertoriés pour la période 2000 à 2006 révèle que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) constituent, de loin, le principal bailleur de fonds de la recherche sur les habitudes de vie au Québec. La contribution des IRSC est évaluée à un peu plus de la moitié des sommes consacrées à ces projets.

Précisons cependant que près des trois quarts de l'ensemble des fonds dévolus par les IRSC au Québec en 2004-2005 sont allés à la recherche biomédicale et 13,3 % à la recherche clinique, comparativement à 9,4 % pour l'ensemble de la recherche en santé des populations dont la recherche sur les habitudes de vie ne constitue qu'un des nombreux volets. Considérant l'influence prépondérante des habitudes de vie sur l'état de santé, le niveau d'investissement dans ce secteur – de l'ordre de 8,5 millions par an – apparaît bien faible. Par comparaison, signalons que l'ensemble des subventions et contrats de recherche accordés au secteur de la santé dans les établissements universitaires québécois s'élevait à 492 millions de dollars pour l'année 2003-2004 selon le système d'information sur la recherche universitaire (CREPUQ, 2006). Il est par ailleurs reconnu que ce montant total est sous-estimé, puisque certaines universités ne déclarent pas l'ensemble des subventions reçues. Ce sous-financement pourrait s'expliquer en partie par l'absence d'un comité d'évaluation affecté spécifiquement aux projets destinés à la promotion de la santé et aux interventions sur les habitudes de vie.

Toujours d'après les projets de recherche répertoriés, on constate que le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) est très peu présent dans ce secteur de recherche, alors que le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) y apporte une contribution non négligeable, soit 10 % des sommes investies, tout comme le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui fournit environ 15 % du montant total des subventions. Quant à la part du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), elle se situe autour de 5 %.

Les enjeux de la recherche

Puisque les habitudes de vie sont fortement soumises à l'influence du milieu dans lequel elles évoluent et que les dimensions environnementales ont peu retenu l'attention jusqu'à maintenant, il apparaît nécessaire de recentrer la recherche dans une perspective préventive populationnelle et intersectorielle. Cette nouvelle orientation de la recherche sur les habitudes de vie est déjà amorcée, mais n'en est encore qu'à ses débuts au Québec. Sans doute a-t-elle été influencée par les retombées positives des mesures visant à limiter l'usage du tabac dans les lieux publics ainsi que par la prise de conscience du rôle de l'environnement dans l'épidémie actuelle d'obésité.

Cette approche se veut interdisciplinaire et doit aussi faire appel à des disciplines non traditionnellement sollicitées par la recherche sur les habitudes de vie afin d'aider à documenter les déterminants de l'environnement qui sont susceptibles de jouer un rôle et sur lesquels il est possible d'intervenir pour favoriser l'adoption de saines habitudes. À cet égard, la contribution des chercheurs en aménagement, en géographie, en géomatique, en analyse des politiques publiques et en transport peut s'avérer bénéfique. Cette approche interdisciplinaire implique une vision intégrée dans laquelle les habitudes de vie ne sont pas analysées une à une comme si elles étaient indépendantes, mais sont plutôt vues comme formant un tout qui s'exprime dans un contexte global.

Sur le plan de la recherche, il ne s'agit donc pas de faire un peu plus de la même chose, mais de canaliser les énergies dans une perspective nouvelle. Cela exigera un effort plus soutenu au chapitre du financement, principalement en ce qui a trait au développement du travail en réseau avec l'apport de diverses disciplines et approches théoriques, afin de susciter une vision d'ensemble de la question et une mise en commun bénéfique des connaissances et des méthodes de recherche. La recherche sur les habitudes de vie et leurs déterminants devrait être considérée comme tout aussi importante que la recherche biomédicale et la recherche clinique, car le fardeau de la maladie qui est associé à ces habitudes est si lourd à l'échelle populationnelle que la mise en lumière d'interventions et de politiques publiques efficaces est susceptible d'avoir des répercussions majeures, d'autant plus que ces interventions peuvent se situer en amont des problèmes et contribuer à prévenir ou, du moins, à retarder leur apparition.

Il apparaît donc nécessaire de développer une pensée stratégique pour rendre la recherche utile à la population et d'élaborer des mécanismes d'appropriation des nouvelles connaissances favorisant l'émergence d'une culture axée sur une meilleure santé. Une connaissance accrue des déterminants des habitudes de vie et la mise sur pied d'interventions et de politiques publiques efficaces pour modifier ces déterminants et encourager l'adoption de saines habitudes peuvent contribuer non seulement à améliorer la santé de la population, mais aussi à accroître l'efficacité du système de santé.

Les objectifs de la stratégie

Après avoir cerné les principaux enjeux relatifs à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie et posé un diagnostic sur l'état de la recherche au Québec dans le domaine, cette stratégie vise à reconnaître, au regard du développement de la recherche, les pistes d'action les plus susceptibles de contribuer à l'amélioration des habitudes de vie à l'échelle populationnelle au cours de la prochaine décennie, que ce soit par la consolidation des ressources humaines et technologiques, la production de connaissances pertinentes et leur transfert, ou par l'appropriation de ces nouveaux savoirs par les décideurs, les gestionnaires et les divers acteurs du système et, finalement, la population en général.

Les pistes d'action envisagées pour relever le défi

Le faible soutien à la recherche sur les habitudes de vie et leurs déterminants s'inscrit en parallèle avec le faible investissement en prévention et en promotion. Il est pourtant reconnu – aussi bien chez les décideurs que parmi les chercheurs – qu'environ 40 % des décès sont liés à des comportements qui pourraient être modifiés si des interventions préventives appropriées étaient mises en place (McGinnis *et al.*, 2002; MSSS, 2005a). Prises dans leur ensemble, les habitudes de vie constituent la plus grande sphère d'influence sur la santé de la population (McGinnis *et al.*, 2002). À lui seul, ce constat justifie un accroissement massif du soutien à la recherche dans ce domaine. Si certaines pistes d'action présentées ici sont parfois très spécifiques, il faut néanmoins garder à l'esprit que c'est l'ensemble de la recherche sur les habitudes de vie qui est déficitaire et qu'il serait vain de favoriser une thématique en particulier si cela devait en désavantager une autre. À cet égard, il importe non seulement de préserver les acquis, mais de favoriser le développement de la recherche sur l'ensemble des thématiques propres aux habitudes de vie et leurs déterminants.

1 - Miser sur une vision de recherche intégrée

Les habitudes de vie ne se manifestent pas de façon isolée mais s'inscrivent dans un contexte global où elles sont sujettes à de multiples influences qui contribuent à leur interdépendance. Il s'avère donc important que la recherche repose sur une approche intégrée, interdisciplinaire et intersectorielle. Or, il n'existe pas d'équipes de recherche qui s'intéressent spécifiquement à l'ensemble des habitudes de vie et à leurs déterminants au Québec à l'heure actuelle. Les chercheurs travaillent habituellement en silo, sur une habitude de vie en particulier, le plus souvent en lien avec leur domaine de formation. Afin de corriger cette lacune, il est recommandé de mettre en place un dispositif permettant d'assurer un meilleur réseautage des chercheurs et de favoriser les approches interdisciplinaire et intersectorielle.

On peut penser à la mise sur pied d'équipes de recherche sur un certain nombre ou sur l'ensemble des habitudes de vie et sur leurs déterminants sociaux, environnementaux et

culturels, ou à la création de chaires dans le domaine, ce qui faciliterait le développement de leadership. Ces équipes devraient s'inspirer des approches populationnelles et travailler en collaboration avec la santé publique et les autres partenaires que sont les décideurs, les organismes communautaires, les municipalités, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, etc. L'interdisciplinarité peut aussi être développée par une approche intégrée sur la prévention des maladies chroniques et la promotion des saines habitudes de vie. Enfin, l'effort d'intégration conceptuelle mériterait également d'être soutenu.

Actions stratégiques

1. Accroître le financement des réseaux de recherche existants pour favoriser le maillage des chercheurs travaillant sur les habitudes de vie et leurs déterminants.
2. Réserver une partie des bourses de formation doctorale et postdoctorale pour des candidats proposant d'étudier les habitudes de vie selon une approche interdisciplinaire.
3. Financer au moins trois équipes interdisciplinaires et intersectorielles sur les approches populationnelles et intégrées des habitudes de vie (promotion de la santé) qui auraient pour mandat de développer la recherche sur les déterminants, les interventions et les politiques, en faisant appel aux nouveaux domaines d'expertise (lien avec l'environnement, l'analyse des politiques, la géomatique, etc.).

2 - Assurer l'intégration de la relève

Afin d'intégrer la relève au milieu universitaire, il importe de réduire l'écart important observé entre le soutien à la formation et le soutien à la carrière, ce dernier étant plutôt déficient à l'heure actuelle, quelle que soit la provenance du soutien. À cette fin, il serait souhaitable d'accroître le nombre de chercheurs-boursiers travaillant sur les habitudes de vie et plus spécifiquement dans une perspective interdisciplinaire. L'établissement de partenariats entre l'université et les milieux de pratique (INSPQ, DSP, CSSS/CAU, etc.) est également souhaité et pourrait être fondé sur un financement conjoint. Des postes de nouveaux professeurs liés à l'étude des habitudes de vie devraient être créés et les centres de recherche du Fonds de la recherche en santé du Québec devraient être incités à intégrer des chercheurs travaillant spécifiquement sur ce thème, ce qui favoriserait la complémentarité entre l'approche clinique et l'approche populationnelle.

Actions stratégiques

1. Mettre en place un programme de soutien aux jeunes chercheurs sur les habitudes de vie et leurs déterminants.
2. Créer un programme de bourses de chercheurs en milieu de pratique (INSPQ, DSP, CSS/CAU, etc.).
3. Consacrer certaines bourses de carrière à la recherche sur les habitudes de vie.
4. Créer au moins cinq chaires de recherche sur les approches populationnelles et multidisciplinaires de recherche sur les habitudes de vie (une par grande université : Montréal, Laval, Sherbrooke, McGill et UQAM).
5. Mettre en place des mesures favorisant l'établissement d'un profil de carrière « clinique/intervention » sur les habitudes de vie et leurs déterminants (dans les organisations de santé publique par exemple et en lien avec les universités).

3 - Consolider la recherche

À la suite du succès découlant des efforts substantiels de financement consentis au développement de la recherche sur les jeux de hasard et sur les pratiques sexuelles à risque au cours des 15 dernières années, il est suggéré de soutenir le développement de la recherche sur l'ensemble des habitudes de vie et en particulier d'accentuer le financement de la recherche sur l'activité physique, le tabagisme, l'obésité (comme conséquence directe de deux habitudes de vie) et la consommation d'alcool. En outre, le financement de la recherche sur l'alimentation devrait faire l'objet d'une meilleure coordination afin de contrer la dispersion et le morcellement observé actuellement dans la production de recherche; le regroupement des effectifs, ou à tout le moins une meilleure concertation entre les différents acteurs serait bénéfique.

Considérant le rôle de l'environnement – aussi bien physique que social – sur les habitudes de vie, il est suggéré de créer un programme de subvention faisant appel à des disciplines non traditionnellement sollicitées par la recherche dans ce domaine, ce qui permettrait d'élargir la perspective sur les déterminants et contribuerait à préciser de nouveaux leviers d'action pertinents pour la mise en place de politiques publiques. On peut penser, par exemple, aux experts des politiques publiques, de l'analyse spatiale, de la géographie, de l'aménagement urbain, des transports, des communications et du marketing.

Actions stratégiques

1. Accroître le financement de la recherche interdisciplinaire et intersectorielle sur les habitudes de vie.
2. Accentuer les investissements de recherche sur les thématiques sous-financées.
3. Créer un programme conjoint FRSQ-FQRSC de subventions sur les déterminants des habitudes de vie dans une perspective interdisciplinaire et mettant l'accent sur le rôle de l'environnement.
4. Établir des partenariats entre les fonds subventionnaires et les fondations concernées par la recherche sur les habitudes de vie et leurs déterminants.
5. Créer une coalition des fondations pour soutenir la recherche sur les habitudes de vie (Fondation Lucie et André Chagnon, Fondation des maladies du cœur du Québec, Diabète Québec, Société de recherche sur le cancer, Société d'arthrite et d'autres fondations privées).
6. Inciter les fondations concernées par les effets néfastes du tabac à créer une chaire de recherche sur l'étude du tabagisme en tant qu'habitude de vie.

4 - Soutenir l'élaboration et l'évaluation des interventions sur les habitudes de vie

Il s'avère important de mettre en place des interventions préventives efficaces, ce qui demande d'accentuer la recherche sur les interventions et l'évaluation de ces interventions. Ce type de recherche est encore largement sous-développé, de même que le transfert des résultats de recherche aux intervenants sur le terrain, ce qui souligne la nécessité de créer des mécanismes d'appropriation des nouvelles connaissances. Actuellement, il n'y a pas d'adéquation entre la production de recherche sur une habitude de vie et l'importance des interventions populationnelles sur celle-ci (ce constat est illustré par l'exemple de la recherche abondante sur l'alimentation, qui s'accompagne de peu d'interventions, alors que la situation est inversée pour l'activité physique). Parallèlement, on devrait aussi accentuer la recherche sur la conception d'outils de mesure.

Il est impératif de fournir un soutien plus substantiel (appui financier et d'expertise) aux organismes qui réalisent des projets d'intervention pour les phases de développement théorique et d'évaluation de ces projets; il pourrait s'agir d'un programme concerté en partenariat avec les organismes canadiens ou de la création de chaires de recherche appliquée sur les interventions. La création de chaires, de bourses de chercheurs et la mise en place d'équipes de recherche, ainsi qu'il a été suggéré précédemment, sont des initiatives qui demeureront futiles si les subventions de recherche ne sont pas accrues pour que tous ces chercheurs puissent mettre en oeuvre des programmes de recherche performants.

Les interventions sur les politiques publiques et l'environnement (interventions de nature écologique) susceptibles d'influer sur les habitudes de vie ou sur leurs déterminants devraient être l'objet de recherches. Les intervenants en santé publique sont peu formés pour appliquer une approche populationnelle. Il faudrait aussi s'attaquer à combler ce déficit et soutenir la carrière de chercheurs praticiens qui travaillent en santé publique (l'équivalent des chercheurs cliniciens du FRSQ oeuvrant en milieu hospitalier). La recherche sur les interventions devrait également inclure les thérapies comportementales et les programmes communautaires. Il faut de plus développer une approche populationnelle des habitudes de vie qui s'incarne dans les milieux de vie et lier ces milieux au développement de la recherche sur les interventions qui se fait directement en collaboration avec les milieux de pratique et de décision.

Actions stratégiques

1. Accroître le financement de la recherche sur les interventions.
2. Consacrer à la recherche sur les interventions une part appréciable des fonds allant à la recherche sur les habitudes de vie (de la théorisation à l'évaluation, en passant par le transfert de connaissances).
3. Soutenir l'évaluation des projets d'intervention.
4. Affecter une partie des bourses de formation à la recherche sur les interventions.
5. Réserver des bourses de chercheurs praticiens pour la recherche sur les habitudes de vie.
6. Développer une formation multidisciplinaire de 3e cycle en recherche sur les interventions.
7. Soutenir les études avantages-coûts en lien avec les interventions.
8. Établir des partenariats avec les IRSC, l'Agence de santé publique du Canada et l'Association canadienne de santé publique (ACSP) dans le cadre de la nouvelle initiative de recherche sur les interventions (modes de vie sains et maladies chroniques).

5 - Développer l'infrastructure de recherche

Les plates-formes de recherche pour étudier l'évolution et les déterminants des habitudes de vie selon une approche populationnelle sont déficientes; les projets d'envergure qui s'inscrivent dans la durée font actuellement défaut. Comme les connaissances acquises ailleurs ne sont pas systématiquement transposables au Québec en raison des spécificités politiques, socioculturelles et environnementales, il faut encourager la création de cohortes visant à documenter les grandes tendances et mieux comprendre les déterminants et les mécanismes d'adoption des habitudes de vie, de même que les

facteurs sur lesquels on peut intervenir. Les études longitudinales requièrent un soutien financier important et soutenu dans le temps; un saupoudrage ponctuel et dispersé ne ferait qu'accroître les carences actuelles. Une attention particulière doit être accordée à la création de bases de données permanentes à usages multiples permettant de suivre l'évolution des habitudes de vie et leurs conséquences.

Actions stratégiques

1. Financer la création de grandes cohortes pour documenter les déterminants, l'évolution, les conséquences sur la santé et l'impact des interventions sur les habitudes de vie.
2. Faciliter l'exploitation et le jumelage des banques de données administratives et élaborer des mécanismes pour en faciliter l'accès, dont la définition de nouveaux cadres législatifs et éthiques facilitant la recherche de qualité dans le respect des normes d'éthique et de confidentialité.
3. Soutenir la mise sur pied et le fonctionnement d'équipes de recherche sur l'exploitation des grandes banques de données administratives et le suivi de cohortes.
4. Mettre en place un laboratoire d'expérimentation pour tester des interventions novatrices.

6 - Alimenter et faciliter le transfert de connaissances

Il est essentiel de développer plus activement l'interface entre la production de recherche et sa mise en application. À cette fin, il serait utile de créer une enveloppe budgétaire consacrée au transfert de connaissances vers les organismes de terrain, les organisations publiques locales, régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux qui sont directement concernés par la prévention et la promotion; cette enveloppe pourrait servir notamment à la production de synthèses de connaissances. Un investissement plus important dans le partage des connaissances pourrait contribuer à réduire le décalage apparent entre recherche et intervention. Il y aurait lieu de s'inspirer de l'expérience de Kino-Québec et du Conseil québécois sur le tabac et la santé en matière de partage de connaissances et de chercher à accroître les échanges entre les divers organismes déjà impliqués à cet égard.

La création, par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), d'un centre de liaison et de transfert (CLT) sur les habitudes de vie et leurs déterminants permettrait d'assurer une plus grande intégration des connaissances et une meilleure coordination entre la production de recherche et sa mise à profit. La participation d'autres ministères à la recherche et au transfert favoriserait aussi une approche plus intégrée. Pensons, entre autres, au ministère de la Santé et

des Services sociaux, à celui de l'Éducation, du Loisir et du Sport, au ministère des Transports et à celui des Affaires municipales et des Régions.

Afin de faire obstacle à la recherche en silo et de favoriser l'approche interdisciplinaire, la question des habitudes de vie et leurs déterminants pourrait faire l'objet d'un colloque annuel. À l'heure actuelle, les résultats de recherche sur les différentes habitudes de vie sont présentés lors de sessions différentes d'un même congrès (Journées annuelles de santé publique), ce qui contribue au maintien de la recherche en silo. Ce colloque constituerait un lieu de débat et de partage entre les chercheurs eux-mêmes ainsi qu'entre chercheurs, intervenants et décideurs. La coordination de ce colloque pourrait être effectuée conjointement par l'INSPQ, le Réseau de recherche en santé des populations (RRSPQ) et le CLT.

Actions stratégiques

1. Créer un centre de liaison et de transfert sur les habitudes de vie ayant pour mandat :
   - d'organiser les activités de partage des connaissances;
   - de créer des outils tels des synthèses de connaissances, colloques, etc.;
   - d'évaluer l'impact des activités de partage.
2. Mettre en place un programme de subventions pour la réalisation de synthèses de connaissances où serait privilégiée l'approche populationnelle et pour la conception d'outils de transfert permettant d'adapter l'information aux besoins des partenaires.
3. Mettre sur pied un colloque annuel favorisant le partage des connaissances dans une perspective interdisciplinaire.

Le financement de la stratégie

La réalisation d'un tel programme de recherche exige des déboursés substantiels allant bien au-delà des montants actuellement prévus dans les budgets des organismes subventionnaires. L'impact majeur des habitudes de vie sur le fardeau de la maladie et la volonté des autorités gouvernementales de mettre l'accent sur la prévention et la promotion par le développement d'actions en amont des problèmes viennent justifier une hausse du soutien financier à la recherche dans le domaine. Cette hausse devrait s'inscrire en parallèle à une augmentation des sommes consacrées à la prévention. Comme les habitudes de vie sont en cause dans la majorité des maladies chroniques et qu'une amélioration même modeste de facteurs de risque comme le tabagisme, l'inactivité physique ou une alimentation inadéquate se répercute sur l'ensemble de la population et non pas uniquement sur un segment à haut risque, les bénéfices escomptés d'un

investissement additionnel en recherche peuvent s'avérer importants, aussi bien pour la santé et le bien-être de la population que pour le système de santé lui-même.

Les cinq pistes d'action proposées dans cette stratégie et les mesures permettant de les opérationnaliser ont été évaluées une à une et le budget global de leur réalisation a été estimé à 12,2 millions de dollars par année pour chacune des dix années que couvre la stratégie. L'estimation des coûts est présentée en détail à l'annexe 2 et elle est accompagnée de notes précisant sur quelle base les calculs ont été effectués. La part la plus importante va à la consolidation de la recherche (4,7 millions); viennent ensuite le développement des infrastructures de recherche (3 millions), le transfert des connaissances (2 millions), la relève (près de 2 millions) et le réseautage des chercheurs (650 000 $).

Conclusion

Cette stratégie précise la contribution de la recherche à l'adoption de saines habitudes de vie pour les dix prochaines années. Les orientations proposées se fondent sur des constats découlant de l'état de la situation sur la question des habitudes de vie et de l'état de la recherche au Québec. Il apparaît évident qu'il faut accentuer la recherche dans le domaine afin d'aider à contrecarrer l'évolution d'habitudes dont les effets néfastes sur la santé et le bien-être alourdissent de façon importante le fardeau de la maladie à l'échelle de la population. Les pistes d'action envisagées vont bien au-delà de la priorisation de recherche sur des thématiques en particulier. Elles visent toute l'organisation de la recherche, de la formation des chercheurs au transfert de connaissances.

Comme le souligne le document, les fonds subventionnaires concernés par cette stratégie ne sont pas les seuls à être sollicités pour mener à bien la démarche. Des partenariats financiers doivent s'établir avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et plusieurs fondations concernées par la question des habitudes de vie.

Vingt-neuf actions stratégiques sont proposées pour mener à bien cette stratégie. Elles commandent un investissement supplémentaire de 12,2 millions de dollars par année. Étant donné les lacunes de la recherche, la nécessité de développer une masse critique de chercheurs sur les habitudes de vie, le faible soutien financier que connaît le domaine de recherche en ce moment et la volonté des autorités gouvernementales d'agir en amont des problèmes, cet effort modeste en proportion des sommes annuelles consenties au réseau de la santé et à la recherche biomédicale s'avère plus que nécessaire. Les sommes investies sont susceptibles de générer des retombées importantes en ce qui a trait à la réduction des conséquences associées aux mauvaises habitudes de vie, réduisant ainsi l'impact sur le système de santé et ses coûts et contribuant de façon substantielle à améliorer la qualité de vie de l'ensemble de la population.

Références

Bégin, C. (2003). *La consommation d'alcool au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Bernard, P., M. Lemay et M. Vézina (2004). *Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)*, Ottawa, Santé Canada.

Cockerham, W.C. (2005). « Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, p. 51-67.

Cohen, D.A., R.A. Scribner, T.A. Farley (2000). « A Structural model of health behavior: A pragmatic approach to explain and influence health behaviors at the population level », *Preventive Medicine*, vol. 30, p. 146-154.

Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (2006). *Le système universitaire québécois : données et indicateurs*, Montréal, CREPUQ.

Conseil de la science et de la technologie (2005). *Les contributions possibles de la recherche à sept grands défis socioéconomiques du Québec. Rapport de l'étape 4 de Perspectives science, technologie, société*. Québec, CST.

Department of Health, Western Australia (2002). Healthy Lifestyles. *A Strategic Framework for the Primary Prevention of Diabetes and Cardiovascular Disease in Western Australia 2002-2007*, Perth, Western Australia, Western Australia Government.

Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention (rapport Perrault) (2005). *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Fontaine, K.R., D.T. Redden, C. Wang, A.O. Westfall et D.B. Allison (2003). « Years of life lost due to obesity », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, p. 187-193.

Green, L.W. et M.W. Kreuter (1991). *Health Promotion Planning : An Educational Approach*, 2e édition, Mountain View, Mayfield Publishing Co.

Ladouceur, R., C. Jacques, S. Chevalier et al. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*, Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.

Lynch, J. et G. Davey Smith (2005). « A life course approach to chronic disease epidemiology ». *Annual Review of Public Health*, vol. 26, p. 1-35.

McGinnis, J.M., P. Williams-Russo et J.R. Knickman (2002). « The case for more active policy attention to health promotion », *Health Affairs*, vol. 21, p. 78-93.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). *Produire la santé : Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). *Pour notre progrès vers un avenir sans tabac. Développement de la législation québécoise contre le tabagisme*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Investir pour l'avenir. *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Québec, MSSS.

Mokdad, A.H., J.S. Marks, DF Stroup et al. (2004). « Actual causes of death in the United States, 2000 ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, p. 1238-1245.

Organisation mondiale de la santé (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, OMS.

Paquet, G. et B. Tellier (2005). « La mesure de la santé physique dans l'Enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, p. 95-117.

Rehm, J., D. Ballunas, S. Brochu et al. (2006). *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002 – Highlights, Ottawa*, Canadian Centre on Substance Abuse.

Schulz, A. et M.E. Northridge (2004) « Social determinants of health : Implications for environmental health promotion », *Health Education and Behavior*, vol. 31, p. 455-471.

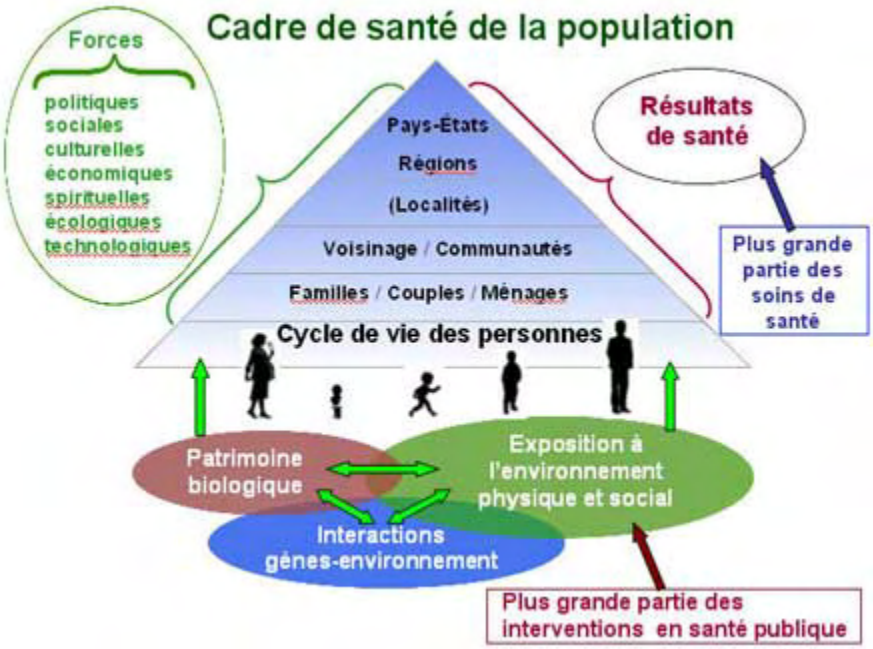
Statistique Canada (2006a). *Indicateurs de la santé*. Numéro 82-221-XIF au catalogue, vol. 2006, no 1, Ottawa.

Statistique Canada (2006b). *Usage du tabac et soins pour le diabète : résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC (2005)*, Bulletin no 82-621-XIF, ministère de l'Industrie, Ottawa.

Tjepkema, M. (2005). *Nutrition : Findings from the Canadian Community Health Survey, Issue no. 1, Measured Obesity. Adult Obesity in Canada : Measured Height and Weight.* Statistics Canada, Catalogue No. 82-620-MWE2005001, Ottawa.

World Health Organization (2003). *WHO global strategy on diet, physical activity and health : European regional consultation meeting report*, Copenhague.

Annexe 1
Déterminants de la santé à l'amont



Source : Instituts de recherche en santé du Canada, [http://www.cihr-irsc.gc.ca]

Annexe 2
Estimation des coûts des actions stratégiques recommandées

Action stratégique	Coûts moyens estimés par année (millier de dollars)	Partenaires potentiels
1. Accroître le financement des réseaux de recherche existants pour favoriser le maillage des chercheurs travaillant sur les habitudes de vie.	50	FRSQ, RRSPQ, FQRSC, MDEIE[1]
2. Réserver une partie des bourses de formation doctorale et postdoctorale pour des candidats proposant des approches interdisciplinaires à l'étude des habitudes de vie.	168[2]	FRSQ, FQRSC, fondations, universités
3. Financer au moins trois équipes interdisciplinaires et intersectorielles sur les approches populationnelles et intégrées des habitudes de vie (promotion de la santé) qui auraient pour mandat de développer la recherche sur les déterminants, les interventions et les politiques, en faisant appel aux nouveaux domaines d'expertise (lien avec l'environnement, l'analyse des politiques, la géomatique, etc.).	600[3]	FRSQ, FQRSC, IRSC, CRSH, MSSS, MELS, MDEIE
4. Mettre en place un programme de soutien aux jeunes chercheurs en santé des populations.	360[4]	FRSQ, FQRSC, MDEIE
5. Créer un programme de bourses de chercheurs en milieu de pratique (INSPQ, DSP, CSS/CAU, etc).	360[4]	FRSQ, FQRSC, INSPQ, ASSS, DSP, CAU, MDEIE
6. Consacrer certaines bourses de carrière à la recherche sur les habitudes de vie.	Inclus dans 4	Voir point 4

Action stratégique	Coûts moyens estimés par année (millier de dollars)	Partenaires potentiels
7. Créer au moins six chaires de recherche sur les approches populationnelles et multidisciplinaires de recherche sur les habitudes de vie (une par université : Montréal, Laval, Sherbrooke, McGill, UQAM et Concordia).	1 000[5]	Fondations, FRSQ, FQRSC, CRC, MDEIE[6]
8. Mettre en place des mesures favorisant l'établissement d'un profil de carrière « clinique/intervention » en santé des populations (organisations de santé publique – université).	Inclus dans 5	Voir point 5
9. Accroître le financement pour la recherche interdisciplinaire et intersectorielle sur les habitudes de vie.	1 500[7]	IRSC, FRSQ, FQRSC, MDEIE, fondations
10. Accentuer les investissements de recherche sur les thématiques sous-financées.	Inclus dans 9	Voir point 9
11. Créer un programme partagé FRSQ-FQRSC de subventions sur les déterminants des habitudes de vie dans une perspective interdisciplinaire et mettant l'accent sur le rôle de l'environnement.	Inclus dans 9	Voir point 9
12. Établir des partenariats entre les fonds subventionnaires et les fondations concernées par la recherche sur les habitudes de vie.	---	FRSQ, FQRSC, MDEIE fondations
13. Créer une coalition des fondations pour soutenir la recherche sur les habitudes de vie.	---	Fondation Lucie et André Chagnon, Fondation des maladies du cœur du Québec, Diabète Québec, Société de recherche sur le cancer, Société d'arthrite et autres fondations privées

Action stratégique	Coûts moyens estimés par année (millier de dollars)	Partenaires potentiels
14. Inciter les fondations préoccupées par les effets néfastes du tabac à créer une chaire de recherche sur l'étude du tabagisme en tant qu'habitude de vie.	200[8]	Société de recherche sur le cancer, Association pulmonaire du Québec, fondations des maladies du cœur
15. Accroître le financement de la recherche sur les interventions.	3 000[9]	Agence de santé publique du Canada, IRSC
16. Consacrer à la recherche sur les interventions une part appréciable des fonds allant à la recherche sur les habitudes de vie (de la théorisation à l'évaluation, en passant par le transfert de connaissances).	Inclus dans 9,10 et 11	Voir points 9,10 et 11
17. Soutenir l'évaluation des projets d'intervention.	Inclus dans 9,10 et 11	Voir points 9,10 et 11
18. Consacrer une partie des bourses de formation à la recherche sur les interventions.	Inclus dans 2	Voir point 2
19. Réserver des bourses de chercheurs cliniciens pour la recherche sur les habitudes de vie.	Inclus dans 5	Voir point 5
20. Développer une formation multidisciplinaire de 3e cycle en recherche sur les interventions.	Inclus dans 2	Universités, INSPQ, DSP, CAU, CHU
21. Soutenir les études avantages-coûts en lien avec les interventions.	Inclus dans 15	Voir point 15

Action stratégique	Coûts moyens estimés par année (millier de dollars)	Partenaires potentiels
22. Établir des partenariats avec les IRSC, l'Agence de santé publique du Canada et l'Association canadienne de santé publique (ACSP) dans le cadre de la nouvelle initiative de recherche sur les interventions (modes de vie sains et maladies chroniques).	Inclus dans 15	Voir point 15
23. Financer la création de grandes cohortes pour documenter les déterminants, l'évolution, les conséquences sur la santé et l'impact des interventions sur les habitudes de vie.	1 500[10]	IRSC, fondations, centres d'excellence, FRSQ, réseaux, MDEIE, ISQ
24. Faciliter l'exploitation et le jumelage de larges banques de données administratives et développer des mécanismes pour en faciliter l'accès, dont la définition de nouveaux cadres législatifs et éthiques facilitant la recherche de qualité dans le respect des normes de confidentialité.	---	Réseau, INSPQ, FRSQ, FQRSC, MSSS, MELS, Commissaire à la santé, CAI, MDEIE, RAMQ, ISQ
25. Soutenir la mise sur pied et le fonctionnement d'équipes de recherche sur l'exploitation des grandes banques de données administratives et le suivi de cohortes.	1 500[11]	Voir point 24
26. Mettre en place un laboratoire d'expérimentation pour tester des interventions novatrices.	Inclus dans 15	Voir point 15
27. Créer un centre de liaison et de transfert (CLT) sur les habitudes de vie ayant pour mandat : • d'organiser les activités de partage des connaissances; • de créer des outils tels des synthèses de connaissances, colloques, etc.; • d'évaluer l'impact des activités de partage.	2 000[12]	MDEIE

Action stratégique	Coûts moyens estimés par année (millier de dollars)	Partenaires potentiels
28. Mettre en place un programme de subvention pour la réalisation de synthèses de connaissances où serait privilégiée l'approche populationnelle et pour le développement d'outils de transfert permettant d'adapter l'information aux besoins des partenaires.	Inclus dans 27	Voir point 27
29. Mettre sur pied un colloque annuel favorisant le partage des connaissances dans une perspective interdisciplinaire.	10	INSPQ, CLT
TOTAL :	**12 249 000 $/année**	

1 Réseau de recherche en santé des populations du Québec. Montant basé sur les sommes accordées au réseautage des autres axes du RRSPQ.

2 Un PhD et un postdoctorat (P.D.)/an x 10 ans (3 ans par PhD et 2 ans par P.D.) (21 000 $ x 3 ans) + (35 000 $ x 2 ans) à compter de l'an 3.

3 200 000 $/an x 3 équipes = 600 000 $.

4 Un nouveau chercheur/an x 10 ans (60 000 $ x 5 premières années et 80 000 $ pour les années subséquentes).

5 5 bourses de 200 000 $ chacune sur 10 ans.

6 Chaires de recherche du Canada.

7 500 000 $/an au total pour des projets de 3 ans. Donc 1,5 million par année à compter de l'an 3.

8 Montant basé sur les sommes consenties dans le programme des Chaires de recherche du Canada (pour chercheurs principaux).

9 Programme de 1 million par année pour 3 ans, donc 3 millions par année dès l'an 3.

10 500 000 $/an/cohorte x 3 cohortes.

11 Basé sur modèle du Manitoba (Pat Martens, communication personnelle, 29 novembre 2006)

12 Basé sur l'expérience des centres de liaison et de transfert existants, dont le budget varie de 3,2 millions de dollars à 12.7 millions.

Annexe 3
Membres du comité de pilotage

Président

M. Gilles Paradis
Directeur scientifique du Réseau de recherche en santé des populations du Québec
Département d'épidémiologie, biostatistiques et santé au travail
Université McGill

Chercheurs

Mme Andrée Demers
Directrice
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP)
Université de Montréal

Mme Lucie Lapierre
Unité des habitudes de vie
Institut national de santé publique du Québec

Mme Johanne Otis
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé
Université du Québec à Montréal

Mme Lise Renaud
Directrice du centre de recherche médias et santé
Département des communications
Université du Québec à Montréal

M. Fernand Turcotte
Université Laval

Utilisateurs

Mme Diane Boudreault
Kino-Québec
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Mme Marie Rochette
Directrice
Direction de la promotion de la santé et du bien-être
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Michel Landry
Directeur de la recherche et du développement universitaire
Codirecteur du RISQ
Centre Dollard-Cormier

Mme Lyne Mongeau
Équipe des problèmes reliés au poids
Unité des habitudes de vie
Institut national de santé publique du Québec

Observateurs

M. Sandro Di Cori
Gestionnaire de projet
Fondation Lucie et André Chagnon

M. Germain Godbout
Directeur du projet Perspectives STS

Mme Marie-Christine Lamarche
Directrice par intérim
Direction de la recherche
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Benoit Sévigny
Responsable des communications
Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC)

M. Denis Richard
Représentant du Fonds de la recherche en santé du Québec
Directeur
Centre de recherche de l'Hôpital Laval

Conseil de la science et de la technologie

Mme Marie Demers
Coordonnatrice du comité
Agente de recherche

Annexe 4
Lecteurs externes du document de stratégie

Dre Véronique Déry
Directrice générale et scientifique
Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)

Dr John Frank
Directeur scientifique
Institut de la santé publique et des populations (ISPP)
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

M. Pierre Joubert
Directeur
Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Dr Réal Morin
Directeur scientifique
Développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

Mme Louise Potvin
Professeure, Département de médecine sociale et préventive
Titulaire de la chaire FCRSS/IRSC sur les approches communautaires et inégalités de santé (CACIS)
Université de Montréal

www.cst.gouv.qc.ca

Conseil de la science
et de la technologie
Québec