

10
2005-2015

Du concept aux retombées – dix ans de progrès



Canadian Academy of Health Sciences
Académie canadienne des sciences de la santé

DES CONSEILS EN VUE DE CONTRIBUER À LA
BONNE SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE



Canadian Academy of Health Sciences
Académie canadienne des sciences de la santé

Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS)

180, rue Elgin, bureau 1403, Ottawa (Ontario) Canada K2P 2K3

Avis : Cet historique de l'Académie canadienne des sciences de la santé a été rédigé par John A. Cairns (président de l'ACSS de 2013 à 2015) et Paul W. Armstrong (président de l'ACSS de 2004 à 2007) au nom de l'Académie et avec l'approbation du conseil des gouverneurs de l'ACSS. L'information présentée dans ce document a été fondée sur les perspectives personnelles qu'ont développées les auteurs depuis les premières étapes de planification de l'ACSS, puis bonifiée par la lecture attentive des archives électroniques de l'ACSS et du Conseil des académies canadiennes. Allison Hardisty, directrice des opérations et adjointe administrative du président de l'ACSS, a assisté les auteurs dans l'acquisition des fichiers et données. Les anciens présidents de l'ACSS Martin Schechter (2007-2009), Catharine Whiteside (2009-2011) et Thomas Marrie (2011-2013) ont également fourni leur perspective. Les opinions, résultats et conclusions présentés dans cette publication sont ceux de leurs auteurs et ne représentent pas nécessairement la position des organismes auxquels ils sont affiliés ou dont ils sont employés.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Académie canadienne des sciences de la santé.
Du concept aux retombées – dix ans de progrès.
Comprend des références bibliographiques.
Également publié en anglais sous le titre : From
Concept to Impact – 10 Years of Progress

Monographie électronique en format PDF disponible
dans le site Web de l'ACSS au www.cahs-acss.ca

Également disponible en format imprimé avec texte
en français et en anglais disposé tête-bêche.

ISBN 978-0-9877815-9-8 (poche).

ISBN 978-0-9877815-8-1 (pdf)

1. 2. 3. de Bibliothèque et Archives Canada
Les codes de Bibliothèque et Archives Canada.

I. Académie canadienne des sciences de la santé,
organisme émetteur

Le rapport peut être cité comme suit : Académie
canadienne des sciences de la santé, 2015. Du
concept aux retombées – dix ans de progrès.

Avis de non-responsabilité : Au meilleur de la
connaissance de l'Académie canadienne des
sciences de la santé, les données et les informa-
tions tirées d'Internet qui figurent dans le présent
rapport étaient exactes à la date de publication du
rapport. En raison de la nature dynamique d'In-
ternet, des ressources gratuites et accessibles au
public peuvent subséquemment faire l'objet de
restrictions ou de frais d'accès, et l'emplacement
des éléments d'information peut changer lorsque
les menus et les pages Web sont modifiés.

La mise en page : Accurate Communication Inc.,
Ottawa

L'impression : The Lowe-Martin Group, Ottawa

La traduction : Permutation of Montreal

© 2015 Académie canadienne des sciences de la
santé, imprimé à Ottawa, Canada

Table des matières

- 2 — Avant-propos : Un message des auteurs
- 3 — La genèse de l'Académie canadienne des sciences de la santé
- 9 — La croissance et le développement de l'ACSS – perspectives des présidents de 2004 à 2015
- 14 — Les membres de l'ACSS
- 16 — Les évaluations de l'ACSS
- 27 — Forums annuels
- 28 — Le Conseil des académies canadiennes
- 29 — ACSS – perspectives d'avenir
- 30 — Le conseil des gouverneurs de l'ACSS
- 31 — Membres du Comité permanent sur les évaluations
- 31 — Membres du Comité de sélection des membres
- 32 — Références

Avant-propos : Un message des auteurs

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) célébrera son 10^e anniversaire lors de l'assemblée générale annuelle qui aura lieu à Ottawa, les 17 et 18 septembre 2015.

Avant la création de l'ACSS, contrairement au Royaume-Uni, aux États-Unis et à de nombreux pays d'Europe, le Canada ne disposait pas d'académie nationale de médecine ou de sciences de la santé largement reconnue. L'Institut canadien de médecine académique (fondé en 1989) avait commencé à combler cette lacune, mais ses membres et sa mission étaient en grande partie axés sur la médecine universitaire. La vision de l'Académie canadienne des sciences de la santé a émergé au début des années 2000 en vue de répondre à un important besoin non satisfait à l'échelle nationale. En l'espace de dix courtes années, l'ACSS a accueilli 577 membres, dont la notoriété associée à cet honneur est de plus en plus reconnue par leurs

établissements universitaires. Chose importante, les membres de l'ACSS sont tous engagés à servir la population du Canada. L'ACSS a réalisé huit évaluations majeures et deux évaluations ciblées. Elle tient par ailleurs un important forum chaque année qui constitue l'événement phare de son assemblée générale annuelle. Le moment est maintenant propice pour faire le bilan et réfléchir au passé, au présent et à l'avenir de l'Académie. Nous espérons que les lecteurs du présent document, *Du concept aux retombées – dix ans de progrès*, en obtenant un aperçu du développement de notre organisation, seront incités à collaborer à notre mission et à nous aider à surmonter les défis qui nous attendent.

John A Cairns

Paul W Armstrong

Académie canadienne des sciences de la santé

Mission :

Fournir des évaluations et des avis sur des questions importantes concernant la santé des Canadiens et Canadiennes.

Objectifs :

- (a) Élire des membres reconnus par leurs pairs à l'échelle nationale et internationale en raison de leur rôle de chef de file, de leur créativité, de leurs compétences caractéristiques et de leur engagement envers l'avancement des sciences de la santé;
- (b) Servir d'évaluateur expert, indépendant et crédible des enjeux scientifiques et technologiques touchant la santé des Canadiens et Canadiennes;
- (c) Soutenir l'élaboration, en temps opportun, d'avis éclairés et stratégiques sur des questions urgentes qui touchent la santé;
- (d) Soutenir l'élaboration de politiques publiques éclairées et solides reliées à ces questions;
- (e) Améliorer la compréhension des enjeux scientifiques et technologiques ayant un impact sur le bien public en communiquant les résultats des évaluations et en créant des occasions permettant la tenue de débats publics sur ces questions;
- (f) Fournir une voix collective, multidisciplinaire et officielle aux communautés des sciences de la santé;
- (g) Représenter internationalement les sciences de la santé canadiennes et entretenir des rapports avec des académies internationales afin de faciliter la compréhension des sujets d'intérêts communs et le développement de collaborations potentielles.

Membres :

Sélectionnés parmi l'éventail complet des disciplines universitaires des sciences de la santé – des sciences fondamentales aux sciences cliniques, en passant par les sciences sociales et la santé de la population, et regroupant l'ensemble des sciences de la santé : **médecine, soins infirmiers, dentisterie, pharmacie, sciences de la réadaptation** (ergothérapie et physiothérapie) et **médecine vétérinaire**.

La genèse de l'Académie canadienne des sciences de la santé

Après mûre réflexion, l'absence au Canada d'un organisme national indépendant et représentatif composé d'experts disposés et aptes à prodiguer des conseils fiables étayés par des données probantes sur des questions liées à la santé semble invraisemblable aujourd'hui.

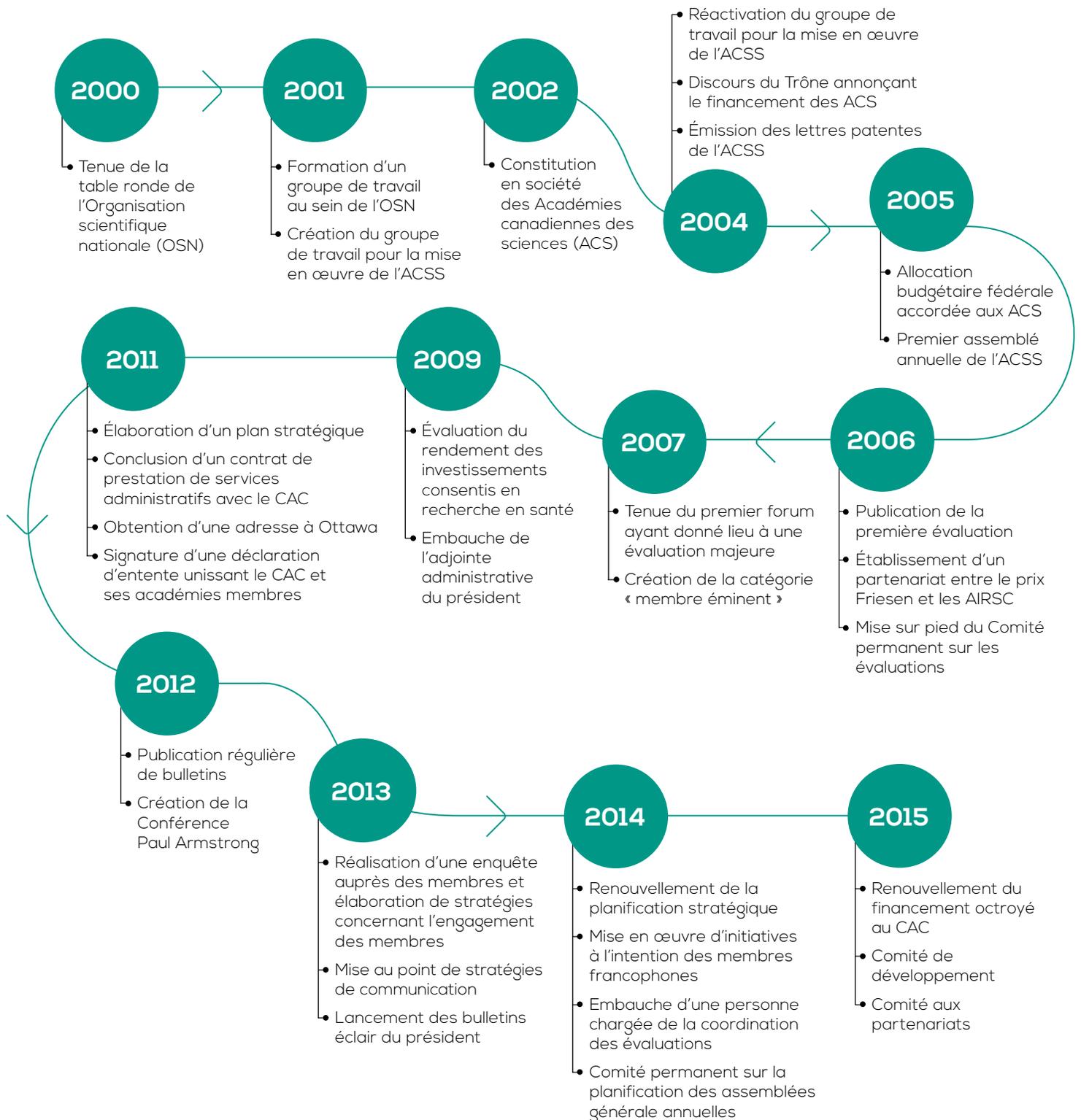
En effet, une telle lacune semble même paradoxale, étant donné l'existence d'académies des sciences de la santé dans tous les autres pays membres du G7 et la consécration des soins de santé universels au Canada depuis plus d'un demi-siècle. Qui plus est, au tournant du millénaire, il n'existait pas d'organisme scientifique national élargi en mesure de représenter le Canada d'une seule voix sur la scène internationale.

En réponse à cette déficience reconnue et au nombre croissant de tentatives visant à rectifier le tir, le **D^r Gilbert Normand**, qui occupait à l'époque le poste de secrétaire d'État (Sciences, Recherche et Développement), a organisé une table ronde nationale en octobre 2000. Celle-ci avait pour objectif de déterminer si le Canada avait besoin d'une académie nationale scientifique (similaire aux National Academies des États-Unis), qui fournirait des évaluations crédibles et indépendantes sur les connaissances scientifiques en vue d'orienter les discussions sur les questions contemporaines urgentes. On appelait cet organisme émergent **l'Organisation scientifique nationale (OSN)**. Même si d'entrée de jeu la Société royale du Canada (SRC) et l'Académie canadienne du génie (ACG) avaient été proposées comme piliers de cette initiative, on a rapidement conclu que les enjeux entourant la santé et les sciences de la santé devaient être incorporés à un nouvel organisme scientifique afin d'assurer une base à l'étendue adéquate. En février 2001, un petit groupe de travail a été formé au sein de l'OSN. Celui-ci regroupait entre autres **Eliot Phillipson** (alors président de **l'Institut canadien de médecine académique [ICMA]**, il avait participé à la table ronde) et on lui avait

confié le mandat d'élaborer une proposition concernant la mise sur pied d'une nouvelle organisation scientifique nationale au Canada. Bien que les **Académies canadiennes des sciences (ACS)**, telles que conçues par le groupe de travail de l'OSN, aient été constituées en société en avril 2002, elles n'étaient qu'une entité juridique et ne disposaient pas de fonds d'exploitation. Malheureusement, les préoccupations en matière de sécurité nationale qui ont découlé de la tragédie du World Trade Center en septembre 2001, de pair avec les modifications apportées aux priorités et au personnel du gouvernement fédéral, ont essentiellement entravé le progrès de l'initiative jusqu'en 2004.

Afin de renforcer et d'élargir la portée de l'académie des sciences de la santé, un second groupe de travail a été créé par Charles Hollenberg, en collaboration avec Eliot Phillipson. Les membres, qui provenaient de l'ICMA et d'autres disciplines de la santé, avaient pour mission d'envisager l'édification d'une **Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS)**. Le groupe de travail de l'ACSS a examiné les antécédents de diverses académies universitaires internationales, se concentrant principalement sur le Royaume-Uni et les États-Unis. La Royal Society du Royaume-Uni, fondée en 1660, est l'une des académies scientifiques les plus vénérables au monde. Il est intéressant de noter, toutefois, que l'Academy of Medical Sciences du Royaume-Uni n'a été créée qu'en 1998, prenant sa place aux côtés de la Royal Society et de la Royal Academy of Engineering du Royaume-Uni (1976). L'Academy a l'autorité de s'exprimer sur la multitude d'enjeux de politique publique touchant les disciplines biomédicales,

Origine, création et avancement de l'Académie canadienne des sciences de la santé



fournit un cadre intellectuel aux sciences médicales et cherche à influencer les politiques nationales, budgétaires et réglementaires. En outre, une grande partie des efforts et des ressources de l'Academy sert à prodiguer des conseils éclairés au gouvernement et aux décideurs. Parmi ses publications ayant eu une véritable influence, mentionnons *Strengthening Clinical Research* (2003) et *A New Pathway for the Regulation and Governance of Health Research* (2011).

La National Academy of Science (NAS) des États-Unis, quant à elle, a été fondée par le président américain Abraham Lincoln le 3 mars 1863, au cœur de la guerre de Sécession. À cette époque, l'organisation était chargée « d'étudier et d'examiner tout sujet lié aux domaines des sciences ou des arts (technologies), de réaliser des expériences et de fournir des rapports » à la demande des différents ministères. La création ultérieure du National Research Council (1916), de la National Academy of Engineering (1964) et de l'Institute of Medicine (n'ayant été fondé qu'en 1970 et ayant récemment été renommé « National Academy of Medicine ») a permis de compléter le quatuor d'augustes instances qui ont réformé en profondeur l'opinion et la politique publique. Découlant des rapports transformateurs de l'IOM intitulés *To Err is Human* (1999) et *Crossing the Quality Chasm* (2001), des initiatives durables visant à améliorer les soins aux patients et leur sécurité ont eu un impact majeur tant à l'échelle nationale qu'internationale. Les éléments clés des rapports publiés par la NAS comprenaient non seulement la revue raisonnée des données existantes entourant la ou les questions posées, mais également l'évaluation logique des recommandations en matière de politique, à savoir qui devrait faire quoi et quelles actions devraient être entreprises.

Le groupe de travail de l'ACSS a également pris conscience d'une longue tradition d'académies scientifiques partout dans le monde qui, depuis 1993, forment un réseau mondial : l'**InterAcademy Partnership (IAP)**, une organisation qui regroupe 107 académies scientifiques nationales. L'objectif principal de l'organisme-cadre consiste à aider les académies membres à collaborer en vue d'offrir aux citoyens et aux fonctionnaires des conseils sur les aspects scientifiques d'enjeux mondiaux critiques. En 2000, un **Interacademy Medical Panel (IAMP)** a été créé au sein de l'IAP (panel auquel l'ACSS s'est jointe plus tard).

En 2004, l'initiative canadienne ayant pour objectif de fonder une académie des sciences de la santé a repris son cours lorsque **Paul Armstrong** a accédé à la présidence de l'ICMA et présidé un groupe de travail composé d'**Eliot Phillipson**, de **Judith Hall**, d'**Eldon Smith**, de **Catharine Whiteside** et de **Martin Schechter**. L'ICMA avait été établi en 1989, sous la direction d'**Aubie Angel**. À ses débuts, l'organisation comptait 50 membres fondateurs, des médecins universitaires principaux, qui avaient pour mission de servir les intérêts de la médecine universitaire, des cliniciens-chercheurs et de l'avenir de la recherche en santé au Canada. L'ICMA a ensuite pris de l'expansion pour atteindre un plateau convenu de 100 membres, qui étaient élus en fonction de leurs réalisations dans les secteurs de la médecine universitaire et des sciences biomédicales. Il était admis que la transition de l'ICMA vers la création d'une nouvelle académie exigerait une restructuration et un recentrage substantiels. Il a par ailleurs été suggéré que les quatre piliers des IRSC servent de cadre pour une telle académie. On a également proposé que le modèle adopté soit largement inclusif de l'ensemble des groupes des sciences de la santé.

La création d'une nouvelle académie exigerait une restructuration et un recentrage substantiels. Il a par ailleurs été suggéré que les quatre piliers des IRSC servent de cadre pour une telle académie. On a également proposé que le modèle adopté soit largement inclusif de l'ensemble des groupes des sciences de la santé

Un sondage subséquent mené auprès des membres de l'ICMA a révélé un appui résolu relativement à la création de l'ACSS. Des fonds ont été alloués provisoirement à l'organisme par le conseil d'administration de l'ICMA afin qu'une évaluation initiale soit réalisée par l'ACSS en devenir. Le concept d'une Académie canadienne des sciences de la santé a gagné en popularité à l'échelle nationale auprès des IRSC, de la FCI et de certains membres du gouvernement.

En juin 2004, l'ICMA, qui représentait l'émergente Académie canadienne des sciences de la santé, s'est associé à l'ACG et à la SRC pour faire la promotion du concept des Académies canadiennes des sciences (ACS). En août de la même année, les présidents des trois académies ont rencontré M. **Arthur Carty**, qui venait d'être nommé conseiller national des sciences auprès du nouveau premier ministre Paul Martin. Les présidents ont profité de cette rencontre pour promouvoir davantage l'idée des ACS et ils ont obtenu l'assurance que la proposition faisait partie des priorités du gouvernement.

Le 13 septembre 2004, le **groupe de travail sur la création de l'ACSS** s'est réuni à Toronto à l'occasion d'une séance clé regroupant des leaders de diverses disciplines de la santé (c.-à-d. médecine, soins infirmiers, pharmacie, dentisterie, médecine vétérinaire et sciences de la réadaptation). Lors de cette réunion, un accord préliminaire a été conclu concernant la structure et les fonctions de la nouvelle académie des sciences de la santé de même que l'élaboration de critères d'adhésion et d'autres éléments de planification nécessaires à la création de l'ACSS [R1]. Au moment de déterminer qui seraient les membres de l'ACSS, on a convenu que le processus de sélection et de filtrage utilisé pour recruter les membres de l'ICMA rendait, d'entrée de jeu, approprié le fait d'inviter ces personnes à se joindre à la nouvelle ACSS.

En outre, le 6 octobre 2004, dans sa réponse au discours du Trône, **le premier ministre Paul Martin** a assuré l'avenir des Académies canadiennes des sciences en déclarant : « ...que le gouvernement du

Canada mandatera les Académies canadiennes des sciences. Nous cherchons à créer une alliance nationale des principales sociétés scientifiques et d'ingénierie, qui fonctionnera sans lien de dépendance avec le gouvernement et qui recevra des fonds de fonctionnement [...] au cours des dix prochaines années. Les nouvelles académies des sciences seront une source de conseils d'experts sur des questions scientifiques nationales et internationales importantes, et donneront à notre pays une voix prestigieuse parmi le chœur des groupes scientifiques internationaux ». Les présidents des trois académies fondatrices ont créé un groupe de travail de transition chargé d'élaborer des plans relativement à la mise en œuvre des ACS et de travailler en liaison avec M. Carty et les membres de son personnel pour discuter de la structure et de la gouvernance de l'organisation. La nomination de six gouverneurs internes de l'ACS a été recommandée par les trois académies membres. **Paul Armstrong** et **Martin Schechter** représentaient l'ACSS. Afin d'aider le gouvernement à nommer les six gouverneurs restants du conseil de 12 membres, chacune des académies a également dressé une liste de candidats potentiels aux titres de gouverneurs publics.

Dans le cadre du budget 2005, 30 millions de dollars ont été accordés aux Académies canadiennes des sciences, lesquels devaient être utilisés par cet organisme au cours des dix années suivantes pour réaliser des évaluations indépendantes de l'état des connaissances scientifiques dans les domaines clés. Il a été clairement précisé que les responsabilités budgétaires et la surveillance gouvernementale concernant le choix des évaluations réalisées seraient gérées par Industrie Canada. À contrecœur, en mars 2005, les présidents des trois académies membres ont accepté de signer l'entente qui stipulait qu'ils étaient les membres fondateurs des ACS, et ce, malgré l'imposition d'un cloisonnement fiscal empêchant un flux direct de financement vers les organismes membres, contrairement à ce qui avait été prévu.

Entre-temps, la seconde réunion du groupe de travail pour la création de l'ACSS s'est tenue le 13 décembre 2004, à Toronto. Plusieurs enjeux ont fait l'objet d'un

examen approfondi : **1)** il a été convenu qu'un comité de nomination devait être formé, et un plan a été élaboré concernant les mises en candidature et le développement de l'ACSS au printemps 2005, **2)** un consensus s'est dégagé sur le sujet de la première évaluation, soit *Les obstacles et les bénéfices de la recherche interdisciplinaire dans les sciences de la santé au Canada*. Judith Hall a été élue présidente, et il a été décidé que les membres du groupe comprendraient des représentants de chacune des disciplines de l'ACSS **3)** la réunion inaugurale de l'ACSS a été prévue les 22 et 23 septembre 2005 à Vancouver, en Colombie-Britannique, dans le but de lancer la nouvelle académie et d'admettre sa première série de membres élus. Les lettres patentes de constitution de l'ACSS ont été émises le 17 décembre 2004. Par la suite, un conseil des gouverneurs multidisciplinaire initial a été créé, regroupant Paul W. Armstrong (président), Martin T. Schechter (président désigné), Carol L. Richards (secrétaire), Catharine Whiteside (trésorière) et les administrateurs Carlton Gyles, Pavel Hamet, Celeste Johnston, Kevin Keough, Dorothy Pringle, Barry Sessle, Peter Tugwell et Jacques Turgeon. Des règlements ont ensuite été créés pour la nouvelle académie, et le président désigné a été choisi pour occuper le poste de président du comité de nomination responsable de nommer les nouveaux membres.

Un premier appel de candidatures visant la désignation de nouveaux membres a eu lieu au début de l'année 2005. L'énoncé suivant caractérisait l'ACSS et ce qu'elle recherchait chez ses nouveaux membres : « *L'Académie reconnaît l'éventail complet des disciplines universitaires des sciences de la santé, y compris l'ensemble*

des sciences médicales et paramédicales – des sciences fondamentales, jusqu'aux sciences sociales, en passant par la santé de la population. Les membres élus à l'ACSS sont reconnus nationalement et internationalement par leurs pairs pour leurs contributions à la promotion des sciences de la santé. Ils ont démontré du leadership, de la créativité, des compétences distinctes et un engagement envers l'avancement des sciences de la santé. De telles personnes sont élues au sein de l'organisation après une procédure de nomination et d'un examen par les pairs qui visent à reconnaître les personnes qui ont à leur actif de grandes réalisations. Lors de l'élection, les membres doivent être citoyens canadiens ou avoir été résidents canadiens durant les trois dernières années. L'élection en tant que membre de l'ACSS est considérée comme l'un des plus grands honneurs pour les personnes de la communauté canadienne des sciences de la santé et s'accompagne d'un engagement à servir l'ACSS et le bien-être futur des sciences de la santé indépendamment de la discipline spécifique du membre ». Il est important de noter que les fondateurs de l'ACSS désiraient s'assurer que, en plus de leurs réalisations dans le domaine des sciences de la santé, les membres élus fassent preuve de leadership et soient manifestement déterminés à servir la mission de l'Académie. L'énoncé ci-dessus n'a subi que quelques changements mineurs depuis sa formulation.

Des efforts considérables ont alors été déployés et d'importantes discussions ont émergé par rapport au mandat de la nouvelle académie des sciences de la santé. Il a été convenu que l'organisme avait une double mission : **1)** constituer une source spécialisée, crédible et indépendante de recommandations scientifiques

L'élection en tant que membre de l'ACSS est considérée comme l'un des plus grands honneurs pour les personnes de la communauté canadienne des sciences de la santé et s'accompagne d'un engagement à servir l'ACSS et le bien-être futur des sciences de la santé indépendamment de la discipline spécifique du membre

propres à la santé concernant les questions courantes d'intérêt public et **2)** agir à titre de porte-parole pour le Canada en matière de sciences de la santé, à l'échelle nationale et internationale.

Il était admis que la mission primordiale de l'ACSS, en ligne avec celle des ACS, consistait à fournir des évaluations scientifiques spécialisées sur des enjeux clés qui touchaient la santé de la population canadienne. Or, on estimait que des rôles supplémentaires, qui n'avaient auparavant pas été remplis, seraient utiles pour l'ensemble des Canadiennes et Canadiens. Ces rôles comprenaient : **1)** la réalisation d'évaluations stratégiques, éclairées et opportunes des enjeux urgents en matière de santé, **2)** l'élaboration de politiques publiques réfléchies et éclairées relativement à ces questions, **3)** la surveillance des événements mondiaux liés à la santé afin d'améliorer le niveau de préparation du Canada pour l'avenir. Si certaines personnes prévoyaient que les ACS seraient les seules à effectuer des évaluations, dès le début, les fondateurs de l'ACSS planifiaient réaliser des évaluations indépendantes sur des sujets clés touchant la santé de la population canadienne. Dans la tradition de l'IOM et de l'Academy of Health Sciences du Royaume-Uni, l'ACSS prévoyait également, lorsqu'approprié, d'accompagner ses évaluations de conseils avertis pouvant servir à influencer les politiques publiques.

Cette intention et cette orientation future de l'ACSS se sont avérées d'autant plus louables lorsqu'il est devenu clair qu'aucun financement central provenant des ACS ne servirait à soutenir les activités de l'ACSS. La présentation remarquable qu'a prononcée le Dr Kenneth Shine, président sortant de l'IOM, à l'occasion de la deuxième assemblée générale annuelle de l'ACSS, à Ottawa, en 2006, a mis en évidence la nécessité de diversifier les sources d'appui financier de l'organisation. M. Shine a rappelé à son auditoire l'histoire complexe entourant l'émergence de l'IOM à titre d'organisme indépendant de la National Academy of Sciences des États-Unis. Il a également mis l'accent sur le besoin de porter une attention particulière au choix des questions posées dans le contexte d'une évaluation et l'importance de s'assurer d'être indépendant de ses commanditaires. Précédemment, Peter Tugwell et Paul Armstrong avaient visité l'IOM et rencontré le président Harvey Fineberg et quelques-uns des principaux dirigeants afin de comprendre le *modus operandi* opérationnel de l'organisation et dans l'espoir de développer une relation plus étroite avec elle. Dès les premières phases de planification, la direction de l'ACSS focalisait son attention sur les rôles distincts de la nouvelle Académie. Jusqu'à présent, cette question est demeurée la préoccupation centrale des différents conseils des gouverneurs.

La croissance et le développement de l'ACSS – perspectives des présidents de 2004 à 2015

PAUL ARMSTRONG (2004-2007)

- ACSS : un organisme approprié pour héberger les disciplines non traditionnelles de la santé
- Communication entre les différentes catégories de membres
- Financement
- Personnel auxiliaire
- Reconnaissance d'une marque
- Recherche de commanditaires pour les évaluations
- Autonomie de l'ACSS vis-à-vis des ACS

Une fois la transition terminée en 2004, passant de l'ICMA à l'ACSS, nous avons accueilli en septembre 2005 nos membres nouvellement élus à l'occasion de notre toute première assemblée générale annuelle. Le conseil des gouverneurs était soucieux de veiller à ce que les membres comprennent la structure, l'objectif et la fonction de la nouvelle Académie. La première assemblée a donc été consacrée à la rédaction des règlements, à l'élaboration du processus de mise en candidature/ d'élection et aux opérations financières. Elle a aussi servi à expliquer comment les évaluations allaient être conçues et gérées ainsi qu'à promouvoir la proposition de valeur de l'ACSS dans les milieux universitaires traditionnels et les autres secteurs.

Gérer nos relations avec les ACS était complexe. **Martin Schechter** et **Paul Armstrong** représentaient l'ACSS au sein du conseil consultatif des ACS. Le financement qui devait être accordé par les ACS aux trois académies fondatrices tardait à venir. Les ACS ne s'attendaient pas à ce que les académies membres effectuent leurs propres évaluations. Le conseil des gouverneurs de l'ACSS était toutefois déterminé à ce que l'organisme conserve le droit de réaliser des évaluations indépendantes sur des questions liées à la santé et développe sa propre « marque » et sa propre identité. En dépit du peu de soutien administratif et de ressources bénévoles à l'interne, le comité exécutif de l'Académie a entrepris la recherche de commanditaires afin de financer les évaluations potentielles. *Créer un impact : les indicateurs et approches à privilégier pour mesurer le rendement des investissements consentis en recherche en santé* a été la première évaluation majeure de l'ACSS, et des efforts considérables ont été déployés en vue de planifier, de promouvoir et de financer cette initiative. La présentation inspirante offerte par Kenneth Shine (ancien président de l'IOM) lors de l'assemblée générale annuelle de 2006 nous a fourni matière à réflexion concernant les défis similaires que l'organisme avait rencontrés et la manière dont il les avait surmontés.

**MARTIN SCHECHTER
(2007-2009)**

- Création d'un modèle de financement plus durable
- Identification des enjeux associés :
 - Aux activités et au personnel subventionnés
 - À l'absence d'un siège social/secrétariat
 - À l'inadéquation du budget alloué à la traduction des documents
- Confrontation au manque d'intégration au sein du CAC
- Mise en place d'évaluations vendables

L'ACSS a solidifié ses processus d'évaluation par les pairs pour l'examen externe des rapports d'évaluations et pour l'élection des membres. Nous attirions de plus en plus de candidatures de la part des professionnels les plus éminents du secteur des sciences de la santé au Canada. Les premières évaluations ont reçu un accueil très favorable et, de pair avec un certain nombre de nouveaux projets ayant été proposés durant cette période, ont fourni les bases de notre parcours. Par ailleurs, au cours de ces années, l'ACSS a noué des relations avec plus de deux dizaines d'ONG et de gouvernements régionaux, provinciaux et nationaux, qui ont financé ses évaluations. Cette diversité de sources de financement a contribué à renforcer l'autonomie de l'organisme, dont les travaux n'étaient pas commandités par une seule et unique organisation.

Toutefois, en l'absence de financement de base, l'ACSS a continué de fonctionner en auto-amorçage, soutenue essentiellement par les cotisations des membres et les droits d'inscription à l'AGA. Pendant cette période, nous avons reçu une contribution de 100 000 \$ d'un généreux donateur. Malgré tout, il nous était impossible d'exploiter un siège social à Ottawa; nos activités reposaient en grande partie sur les contributions en nature des membres du comité exécutif. Malheureusement, nous ne disposions pas du financement nécessaire pour faire traduire vers le français nos documents en ligne et en format papier. L'Académie était aussi gênée par l'absence d'une intégration significative au sein du CAC, qui fonctionnait de façon indépendante et qui était souvent source de concurrence le moment venu de réaliser des évaluations. Par conséquent, l'ACSS était uniquement en mesure d'effectuer les évaluations qui ralliaient l'appui d'un vaste éventail de commanditaires. Les membres du comité exécutif consacraient donc beaucoup de leur temps à collecter des fonds pour financer chacune des études.

**CATHARINE
WHITESIDE
(2009-2011)**

- Services permanents d'assistance administrative
- Siège social et fonctions de secrétariat
- Intérêts communs, amélioration des relations avec le CAC
- Participation significative des membres
- Présentation des évaluations

L'ACSS nécessitait des services permanents d'assistance administrative et de secrétariat afin d'améliorer la continuité de la planification de ses activités annuelles, y compris le suivi auprès des membres, l'organisation de l'assemblée générale annuelle et un meilleur suivi des revenus et des dépenses. Nous avons embauché **Allison Hardisty** à titre d'adjointe administrative à temps partiel et avons conclu un contrat avec le CAC, qui nous a fourni d'excellents services de secrétariat (services associés aux finances et au site Web de l'organisme). Finalement, nous avons obtenu une adresse permanente à Ottawa.

Qui plus est, la relation entre la direction de l'ACSS et celle du CAC est devenue plus collégiale et stratégique; les deux parties ont engagé une discussion constructive, menant ainsi au recrutement d'un plus grand nombre de membres de l'ACSS par le CAC pour participer aux différents comités d'évaluation. L'ACSS a mandaté le CAC de lui fournir des services spécialisés de recherche, d'administration et de publication de rapports pour deux de ces évaluations – il s'agissait d'une importante stratégie d'amélioration de la qualité. Durant la présidence d'Elizabeth Dowdeswell, les membres de l'ACSS qui siégeaient au conseil des gouverneurs du CAC ont apporté des contributions considérables, particulièrement au sujet de l'importance de réaliser des évaluations financièrement indépendantes du gouvernement fédéral. Cet apport a permis d'ouvrir la voie à l'évolution future de la relation entre l'ACSS, le CAC et les autres académies membres.

Permettre à davantage de membres de l'ACSS de participer de façon significative à la mission de l'organisme représentait un défi constant. Les initiatives stratégiques du conseil des gouverneurs ont fait en sorte que plus de membres ont pu être inclus dans la planification et la mise en œuvre des présentations et des discussions lors des assemblées générales annuelles. Par ailleurs, un plus grand nombre de membres de l'ACSS et du CAC ont pu prendre part aux évaluations et la communication a été améliorée grâce à la publication de bulletins.

TOM MARRIE
(2011-2013)

- Amélioration de la relation avec le CAC
- Planification plus précoce des assemblées générales annuelles
- Présentations devant les comités gouvernementaux
- Engagement des membres
- Conférences données par des membres invités, Conférence Paul Armstrong

Catharine Whiteside a décelé au cours de son mandat que la relation entre le CAC et ses académies membres était problématique. La relation s'est par la suite normalisée à partir du moment où de nouveaux membres représentant la SRC et l'ACG ont fait leur entrée dans le conseil des gouverneurs du CAC. L'ACSS a adopté une position modératrice et visait l'optimisation des relations. C'est sur cette question que je me suis penché au cours de mes deux années à titre de président. L'enjeu a ensuite été pris en charge par **John Cairns**, qui a négocié une résolution satisfaisante.

En ce qui concerne la planification des assemblées générales annuelles/symposiums, l'assemblée était désormais plus complexe et il était devenu clair que la planification de la prochaine assemblée devait débiter dès que l'événement de l'année en cours se terminait.

Trois demandes de présentations à des comités gouvernementaux ont été soumises à l'ACSS; l'une des présentations a été donnée par **Paul Armstrong** et une autre, par **Lorne Tyrrell**. La troisième présentation a été annulée, car le congé d'été de la Chambre a été amorcé avant la date prévue. Une politique a été mise en place pour régir nos interactions avec les gouvernements, nous rendant plus visibles et permettant possiblement d'accroître le nombre de présentations.

L'engagement des membres est un enjeu permanent qui a dû être abordé lors des mandats de chacun des présidentes et présidents. Durant ma période d'affectation, des présentations ont commencé à être offertes par deux membres invités lors de l'assemblée générale annuelle. On a alors demandé à l'ensemble des membres de proposer la candidature d'un ou une collègue pour donner ces présentations. Enfin, la Conférence Paul Armstrong a été instituée en l'honneur de Paul Armstrong, le premier président de l'ACSS.

JOHN CAIRNS (2013-2015)

- Engagement des membres
- Initiatives francophones
- Renouvellement de la planification stratégique
- Finances
- Évaluations
- Avantages mutuels de la relation entre l'ACSS et le CAC
- Établissement et renforcement des partenariats

L'engagement des membres a été un objectif stratégique important. Les réponses au sondage mené auprès des membres au début de l'année 2013 ont influencé la planification de l'assemblée générale annuelle et du forum, les communications, les réunions régionales et les évaluations.

Grâce aux conseils et à l'aide de **Louise Potvin** de l'Université de Montréal, nous avons commencé à faire traduire notre bulletin de nouvelles et avons complètement mis à jour la version française de notre site Web (en plus d'implanter de nouvelles technologies permettant de faciliter davantage la traduction du site). L'organisme a également révisé les stratégies en place pour transmettre les informations concernant les mises en candidature des membres aux départements de sciences de la santé des universités francophones. Finalement, le président a assisté à une rencontre à Montréal visant à souligner l'anniversaire du Fonds de recherche du Québec – Santé, à laquelle participaient des membres québécois de l'ACSS.

En avril 2014, le conseil des gouverneurs a examiné l'exercice de planification stratégique de 2011 et s'est engagé à lancer de nouvelles initiatives concernant l'engagement des membres, les communications, la mise en candidature des membres, les évaluations, la planification des assemblées générales annuelles de même que les relations gouvernementales et les partenariats. En plus du Comité permanent sur les évaluations, du Comité de sélection des membres et du Comité de gouvernance, d'autres comités ont été créés afin d'étudier les questions relatives aux communications, aux relations gouvernementales, à la planification des assemblées générales annuelles et aux partenariats.

Nous avons collaboré avec le CAC en vue de renforcer et de clarifier la publication de notre information financière et d'assurer une comptabilité séparée pour les opérations/la gouvernance, les assemblées générales annuelles/forums, les évaluations et les initiatives stratégiques, dans le respect des objectifs financiers. Nous travaillons actuellement à la mise en place d'un comité de développement qui sera présidé par **Catharine Whiteside**.

Par ailleurs, au cours de ces deux années, nous avons bonifié nos activités en lien avec les évaluations en publiant deux évaluations majeures accompagnées d'importants efforts de diffusion. Parmi les réalisations de l'organisme, on compte également la tenue d'un forum cocommandité par la Fédération mondiale du cœur, la conceptualisation et le lancement imminent de deux évaluations majeures, la planification initiale d'une autre évaluation et l'embauche d'une personne chargée de la coordination des évaluations.

Finalement, des efforts ont été déployés pour améliorer les relations de l'ACSS avec le CAC et d'autres académies, dans l'intention d'optimiser les avantages mutuels.

Les membres de l'ACSS

Les tout premiers concepts de l'ACSS reposaient sur l'idéal d'une association enrichie par un groupe de membres représentant l'éventail complet des disciplines universitaires des sciences de la santé – des sciences fondamentales aux sciences cliniques, en passant par les sciences sociales et la santé de la population, et regroupant l'ensemble des sciences de la santé : médecine, soins infirmiers, dentisterie, pharmacie, sciences de la réadaptation (ergothérapie et physiothérapie) et médecine vétérinaire.

Les membres seraient élus par des pairs appropriés au moyen de processus rigoureux et transparents conçus pour sélectionner des personnes largement reconnues en raison de leur rôle de chef de file, de leur créativité scientifique, et de leurs compétences caractéristiques. Ces personnes devraient également démontrer un engagement à faire progresser les études et la recherche sur les sciences de la santé et à améliorer la santé de la population canadienne.

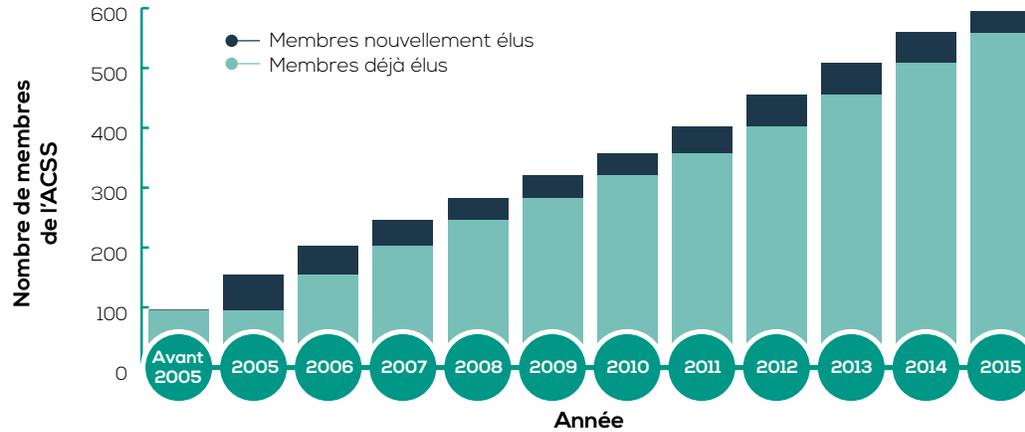
Les gouvernements de tous les ordres, les décideurs des milieux institutionnel et professionnel du système de soins de santé, les organisations non gouvernementales et le milieu des affaires et, enfin, le public sont confrontés à des défis complexes et exigeants concernant la santé et le système de soins de santé. L'élaboration de politiques efficaces et le succès de leur mise en œuvre exigent une analyse rigoureuse et réfléchie des enjeux qui soit non seulement réalisée par des spécialistes, mais également objective et indépendante des intérêts et des programmes de tierces parties. Ainsi, une analyse objective des données scientifiques disponibles, indépendamment des considérations politiques et selon une perspective axée sur l'intérêt du grand public, doit être effectuée.

L'ACSS serait une société honorifique qui saluerait non seulement les réalisations de personnes exceptionnelles, mais permettrait également d'identifier celles qui pourraient s'engager à servir le public canadien en prodiguant « des conseils scientifiques en vue de contribuer à la bonne santé de la population canadienne ».

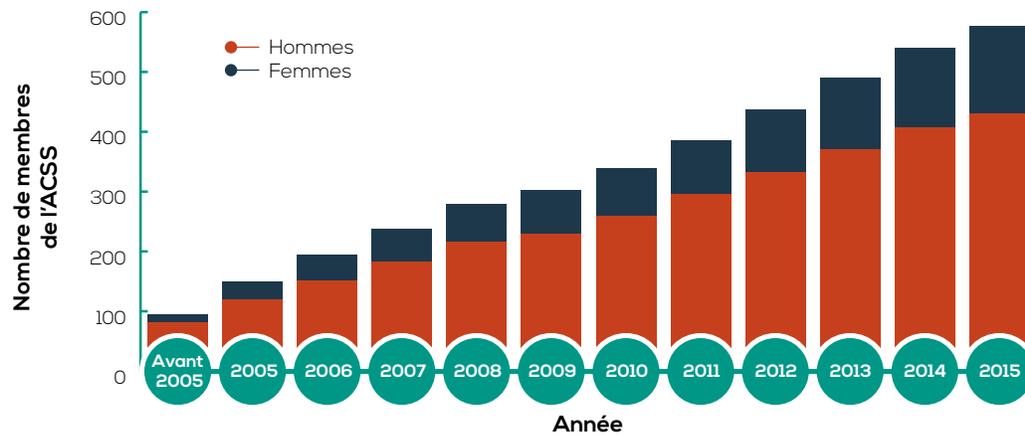
Les membres fondateurs de l'ACSS ont été recrutés auprès de l'ICMA et des associations nationales de soins infirmiers, de dentisterie, de pharmacie, de sciences de la réadaptation et de médecine vétérinaire. Un système rigoureux a été mis en place pour assurer la mise en candidature annuelle d'excellents scientifiques des domaines de la santé dont les réalisations les rendaient admissibles au titre de membre. Chaque année, environ 50 % des personnes mises en candidature sont élues membres; elles sont ensuite officiellement intronisées à l'automne, lors de l'assemblée générale annuelle. Le système a évolué au fil des ans; il compte désormais un processus de mise en candidature national, dans le cadre duquel le nominateur principal doit être membre de l'ACSS. Les candidats doivent être appuyés par les dirigeants de leurs universités et établissements d'accueil ainsi que par des lettres d'appui nationales ou internationales et produire un énoncé d'intention formel indiquant qu'ils

L'ACSS serait une société honorifique qui saluerait non seulement les réalisations de personnes exceptionnelles, mais permettrait également d'identifier celles qui pourraient s'engager à servir le public canadien en prodiguant « des conseils scientifiques en vue de contribuer à la bonne santé de la population canadienne »

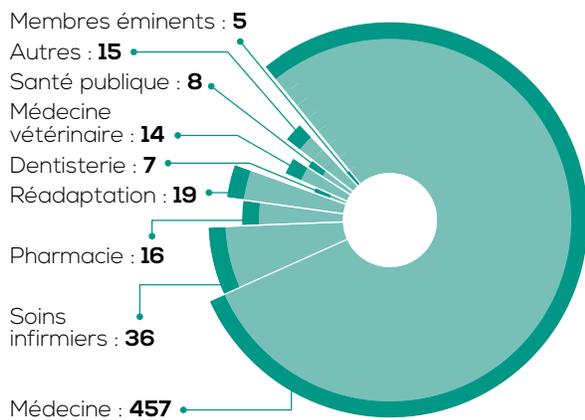
Croissance du nombre de membres de l'ACSS de 2005 à 2015



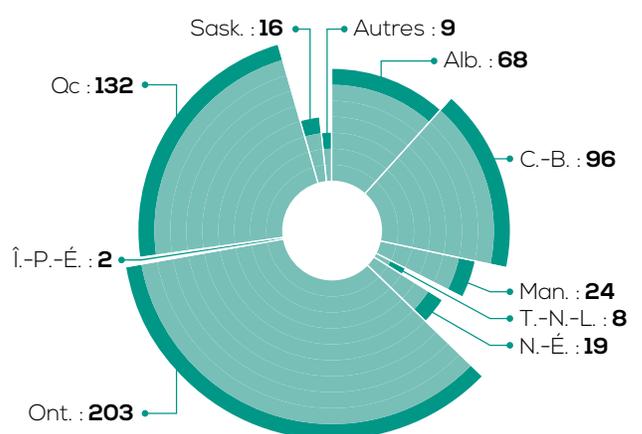
Répartition hommes-femmes des membres de l'ACSS de 2005 à 2015



Répartition des membres en fonctions des différentes disciplines



Répartition des membres par province



sont disposés à servir la population du Canada. De nos jours, la désignation MACSS est synonyme de mérite exceptionnel dans le milieu universitaire.

À l'heure actuelle, l'Académie regroupe 577 membres, répartis dans les catégories suivantes : ordinaires (âgés de moins de 65 ans; 331), retraités (âgés de 65 à 74 ans; 168), émérites (âgés de 75 ans et plus; 72), éminents (5) et honoraires (1). Les disciplines premières

des membres sont la médecine (457), les soins infirmiers (36), les sciences de la réadaptation (19), la dentisterie (7), la pharmacie (16), la médecine vétérinaire (14), la santé publique (8) et autres (15). Les membres proviennent de l'ensemble des provinces du Canada, et neuf résident à l'extérieur du pays. Soixante-quinze pour cent des membres sont des hommes, et 25 % sont des femmes.

Les évaluations de l'ACSS

L'ACSS agit à titre évaluateur expert, crédible et indépendant des enjeux scientifiques et technologiques touchant la santé des Canadiens, d'appuyer l'élaboration d'avis stratégiques pertinents en temps opportun sur des enjeux urgents pour la santé et de soutenir l'élaboration de politiques publiques saines et éclairées.

Le processus de travail de l'Académie canadienne des sciences de la santé est conçu de façon à garantir l'accès aux experts appropriés, l'intégration des meilleures connaissances scientifiques et l'élimination de tout parti pris ou conflit d'intérêts. Ce dernier aspect relève d'une dynamique qui module souvent la recherche de solutions aux problèmes difficiles et aux domaines d'incertitude dans le secteur de la santé.

Les idées d'évaluation peuvent provenir de l'ACSS ou émaner d'un gouvernement, d'une fondation publique ou privée, ou de tout autre organisme. Les sujets d'évaluation émergent souvent du forum de l'ACSS tenu durant l'assemblée générale annuelle. Le point focal d'une évaluation est généralement exprimé sous forme de problèmes, de questions ou d'enjeux uniques ou multiples qui génèrent de l'incertitude ou de la controverse. Une définition claire de la question à laquelle l'évaluation tentera de répondre et l'accès à une base de données scientifiques adéquate pour aborder l'enjeu sont des éléments essentiels à la finalité et à la mise en oeuvre des résultats. Le Comité permanent sur les évaluations (CPÉ) travaille en étroite collaboration avec les personnes ou le groupe qui proposent un problème, un enjeu ou une question afin de rédiger un résumé

formel structuré. Le résumé sert à définir le sujet traité, sa pertinence dans le contexte d'une évaluation de l'ACSS, le niveau d'expertise canadienne/internationale requis et les possibilités de commandites. Le résumé structuré doit être approuvé par le conseil des gouverneurs de l'ACSS avant que des pourparlers préliminaires ne soient engagés avec des commanditaires potentiels et le président ou la présidente du comité. Par la suite, un prospectus détaillé est rédigé, avant que le président soit élu ou en collaboration avec le président. Ce document sert de base aux discussions définitives entamées avec les commanditaires potentiels.

Chaque évaluation nécessite un parrainage financier, qui est le plus souvent offert par des organismes ou des ministères des gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux, des organismes de santé, diverses ONG (notamment des corporations professionnelles, des établissements universitaires et de soins de santé et des fondations privées) et des organismes sans but lucratif (le financement offert par les organismes sans but lucratif ne doit pas représenter plus que 50 % du financement total accordé à une évaluation donnée; les regroupements d'organismes sont préférés aux organismes individuels). Qui plus est, si les

commanditaires contribuent à l'orientation de la proposition d'évaluation, ils ne participent pas davantage au processus à moins d'être invités à le faire par le comité. Ils ne peuvent pas non plus tenter d'influencer les délibérations du comité ou le contenu du rapport. De façon générale, chaque évaluation compte plusieurs commanditaires, qui sont mentionnés dans le rapport et classés en fonction de l'ampleur de leur contribution.

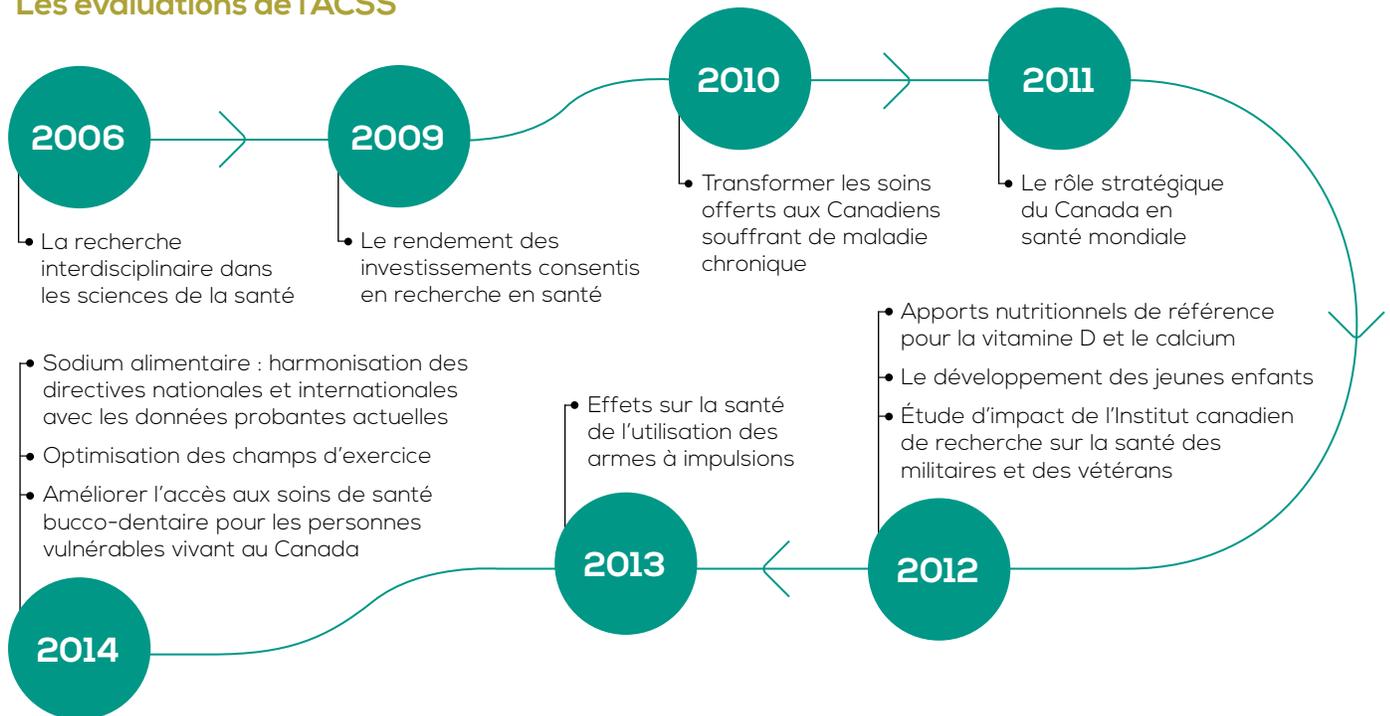
L'ACSS réalise trois principaux types d'évaluations :

1. Évaluations majeures.

Ce format est utilisé pour traiter d'un problème, d'un enjeu ou d'une question vaste. La nomination du président du comité d'experts (généralement un membre de l'ACSS), une personne efficace, expérimentée et crédible, est approuvée par le conseil des gouverneurs de l'ACSS. De concert avec le président, le CPÉ forme un groupe de 10 à 15 personnes équilibré sur le plan de l'expertise, du sexe et de l'origine géographique. Chaque membre du comité est choisi à titre individuel et ne doit pas être considéré comme étant le représentant d'un groupe ou d'un organisme en

particulier. Habituellement, on prévoit qu'environ 25 % des membres du groupe soient membres de l'ACSS et que certaines personnes proviennent de l'extérieur du Canada. Les membres du comité travaillent de façon bénévole; seuls les dépenses associées aux déplacements et au logement ainsi que les frais remboursables leur sont remboursés. Du soutien en matière de recherche, d'activités scientifiques et de coordination leur est offert. Une fois la question déterminée, le groupe peut recourir à diverses méthodologies (p. ex. analyse de l'environnement, revue formelle de la littérature, entretiens avec des répondants clés, entrevues auprès des commanditaires, entrevues auprès d'experts externes, présentations commandées et consultations). L'ébauche du rapport d'évaluation est soumise à une révision rigoureuse à l'interne et à l'externe, et des réponses officielles sont fournies en réaction à tous les commentaires reçus. Enfin, le rapport définitif est rendu public au nom de l'ACSS, généralement à l'occasion d'un événement lié au sujet abordé. Le rapport est publié en français et en anglais, en ligne dans le site Web de l'ACSS et en version papier. Normalement, le processus complet dure de 12 à 18 mois.

Les évaluations de l'ACSS



2. Adaptations au contexte canadien (ACC).

Ce format concerne la révision de rapports publiés par d'autres académies, gouvernements et pays. Ces rapports et leurs recommandations pourraient s'appliquer au Canada et, le cas échéant, il peut s'avérer important de les adapter au contexte canadien. Le processus de l'ACSS suppose généralement la nomination d'un président expert et la formation d'un comité. Toutefois, les comités des adaptations au contexte canadien comptent moins de membres que ceux des évaluations majeures. En outre, on s'attend à ce que la durée du processus soit plus courte.

3. Forums/symposiums publics.

Ce format se traduit par une assemblée ou une série de rencontres organisées par l'ACSS. Ces réunions peuvent rassembler des experts des secteurs public et privé, des commanditaires et d'autres parties concernées. Elles sont conçues pour faciliter les échanges sur un enjeu important dans un environnement ouvert qui favorise le dialogue fondé sur des données probantes, le tout dans un milieu neutre créé par l'ACSS. Les rencontres peuvent être organisées dans l'attente que des activités ultérieures relatives au sujet aient lieu. Selon l'entente conclue avec le ou les commanditaires, le rapport sommaire de l'activité peut être présenté sous forme de notes informelles à l'intention des participants au forum uniquement ou être diffusé à plus grande échelle. Cependant, un tel rapport ne publie pas de conclusions ou de recommandations au nom de l'ACSS, car le processus de forum comprend des commanditaires et d'autres parties concernées. Le rapport reflète donc le point de vue de ces groupes et personnes intéressés.

Tous les rapports des évaluations de l'ACSS comprenant des résumés peuvent être consultés, en français et en anglais, à l'adresse qui suit : <http://www.cahs-acss.ca/fr/completed-projects/>. Les rapports sont résumés brièvement en fonction des catégories suivantes :

Évaluations majeures

1. Les obstacles et les bénéfices de la recherche interdisciplinaire dans les sciences de la santé au Canada

L'évaluation de la recherche interdisciplinaire en santé (RIS) a été choisie précisément pour explorer le potentiel d'une collaboration entre les six disciplines des sciences de la santé et pour souligner les occasions uniques offertes au Canada pour ce genre de recherche. Présidé par **Judith Hall** (Université de la Colombie-Britannique), le comité d'experts représentait les six disciplines des sciences de la santé, était formé de membres provenant de diverses régions et était équilibré du point de vue de l'âge et du sexe des participants. Le rapport a permis de mettre en évidence les disparités actuelles entre les structures universitaires et les systèmes de récompense traditionnels et les exigences associées à la RIS. Il présentait plusieurs mesures potentielles visant à soutenir la RIS grâce à des ressources plus stratégiques, à des récompenses pour la RIS et à une approche davantage axée sur les possibilités de collaboration interprofessionnelle et de formation interdisciplinaire. À cet égard, les initiatives stratégiques pour la formation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et leur importante contribution aux subventions favorisant les initiatives transdisciplinaires ont été saluées par le comité. Le groupe d'experts a d'ailleurs mis en lumière la nécessité « d'une véritable analyse de l'état de la RIS, par l'entremise de la collecte systématique et rigoureuse de données sur les programmes et les politiques en vigueur partout au Canada ». La feuille de route suggérée comprend un vaste inventaire de la RIS dans l'ensemble des secteurs, un examen de l'impact des organisations professionnelles sur la recherche en santé et une revue systématique des possibilités de formation en recherche. Les conclusions ont été publiées dans le JAMC 2006; 175:763-771, accompagnées d'un éditorial paru dans le JAMC 2006; 175:761-62.

2. Le rendement des investissements consentis en recherche en santé : définition des paramètres à privilégier

Au début de l'année 2006, alors que le nouveau conseil des gouverneurs de l'ACCS entamait son premier mandat, il a décidé d'entreprendre une évaluation majeure qui lui permettrait de positionner son rôle futur à titre de voix indépendante officielle sur les questions entourant les sciences de la santé. Le conseil était particulièrement conscient de la nécessité de faire participer des intervenants clés à un projet qui susciterait beaucoup d'intérêt, qui répondrait à un besoin non satisfait et qui aurait le potentiel d'avoir un impact à l'avenir. Après de longues délibérations et de nombreuses consultations, le conseil a choisi d'évaluer le rendement des investissements consentis en recherche en santé. Plusieurs considérations appuyaient cette décision :

- Le manque de compréhension générale de la valeur de l'applicabilité de la recherche aux enjeux de santé actuels
- La préoccupation relative à l'offre de soins de santé accessibles, abordables et de qualité supérieure dans un système financé par l'État
- La nécessité de mesurer adéquatement les avantages de la recherche en santé et de les communiquer de manière significative aux décideurs et au public
- L'idée de plus en plus courante selon laquelle les soins de santé et la recherche en santé sont des générateurs de coûts qui consomment de plus en plus de ressources, aux dépens d'autres secteurs
- Les inquiétudes liées à la reddition de comptes en lien avec les dépenses dans les secteurs public et privé, au Canada et ailleurs
- L'absence de consensus quant à la meilleure façon et au meilleur moment d'évaluer le rendement des investissements consentis en recherche
- Les questions des décideurs à propos des résultats tangibles attribuables aux récentes augmentations des investissements publics accordés pour la recherche en santé (p. ex. les programmes des IRSC, de la FCI et des CRC)

- L'incertitude concernant la pertinence des investissements consentis en recherche en santé au Canada par rapport aux contributions similaires effectuées dans d'autres pays industrialisés
- La nécessité d'acquérir des données pertinentes afin d'obtenir du financement équilibré, réparti entre la recherche libre (initiative des chercheurs) et la recherche priorisée en santé

Le conseil des gouverneurs a formé un Comité permanent sur les évaluations initialement présidé par **Andreas Laupacis** (Université d'Ottawa) afin d'orienter le processus d'évaluation et d'en assurer la qualité et l'intégrité. Une attention toute particulière a été accordée à la sélection du président du comité des évaluations, qui serait reconnu comme le leader, l'architecte principal, le bâtisseur d'équipes et le facilitateur du processus d'évaluation, en plus d'agir à titre de porte-parole clé, représentant le comité auprès de l'ensemble des intervenants. Au début de l'année 2007, suffisamment de fonds avaient été obtenus, **Cyril Frank** (Université de Calgary) avait été nommé président du comité, et des plans avaient été adoptés lors d'un important forum tenu à l'occasion de l'assemblée générale annuelle de l'ACSS en septembre 2007, à Montréal, en vue de renforcer l'engagement des commanditaires potentiels. Ce forum mettait en vedette des leaders d'opinion internationaux, notamment l'honorable John Manley, de même que des dirigeants des principaux commanditaires : la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les IRSC, l'Agence de la santé publique du Canada et les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. Cette initiative s'est avérée essentielle aux progrès ultérieurs de l'évaluation et, de pair avec le prospectus officiel élaboré par **Martin Schechter** (Université de la Colombie-Britannique), s'est révélée être un instrument important pour solliciter la participation des 23 bailleurs de fonds et intervenants au processus d'évaluation du rendement des investissements consentis.

Le Dr Frank a formé un comité d'évaluation exceptionnel qui jouissait d'une importante représentation internationale. Les membres du comité ont peaufiné la question principale, pour en arriver à : **Quelle est la « meilleure façon » (meilleure méthode) d'évaluer les impacts de la recherche en santé au Canada, et quels sont les « paramètres à privilégier » pour évaluer ces impacts**

(ou les améliorer)? À la suite d'une révision interne et externe approfondie, en janvier 2009, le rapport complété a été présenté aux commanditaires de l'évaluation sur le rendement des investissements consentis lors d'une réunion extraordinaire à huis clos tenue à Ottawa la veille de la publication du document. Le rapport formulait une série de recommandations clés sur la façon dont divers organismes, bien que leur mission diffère, peuvent mesurer et présenter le rendement des investissements qui leur sont consentis de manière cohérente. L'évaluation établissait une nouvelle norme et proposait des outils de mesure qui fournissent de meilleures occasions de reddition de comptes aux bailleurs de fonds de la recherche en santé. Par ailleurs, sept rapports ont été rédigés à la demande du comité.

Le rapport a permis de mettre en lumière cinq axes en fonction desquels les impacts de la recherche en santé devraient être mesurés : l'avancement des connaissances, le renforcement des capacités de recherche, l'orientation de la prise de décisions, l'amélioration de la santé et du système de santé et la création d'avantages globaux sur les plans social et économique. Il a également permis d'établir un cadre touchant l'ensemble des aspects, des sciences de laboratoire fondamentales à la recherche sur l'état de santé des populations des communautés, en passant par les impacts économiques et sociaux plus vastes. Le JAMC avait accepté de faire paraître un article en ligne au moment de la publication du rapport (janvier 2009), pour ensuite publier une version imprimée (JAMC 2009;180 :528-534). L'évaluation a été intégrée au plan stratégique et à la feuille de route des IRSC en matière d'évaluation, aux procédures d'évaluation des fondations provinciales pour la recherche de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan de même qu'aux procédures de planification du domaine des sciences et de la technologie du gouvernement fédéral. Enfin, plusieurs présentations nationales et internationales ont servi à mettre en application et à promouvoir le rapport.

L'évaluation établissait une nouvelle norme et proposait des outils de mesure qui fournissent de meilleures occasions de reddition de comptes aux bailleurs de fonds de la recherche en santé. Par ailleurs, sept rapports ont été rédigés à la demande du comité

3. Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats

Cette évaluation a été entreprise immédiatement après le forum annuel de 2008 et symbolisait l'engagement des membres à examiner les données relatives au fardeau des maladies chroniques et son importance dans l'ordre du jour canadien en matière de politiques publiques. La rencontre a permis d'établir le besoin de passer d'une vision cloisonnée de la maladie à une vision de la chronicité basée sur la notion de système; de faire la synthèse des leçons que l'on peut tirer de modèles et de nombreuses interventions valables pour la gestion des maladies chroniques et de définir les éléments clés d'une stratégie menant à une transformation viable et durable du système de santé; et de susciter la mobilisation en faveur de transformations au Canada. **Louise Nasmith** (Université de la Colombie-Britannique) et **Penny Ballem** (Université de la Colombie-Britannique) ont été nommées coprésidentes.

Le groupe d'experts a examiné les publications scientifiques et la littérature grise au moyen d'une approche itérative qui a permis d'identifier aussi bien les données établies que les données émergentes du point de vue de la vaste expérience des membres du comité. Une attention particulière a été accordée aux aspects suivants : des études de cas sur la transformation du système de santé dans d'autres pays; les principes du changement dans les systèmes complexes; les résultats suggérés par les réformes et les recherches les plus récentes sur la valeur des soins primaires, y compris un rapport préparé à la demande du comité; et les nouvelles pratiques exemplaires et les innovations sur le terrain concernant une variété de facilitateurs clés.

Tous sont parvenus à un consensus sur la vision suivante : **« Tous les Canadiens qui ont des problèmes de santé chroniques doivent bénéficier de soins de santé spécifiquement adaptés à leurs besoins; l'environnement et le parcours propres à chaque patient doivent s'intégrer à tous les soins offerts par les professionnels de la santé; les patients doivent aussi être en mesure de participer activement aux soins qui leur sont prodigués. »**

Le groupe d'experts a émis six recommandations conçues pour permettre à toutes les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques de bénéficier d'un système de soins dans lequel un clinicien ou une équipe clinique désignés leur offrent les soins primaires et coordonnent les soins spécialisés, la vie durant. De nombreux groupes d'intervenants ont été désignés et ciblés afin de jouer un rôle de mise en œuvre explicite, et les mesures à entreprendre et la façon d'y arriver ont été clairement établies. Le rapport a été présenté lors d'une réunion publique à l'Université d'Ottawa, le 7 décembre 2010. Les recommandations ont été exposées dans différents milieux par Louise Nasmith et ont fait l'objet de nombreuses références dans les publications académiques et non scientifiques. Ces recommandations apparaissent d'ailleurs dans les plans stratégiques de l'ensemble des ministères de la Santé provinciaux (soins axés sur le patient et la famille, mesure de la qualité, et promotion et appui de l'autogestion des soins). Le plus récent appel des IRSC lié à la Stratégie de recherche axée sur le patient vise à développer des réseaux de gestion de la maladie chronique partout au Canada.

4. Le rôle stratégique du Canada en santé mondiale

Cette évaluation est le fruit du forum annuel de 2009 de l'ACSS. Il était alors évident que le Canada s'était taillé une place parmi les chefs de file mondiaux en santé. Toutefois, plusieurs étaient convaincus que le Canada pourrait en faire davantage comme pays si l'on adoptait une stratégie nationale cohérente qui permettait d'unir, de lier et de coordonner l'énergie et les efforts déployés par les particuliers et les organismes, et les aidait à catalyser leur succès. L'ACSS a décidé d'entreprendre une évaluation majeure et a sélectionné **Peter Singer** (Université de Toronto) comme président du comité d'experts. Le Conseil des académies canadiennes a été

nommé responsable du processus d'évaluation; l'ACSS et le CAC quant à eux ont formé conjointement le comité d'experts. Le comité a été chargé d'examiner le rôle actuel du Canada dans la santé mondiale, d'évaluer ses avantages concurrentiels en ce qui a trait aux besoins en santé mondiale et de recommander des mesures visant à optimiser le rôle stratégique du Canada quant à l'utilisation optimale des investissements canadiens en ressources humaines, financières et autres relatives à la santé mondiale. Pour rassembler les données, le groupe d'experts s'est appuyé sur l'étude de rapports internationaux récents; l'analyse documentaire des publications canadiennes récentes sur la santé mondiale (rapports, politiques, cadres proposés); un appel public d'informations officiel; les témoignages de témoins experts; des entretiens ciblés; et tables rondes avec des étudiants sur quatre campus au Canada.

La diffusion publique du rapport a eu lieu en novembre 2011, lors d'un congrès sur la santé mondiale qui se tenait à Montréal. Les trois principaux constats étaient : **1)** l'augmentation de la portée et de la complexité des problèmes complexes en santé mondiale va se poursuivre, **2)** on observe une augmentation des inégalités en santé mondiale dans le contexte de l'instabilité financière et économique qui continue d'affecter la communauté internationale et qui limite de façon importante les ressources disponibles pour les investissements actuels et à venir dans le domaine de la santé mondiale et **3)** il y a des possibilités très intéressantes de nouer des partenariats internationaux entre le Canada et les PRFM afin d'encourager un échange bilatéral de connaissances et de savoir-faire entre le Nord et le Sud, dans tous les secteurs, dans le cadre d'une relation de mise à contribution pertinente et réciproque. Le comité a énoncé cinq rôles que le Canada pourrait jouer, s'appuyant sur des exemples de réussite au pays : **recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire, santé des populations et santé publique, soins de santé primaires axés sur les communautés, partenariats judicieux en éducation et en recherche sur la santé et innovation en santé mondiale.** Le comité a conclu qu'une approche faisant intervenir « tout le Canada » était la plus susceptible d'assurer le succès. Dans un tel scénario, tous les membres de la communauté canadienne des intervenants en santé mondiale, y compris les administrations gouvernementales, collaboreraient en vue de bâtir une stratégie multisectorielle

unique en santé mondiale qui serait ensuite mise en œuvre par les organisations et les institutions les plus appropriées. Un processus en cinq étapes a été proposé, à commencer par le colloque sur la santé mondiale de l'ACSS, puis par l'évaluation du rôle stratégique du Canada. Les étapes suivantes consistaient à poursuivre la phase d'écoute des parties intéressées, former une commission afin d'élaborer une stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale et finalement, créer un mécanisme de contrôle des résultats et de l'impact de la stratégie. En se basant sur la présente évaluation, Peter Singer a entrepris l'élaboration d'un plan qui a mené à l'investissement du gouvernement fédéral dans le lancement des Grands Défis Canada. Cet organisme est voué à appuyer les idées audacieuses en matière d'innovation dans le secteur de la recherche appliquée en science mondiale. En 2014, cette nouvelle ONG avait soutenu presque 700 projets mis en œuvre dans plus de 80 pays et représentant un total de 174 millions de dollars.

5. Le développement des jeunes enfants (SRC/ACSS) 2012

Cette évaluation a été réalisée par l'ACSS en 2010, conjointement avec la Société royale du Canada. Le projet a été commandité par la Norlein Foundation de Calgary. Il était généralement admis que la santé mentale, le bon fonctionnement et le bien-être des enfants, adolescents et adultes étaient le résultat d'une gamme complexe de facteurs biologiques, sociaux et environnementaux interagissant les uns avec les autres au cours de la vie. Un comité d'experts a été formé afin de répondre aux questions suivantes : **1) Existe-t-il des expériences défavorables, telles que la maltraitance, la négligence, une dépendance à une substance ou une maladie mentale chez un membre de la famille, qui conduisent à des troubles de santé mentale ou de comportement, tels qu'une dépendance, chez l'adolescent et le jeune adulte? et 2) Quelles données probantes démontrent l'efficacité des diverses interventions déployées pour atténuer les effets défavorables des facteurs environnementaux sur le développement de l'enfant? Dans quelle mesure ce type d'intervention est-il pratiqué au Canada?** Le comité d'experts était coprésidé par le regretté **Clyde Hertzman** (Université de la Colombie-Britannique) et **Michel Boivin** (Université Laval). Le groupe d'experts s'est appuyé sur les nombreuses données scientifiques

résumées dans l'évaluation de 2000 des National Academies des États-Unis rédigée par Shonkoff et Phillips. Il s'est ensuite attaqué à la revue des progrès formidables réalisés ultérieurement dans les domaines du développement de l'enfant, de l'épidémiologie, des neurosciences, de la génétique, de l'épigénétique et de la prévention. Finalement, les membres du comité ont examiné les rapports émergents d'études longitudinales continues qui avaient été entreprises au cours des années 1980. La rédaction du rapport était fondée sur trois hypothèses de base : **1)** la nécessité d'adopter une perspective développementale à long terme, **2)** l'utilité de recourir à un modèle de santé de la population bioécologique pour décrire la nature multiple de l'environnement et **3)** la nécessité de considérer l'interaction dynamique entre la nature et le milieu dans le contexte du développement.

Le groupe d'experts a conclu que : **1)** il existe une association prédictive entre divers événements défavorables de la petite enfance et une variété de problèmes d'adaptation plus tard dans la vie, **2)** de nouvelles conclusions dans les domaines des neurosciences, de la génétique et de l'épigénétique commencent à élucider les voies et les conditions biologiques en raison desquelles les expériences défavorables pendant l'enfance pourraient avoir des effets à long terme et **3)** des données émergentes indiquent que la violence envers les enfants et ses conséquences peuvent être atténuées si des services particulièrement ciblés, intensifs et soutenus peuvent être offerts.

Le rapport a été publié à l'occasion d'une conférence de presse le 12 novembre 2012, immédiatement avant la tenue d'un colloque intitulé « Les nouvelles approches scientifiques en développement de l'enfant » parrainé par la SRC et l'Institut canadien de recherches avancées. Il a depuis fait l'objet de nombreuses références dans la littérature sur le développement de l'enfant.

6. Effets sur la santé de l'utilisation des armes à impulsions

Les armes à impulsions (AI), communément appelées *TASER*, du nom d'une marque de commerce propre aux dispositifs fabriqués et produits par la société *TASER® International*, sont utilisées par la police canadienne depuis les années 1990. Depuis leur introduction, ces armes font l'objet de controverse et d'incertitude.

En 2010, le Centre des sciences pour la sécurité, à Recherche et développement pour la défense Canada (RDDC), a demandé à l'ACSS de se livrer à une évaluation indépendante, fondée sur des données probantes, de l'état des connaissances relatives aux incidences médicales et physiologiques des armes à impulsions. L'ACSS a établi un partenariat avec le Conseil des académies canadiennes, qui a participé à l'évaluation et fait office de secrétariat dans le cadre de l'exploration scientifique des données probantes. Conjointement, l'ACSS et le CAC ont réuni un comité d'experts sous la présidence de l'honorable juge **Stephen T. Goudge**. Le comité a reçu le mandat de répondre aux trois questions principales suivantes : **1) Quel est l'état actuel des connaissances scientifiques sur les incidences médicales et physiologiques de l'utilisation des armes à impulsions?** **2) Quelles lacunes scientifiques persistent quant à ces incidences?** et **3) Quelles recherches doivent être menées pour combler ces lacunes?** Les membres du comité ont examiné de grandes synthèses des données probantes, des rapports d'examen, des ouvrages; des recherches primaires examinées par des pairs; d'autres documents pertinents (éthique de la recherche, électrophysiologie et génie électrique); documents techniques exposant les résultats de tests réalisés par RDDC; et une démonstration pratique du déploiement d'AI lors d'une visite aux installations de recherche du Centre d'essais techniques de la qualité (CETQ) de la Défense nationale et des Forces canadiennes.

Le rapport a été soumis à titre confidentiel à RDDC en octobre 2013, avant d'être diffusé au grand public. Les cinq principales constatations formulées par le comité étaient les suivantes : **1)** il faut tester chaque dispositif individuellement pour évaluer son rendement, de même que sa capacité d'induire une neutralisation ainsi que de possibles effets nocifs sur la santé, **2)** les complications fatales, quoique biologiquement plausibles, sont extrêmement rares, **3)** bien que les AI puissent contribuer du fait de leurs caractéristiques électriques aux morts subites en détention, il est impossible de confirmer ou d'exclure que les AI ont pu agir comme cause première de décès dans la plupart des situations réelles, **4)** il existe cinq grandes lacunes dans le savoir sur les AI en matière de santé et **5)** la meilleure façon de combler ces lacunes consisterait à mettre en œuvre une série de stratégies intégrées qui mettraient l'accent sur un suivi, une surveillance et une production de rapports

améliorés ainsi que sur des études épidémiologiques fondées sur des populations. Le rapport a fait l'objet de nombreuses références et a été incorporé aux cadres réglementaires et de formation de Sécurité publique Canada et des corps de police canadiens.

7. Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé

Cette évaluation est le fruit du forum de 2011 intitulé « Des soins plus intelligents pour un Canada en meilleure santé : se tourner vers l'innovation des systèmes ». L'événement portait sur différents enjeux, mais on a rapidement constaté qu'il était nécessaire de focaliser sur un seul d'entre eux pour permettre la réalisation d'une évaluation efficace. Il était évident qu'un nouveau système de soins de santé devait être établi à partir de modèles de soins axés sur la collaboration au sein desquels le bon professionnel fournit la meilleure qualité de soins dans le bon contexte et au bon moment en fonction des besoins de chaque patient. On sentait que le fait d'établir les champs d'exercice optimaux de ces fournisseurs de soins constituerait un élément essentiel pour opérer une transformation des soins de santé. Or, les systèmes en place à l'époque qui permettaient d'établir et de réglementer les champs d'exercice avaient davantage favorisé le statu quo que le changement. Ainsi, la question posée au comité d'experts était la suivante : « **Quels champs d'exercice soutiendront le plus efficacement les modèles novateurs à la base d'un système de soins de santé transformé apte à servir l'ensemble de la population du Canada?** »

L'évaluation a été coprésidée par **Jeff Turnbull** de l'Université d'Ottawa et **Sioban Nelson** de l'Université de Toronto. **Ivy Bourgeault** de l'Université d'Ottawa et directrice scientifique du Réseau canadien sur les ressources humaines en santé, a dirigé l'équipe de projet basée dans les bureaux du RCRHS, à Ottawa. Le rapport a été publié en mai 2014, à Toronto, lors d'un congrès de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé. Le document proposait une approche fondée sur des données probantes caractérisée par trois éléments principaux. L'approche était en faveur de modèles de soins novateurs, elle était flexible et pouvait donc répondre aux divers besoins des patients et des communautés et elle

supposait une reddition de comptes au public et aux bailleurs de fonds. En outre, deux niveaux de reddition de comptes ont été suggérés : **1)** d'une part, un modèle de réglementation qui assure la compétence du professionnel de la santé et **2)** d'autre part, un modèle de reddition de comptes intégré à la pratique des soins de santé axée sur la collaboration, soutenu par une structure d'agrément proposée qui garantit que tous les membres travaillent dans leurs champs d'exercice optimaux afin de mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé. Cette évaluation a été largement diffusée dans la presse écrite, a été présentée sous divers formats dans plusieurs milieux partout au Canada et a été citée dans le rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé du gouvernement fédéral publié en juillet 2015.

8. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada

Cette évaluation est née du forum de l'assemblée générale annuelle de l'ACSS qui a eu lieu à Ottawa en 2008 et qui était présidé par **James Lund**, alors doyen de la faculté de médecine dentaire de McGill. L'évaluation était motivée par le fait que, bien que l'état de santé bucco-dentaire des personnes des sociétés occidentales se soit considérablement amélioré, les caries dentaires et les maladies parodontales sont encore très répandues. Le fardeau imposé sur la santé par les affections

buccales est particulièrement élevé pour les groupes défavorisés; toutefois, les coûts de la prévention et de la gestion de ces affections ne sont généralement pas intégrés aux systèmes de soins de santé provinciaux ou territoriaux au Canada. À la suite du décès prématuré de James Lund, les postes de doyen et de président du comité de l'évaluation ont été confiés à **Paul Allison**. Le groupe d'experts a réalisé une revue ciblée de la littérature, en plus de s'appuyer fortement sur les données recueillies dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé menée par Statistique Canada, en partenariat avec Santé Canada. Les données ont été analysées dans un cadre universitaire sécurisé, et des analyses secondaires originales ont été effectuées avec le soutien du Centre de données de recherche de Statistique Canada de Montréal.

L'évaluation a pris fin au cours du printemps 2014, et le rapport correspondant a été publié en plusieurs phases, de sorte à susciter l'intérêt des gens et à créer des communautés d'intérêts en faveur des conclusions de l'étude. La première publication a eu lieu en septembre 2014, à l'occasion d'une réunion nationale organisée par l'Association canadienne de la santé dentaire publique. Le rapport mettait en lumière deux problèmes de fond : **1) les groupes vulnérables vivant au Canada sont à la fois ceux qui ont le plus de problèmes de santé bucco-dentaire et le plus de difficulté à accéder à des soins de santé bucco-dentaire et 2) les systèmes de soins de santé bucco-dentaire publics et privés au Canada ne parviennent pas à offrir efficacement un accès**

En outre, deux niveaux de reddition de comptes ont été suggérés : 1) d'une part, un modèle de réglementation qui assure la compétence du professionnel de la santé et 2) d'autre part, un modèle de reddition de comptes intégré à la pratique des soins de santé axée sur la collaboration, soutenu par une structure d'agrément proposée qui garantit que tous les membres travaillent dans leurs champs d'exercice optimaux afin de mieux répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en matière de santé

raisonnable aux soins de santé bucco-dentaire à toutes les personnes vulnérables vivant au Canada.

Le comité a formulé cinq recommandations principales visant à résoudre les problèmes de fond et à réaliser sa vision « d'équité d'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour toute personne vivant au Canada ». Qui plus est, pour chacune des recommandations, le comité a ciblé des groupes d'intervenants qui devraient mettre les recommandations en pratique. Le rapport a fait l'objet d'une importante couverture médiatique, notamment un article rédigé par Paul Allison paru dans le journal *The Globe and Mail* (le 16 septembre 2014). Finalement, il a suscité l'adhésion de nombreux groupes œuvrant dans les domaines de la santé publique et des soins dentaires.

ACC et évaluations ciblées

1. Apports nutritionnels de référence pour la vitamine D et le calcium

En 2009, le Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition de Santé Canada a entamé des discussions avec l'ACSS en vue de mettre sur pied un comité consultatif concernant un rapport que Santé Canada s'apprêtait à recevoir de la part de l'Institute of Medicine sur les apports nutritionnels de référence pour la vitamine D et le calcium. Santé Canada sollicitait des conseils et de l'expertise qui permettraient à l'organisation d'élaborer, en temps opportun, des lignes directrices à jour à l'intention de la population canadienne en s'appuyant sur les recommandations émises dans le rapport de l'IOM des États-Unis. Le comité consultatif formé par l'ACSS, sous la présidence de **David Goltzman**, de l'Université McGill, s'est réuni pour la première fois en février 2011. Les membres du comité disposaient d'expertise dans les domaines suivants : la nutrition, la croissance et la composition corporelle; la santé nutritionnelle des populations canadiennes présentant un risque élevé (y compris les enfants obèses, les personnes âgées et les Autochtones); la médecine clinique et expérimentale, adulte et pédiatrique; la biochimie clinique et la génétique médicale; le calcium, la vitamine D, la physiologie et la biochimie osseuses; l'épidémiologie et la biostatistique; les politiques et la gouvernance en matière de santé; les changements comportementaux

et l'amélioration organisationnelle; les déterminants sociaux et économiques de la santé, de la nutrition et de l'insécurité alimentaire; et la biodisponibilité et l'innocuité des suppléments nutritifs. Le processus s'articulait autour de réponses formelles aux questions posées par Santé Canada, conformément au rapport publié par l'IOM en novembre 2010. Le comité répondait aux diverses versions des questions, clarifications et suggestions formulées par Santé Canada.

Le rapport du comité consultatif a été soumis à Santé Canada en janvier 2012. Parmi les nombreux enjeux abordés, on comptait les politiques concernant l'enrichissement de l'approvisionnement alimentaire et les problèmes connexes liés à la compréhension du public. Le rapport soulignait également la nécessité de données scientifiques irréprochables sous-jacentes à ce genre de mesures. Il a par ailleurs été observé que des facteurs tels que le statut socio-économique, l'âge et l'origine ethnique avaient une influence énorme sur l'expérience nutritionnelle de divers groupes et les répercussions que les choix en matière de politiques avaient sur eux. La gravité et l'intensité des résultats pour la santé associés aux carences ont été prises en considération. Une attention particulière a été accordée à la nécessité d'examiner attentivement les coûts et les avantages liés aux interventions proposées, en ce qui concerne à la fois la santé publique et l'économie. Les lignes directrices à jour de Santé Canada stipulent que « Santé Canada fait aussi appel à un comité consultatif d'experts indépendant, géré par l'Académie canadienne des sciences de la santé, qui peut examiner certaines questions liées à l'adoption des valeurs relatives aux apports de vitamine D et de calcium et lui fournir des avis ». <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/vitamin/vita-d-fra.php>

2. Étude d'impact de l'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans

L'Institut canadien de recherche sur la santé des militaires et des vétérans (ICRSMV) est un institut virtuel (dont le secrétariat se trouve à l'Université Queen's) qui regroupe 25 universités canadiennes unies par un protocole d'entente créé dans le but de traiter des questions liées à la santé et au bien-être du personnel

militaire, des vétérans canadiens et de leur famille. Recherche et développement pour la défense Canada (RDDC) souhaitait appuyer l'ICRSMV dans la mise au point de paramètres et d'indicateurs visant à mesurer les résultats de ses activités principales, qui sont axées sur la recherche et la publication de résultats scientifiques, complétés par des possibilités d'instruction et l'échange de renseignements et de connaissances. Par conséquent, RDDC a pris contact avec l'ACSS afin qu'elle développe les paramètres et les indicateurs requis en se basant sur l'expérience qu'elle avait préalablement acquise au moment de réaliser son évaluation majeure sur le rendement des investissements consentis en recherche en santé, dont le rapport avait été publié en 2009. Le défunt **Cy Frank**, de l'Université de Calgary, a présidé un comité d'experts de petite taille qui s'est appuyé sur la démarche de l'évaluation antérieure de l'ACSS et a pris en considération les activités et les impacts pertinents dans le contexte de la santé des militaires et des vétérans. Le groupe s'est assuré que les processus et les principaux produits de l'évaluation représentaient les activités les plus importantes de l'ICRSMV, en mettant l'accent sur le développement de capacités. Pour dégager les résultats secondaires, les experts ont déterminé qui étaient les intervenants les plus importants au sein des activités de l'ICRSMV. Étant donné le format de réseaux associé à l'ICRSMV, l'évaluation des réseaux qui le compose a aussi été abordée. Plusieurs catégories d'impacts ont été créées; bon nombre d'entre elles s'ajoutaient aux catégories décrites dans le cadre développé par l'ACSS en 2009. Des recommandations explicites ont été formulées quant à l'adoption par l'ICRSMV d'un cadre de l'ACSS modifié pour : la surveillance et l'évaluation; l'implantation priorisée de catégories d'impacts sélectionnées précédée d'un processus de documentation en début d'étude et prévoyant une mise en œuvre progressive; et le développement d'un partenariat stratégique officiel avec les IRSC pour éviter la duplication des efforts liés à la documentation des impacts de la recherche. Le rapport a été présenté au public à Kingston, en novembre 2012, lors d'une réunion des réseaux de l'ICRSMV.

Forums de l'ACSS

Sodium alimentaire : harmonisation des directives nationales et internationales avec les données probantes actuelles (en collaboration avec la Fédération mondiale du cœur)

Du 14 au 16 mai 2014, l'ACSS a coorganisé (de pair avec la Fédération mondiale du cœur [FMC]) un Consensus Conference on Nutrition [congrès de concertation sur la nutrition], qui s'est tenu au Population Health Research Institute de l'organisme Hamilton Health Sciences et de l'Université McMaster. La FMC et l'ACSS avaient établi des directives claires concernant les conflits d'intérêts, le parrainage financier et les responsabilités du comité à la tête du programme. L'ensemble de la réunion a été organisé par un comité composé de cinq personnes provenant de la FMC et de l'ACSS.

L'ACSS a pris en charge la tenue d'un symposium sur le sodium alimentaire : *L'harmonisation des directives nationales et internationales avec les données probantes actuelles*, et la FMC s'est occupée d'autres nutriments. La portion de la réunion ayant trait au sodium mettait en vedette des conférenciers du Groupe sur la charge mondiale de morbidité, du Groupe de travail sur le sodium du Canada, du Groupe des Directives sur l'apport en sodium de l'OMS et du Comité des lignes directrices de l'American Heart Association. Les présentations des intervenants ont fourni du contexte essentiel à la présentation de nouvelles données (dont le rapport de juin 2013 du Comité d'experts de l'IOM sur l'apport en sodium des populations) remettant en question certaines des données probantes sous-jacentes aux recommandations relatives à des restrictions strictes sur le sodium alimentaire. Les présentations ont été suivies d'un atelier animé par le Dr Stuart Macleod de l'Université de la Colombie-Britannique auquel participaient les conférenciers sur le sodium. **Stuart MacLeod**, de concert avec **John Cairns** (en tant que membre du comité de planification), a préparé un résumé des présentations, qui peut être consulté dans le site Web de l'ACSS, de même qu'un commentaire publié : (JAMC 2015;187:95-96).

Forums annuels

Dans le cadre de ses assemblées générales annuelles, l'ACSS présente des forums d'une durée d'une journée sur des sujets d'importance actuelle pour la santé de la population canadienne.

Un éventail de conférenciers, y compris des membres de l'ACSS et d'autres experts du Canada et d'ailleurs, présentent leur point de vue, qui est remis en question par l'entremise de discussions et de débats vigoureux. Les forums donnent souvent lieu à des évaluations majeures. Voici une liste des forums tenus à ce jour :

2005 – Le programme d'évaluation de l'ACSS (coprésidents : **Judith Hall** et **Peter Tugwell**)

2006 – Comment l'ACSS peut-elle remplir sa mission? (coprésidents : **Paul Armstrong** et **Martin Schechter**)

2007 – Le rendement des investissements consentis en recherche en santé (coprésidents : **Cy Frank**, **Andreas Laupacis** et **Martin Schechter**)

2008 – L'amélioration de l'accès aux soins de santé bucco-dentaire au Canada (président : **Jim Lund**) et
– Comment transformer le système de santé pour s'acquitter du fardeau associé à la maladie chronique (coprésidentes : **Penny Ballem** et **Louise Nasmith**)

2009 – Le rôle stratégique du Canada en santé mondiale (président : **Peter Singer**)

2010 – Soins de santé personnalisés : épigénétique, éthique, éducation et économie (présidente : **Catharine Whiteside**)

2011 – Des soins plus intelligents pour un Canada en meilleure santé : se tourner vers l'innovation des systèmes (présidente : **Carol Herbert**)

2012 – Soins de fin de vie au Canada : les 100 derniers jours (présidente : **Deborah Cook**)

2013 – Usage de substances et accoutumance (coprésidents : **Anthony Phillips** et **Martin Schechter**)

2014 – Commercialiser la recherche en santé au bénéfice de la santé, de la société et de l'économie : vers une approche fondée sur des données probantes (coprésidents : **Rick Riopelle** et **Cy Frank**)

2015 – Le défi de la démence : faire face à la vague croissante de ce trouble d'ici 2025 (coprésidents : **Howard Feldman** et **Carole Estabrooks**)

Le **Prix international de la recherche en santé Henry G. Friesen** a été créé en 2005 par les Amis des IRSC en hommage au leadership du Dr Friesen, à ses qualités de visionnaire ainsi qu'à ses contributions novatrices à la recherche et aux politiques en matière de santé. Le président des AIRSC, **Aubie Angel**, chapeaute cette initiative. Ce prix annuel comporte une récompense en argent et donne lieu à la présentation d'une conférence ou d'une série de conférences par un orateur accompli et de renommée internationale sur des sujets relatifs aux progrès de la recherche en santé et à l'évolution des contributions de cette dernière à la société. Le Prix est financé par un vaste éventail de donateurs, notamment les universités canadiennes que le gagnant visite. L'ACSS participe à la sélection du gagnant, qui prononce un discours lors de l'assemblée générale annuelle de l'Académie. La conférence est conçue pour rejoindre le plus vaste auditoire possible et a lieu dans de grandes villes canadiennes.

Les récipiendaires du Prix ont été :

- 2006 – **Joseph B. Martin** (Université Harvard);
- 2007 – **John Evans** (Université de Toronto);
- 2008 – **Howard Varmus** (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NIH);
- 2009 – **John Bell** (Université d'Oxford);
- 2010 – **Shirley Tilgman** (Université Princeton);
- 2011 – **Victor Dzau** (Université Duke, IOM);
- 2012 – **Marc Tessier-Lavigne** (Université Rockefeller);
- 2013 – **Harvey Fienberg** (Université Harvard, IOM);
- 2014 – **Lap-Chee Tsui** (Université de Hong Kong);
- 2015 – **Paul Nurse** (Francis Crick Institute).

La **catégorie « membre éminent »** a été établie en 2007 et représente le plus grand honneur décerné par l'Académie. Ce titre est uniquement octroyé aux personnes qui satisfont aux critères habituels requis pour être membre, mais dont les réalisations dans le secteur de la santé se distinguent à un point tel qu'elles font partie du groupe très restreint de personnes jugées dignes de cette désignation. En tout temps, il ne peut pas y avoir plus que dix membres éminents. Jusqu'à présent,

les personnes ayant été nommées membres éminents sont : **John Evans** (Université de Toronto) (décédé en 2015), l'honorable **Monique Bégin** (Université d'Ottawa), l'honorable **Michael Kirby**, **Calvin Stiller** (Université Western), **Stephen Lewis** et **David Sackett** (Université McMaster) (décédé en 2015).

La **catégorie de Membre Honoraire** a été créée comme une distinction désignée à ceux qui peut-être ne répondent pas aux exigences du titre de membre, mais qui ont rendu service exemplaire à l'Académie ou qui ont versé des contributions extraordinaires à son succès. Ces personnes sont reconnues pour leurs contributions, financières ou autres, au bien-être de l'Académie. **Kenneth Fung** (UBC) est notre seul Membre Honoraire.

La **Conférence Paul Armstrong** a été créée en 2013 en l'honneur du président fondateur de l'Académie canadienne des sciences de la santé. À ce jour, cet honneur a été accordé à Jean Rouleau (2013, Université de Montréal), Peter Singer (2014, Université de Toronto) et David Naylor (2015, Université de Toronto).

Le Conseil des académies canadiennes

L'élan pour la création des Académies canadiennes des sciences a repris à la suite du discours du Trône prononcé en octobre 2004.

Les présidents des académies membres (l'ACSS, la SRC et l'ACG) ont alors fondé un groupe de travail chargé de la mise en œuvre et formé un conseil provisoire. Ces collectifs ont travaillé en étroite collaboration avec le conseiller national des sciences, Arthur Carty, et les fonctionnaires d'Industrie Canada, qui avaient été chargés de piloter le projet des ACS au sein du gouvernement. Les négociations entourant la conclusion d'une entente de financement entre le gouvernement et les ACS se sont avérées difficiles, principalement en raison des dispositions gouvernementales concernant les opérations financières avec les académies membres. En mars 2005, les trois académies ont accepté à contrecœur de signer l'entente de financement, et les fonds qui leur seraient alloués ont finalement été déterminés. La séance inaugurale du conseil des gouverneurs a eu lieu en septembre 2005 et, le mois suivant, le Conseil du Trésor a approuvé le financement accordé. Peu après, des bureaux ont été

créés et en juin 2006, l'organisation est devenue le Conseil des académies canadiennes.

Le CAC a été conçu afin de fournir au gouvernement du Canada un corps permanent qui lui permettrait d'avoir accès à des évaluations scientifiques indépendantes, officielles et fondées sur des données probantes portant sur une vaste gamme de questions complexes liées aux politiques. Ces questions seraient soumises par les ministères et les organismes gouvernementaux, avec l'approbation des ministres du gouvernement fédéral concernés. Le CAC réalise ses évaluations d'une manière très semblable à celle adoptée par l'ACSS, en prenant soin de bien définir la question, en sélectionnant avec minutie le président et les membres du comité responsable, en effectuant une revue de la littérature et en délibérant pendant plusieurs mois. Les dernières étapes du processus comprennent une révision externe et la publication du rapport en français et en anglais. Le CAC a connu des débuts assez lents,

publiant sa première évaluation en 2007. Or, depuis, l'organisation a trouvé son rythme de croisière, produisant 31 évaluations au cours de ses dix premières années d'existence. Le modèle de financement de ces évaluations diffère de celui de l'ACSS : le CAC se voit allouer un budget prédéfini par le gouvernement fédéral pour la réalisation d'environ cinq évaluations par année, qui sont prescrites par le gouvernement. Pour sa part, l'ACSS doit amasser des fonds pour chacune des évaluations effectuées, en sollicitant la participation de commanditaires ou en recevant des propositions de commanditaires potentiels.

Malgré le niveau élevé de satisfaction des différents ministères à l'endroit des évaluations réalisées par le CAC, le Conseil a connu une période d'incertitude considérable concernant le renouvellement du financement qui lui était accordé. Le budget fédéral de 2015 a

prévu des fonds de 15 millions de dollars au cours des cinq prochaines années. L'ACSS entretient des relations de travail étroites avec le CAC depuis l'élaboration d'une déclaration d'entente (de concert avec la SRC et l'ACG) en 2010. Moyennant des frais, le CAC procure un éventail de services administratifs à l'ACSS. Le président et le président désigné de l'ACSS sont membres du conseil des gouverneurs du CAC. L'ACSS se montre diligente et proactive le moment venu de recommander des membres pour siéger au Comité consultatif scientifique et aux divers comités d'experts du CAC. Par ailleurs, en 2015, l'ACSS a fortement appuyé les propositions relatives au renouvellement du financement octroyé au CAC. Finalement, l'ACSS a mené deux évaluations majeures en partenariat avec le CAC (sur la santé mondiale et les armes à impulsions).

ACSS – perspectives d'avenir

La mission et les objectifs de l'ACSS ont été formulés en 2004-2005. Au cours de la décennie suivante, 577 exceptionnels scientifiques des domaines de la santé ont été salués par l'Académie et se sont engagés à servir le public canadien. Les membres de l'Académie forment les assises en constante évolution de l'organisation.

Un exercice formel de planification stratégique réalisé en 2011 a permis d'établir de nombreux secteurs où la croissance avait été fructueuse, mais en a également cerné d'autres nécessitant des efforts plus ciblés pour mener à l'atteinte de nos objectifs. L'exercice de planification stratégique a été refait en 2014, et sept engagements en ont découlé : (i) renforcer l'engagement des membres de l'ACSS, (ii) améliorer la continuité et l'uniformité des procédures pour les évaluations, (iii) améliorer les communications, (iv) mettre en place des systèmes financiers plus efficaces et transparents, (v) établir un processus de planification des assemblées générales annuelles plus formel, (vi) établir des partenariats pertinents et (vii) renforcer les relations gouvernementales.

À l'heure où l'Académie célèbre son dixième anniversaire, le besoin d'une académie nationale canadienne pour les sciences de la santé est encore plus marqué qu'à nos débuts. En effet, le Canada fait face à des enjeux d'une grande complexité qui

prennent de l'ampleur, notamment les cellules souches et les technologies reproductives, la médecine personnalisée, les maladies qui menacent le monde et le bioterrorisme. Par ailleurs, une avalanche de nouveaux agents et dispositifs pharmaceutiques et une population vieillissante menacent d'entraîner des coûts de santé insoutenables. L'ACSS aspire à aider la population canadienne à relever ces défis et à en concrétiser les promesses. Pour ce faire, elle mettra à profit l'expertise et les talents de sa ressource la plus précieuse : ses membres. Or, pour stimuler cette ressource et accomplir notre mission, nous devons nous investir avec énergie afin d'obtenir des commandites auprès des gouvernements, entreprises et philanthropes – tous ces joueurs qui partagent un engagement envers la santé des générations présentes et futures. Nous souhaitons les inciter à collaborer à notre plein potentiel afin que nous puissions continuer d'offrir « des conseils en vue de contribuer à la bonne santé de la population canadienne ».

Le conseil des gouverneurs de l'ACSS

Présidents



Membres

Paul Allison, McGill (2013-16)
 Paul Armstrong, U of A (2005-09)
 Dina Brooks, U of T (2014-17)
 John Cairns, UBC (2009-17)
 Alistair Cribb, U of C (2012-15)
 Greta Cummings, U of A (2012-15)
 Dale Dauphinee, McGill (2011-13)
 Janice Eng, UBC (2011-14)
 Jocelyn Feine, McGill (2010-13)
 Cy Frank, U of C (2011-14)
 Carlton Gyles, U of Guelph (2005-06)
 David Golzman, McGill (2012-14)
 Jean Gray, Dalhousie (2014-present)
 Jane Green, Memorial (2014-16)
 Pavel Hamet, U of Montreal (2005-08)
 Carol Herbert, UWO (2010-19)
 Wayne Hindmarsh, U of T (2013-16)
 Ellen Hodnett, U of T (2009-12)
 Celeste Johnson, McGill (2005-06)
 Joy Johnson, UBC (2007-09)
 Jay Kalra, U of S (2010-14)
 Kevin Keough, Memorial U (2005-08)
 Bartha Knoppers, McGill (2008-11)
 Mary Law, McMaster (2009-11)
 James Lund, McGill (2008-09)

Noni Macdonald, Dalhousie (2008-11)
 Tom Marrie, Dalhousie (2009-15)
 Wayne Martin, U of Guelph (2009-12)
 Patrick McGrath, Dalhousie (2005-07)
 Jonathan Meddings, U of C (2014-18)
 Barbara Morongiello, U of Guelph (2012-13)
 Louise Potvin, U of Montreal (2013-17)
 Dorothy Pringle, U of T (2005-07)
 Remi Quirion, McGill (2007-10)
 Linda Rabineck, U of T (2014-21)
 Kim Raine, U of A (2014-21)
 Carole Richards, U Laval (2006-07)
 Martin Schechter (2005-11)
 Barry Sessle, U of T (2005-07)
 Robert Sindelar, UBC (2010-13)
 Peter Singer, U of T (2010-12)
 Robyn Tamblyn, McGill (2008-12)
 Sally Thorne, UBC (2013-16)
 Peter Tugwell, U of O (2005-08)
 Jacques Turgeon, U of Montreal (2005-09)
 Catharine Whiteside, U of T (2005-13)

Directrice des opérations et adjointe administrative du président, Allison Hardisty

Membres du Comité permanent sur les évaluations

Paul Armstrong	2009-14	Pavel Hamet	2006-09
John Cairns	2006-11, Président '09-'11	Paul Hebert	2012-17
Timothy Caulfield	2006-10	Carol Herbert	2012-14
Andre-Pierre Contandripoulos	2006-09	Andreas Laupacis	Président 2006-09
Alistair Cribb	2006-09	Mohammed Mamdani	2014-17
Dale Dauphinee	2009-16, Président '12-'13	Helen Polatajko	2012-17
Tom Feasby	2014-17	Dot Pringle	2006-14
Pierre-Gerlier Forest	2009-17	Carol Richards	2009-11
Jean Gray	2006-11, Présidente '14-'17	Noraloo Rous	2014-17
Jeremy Grimshaw	2009-17	Ingrid Sketris	2012-14
Judith Hall	2014-17	Mathew Spence	2006-14
		Sharon Strauss	2014-17
		Peter Tugwell	2006-17
		Sharon Wood-Dauphinee	2006-09

Membres du Comité de sélection des membres

David Hawkins	2005	Ellen Rukholm	2005-12	William (Bill) Fraser	2013-17
Carlton Gyles	2005-07	Barry Sessle	2005-12	Louise Potvin	2013-17
Jean Gray	2005-08	Wayne Martin	2008-09	Richard Riopelle	2013-15
Pavel Hamet	2005-08	Jay Kalra	2008-12	Dina Brooks	2014-17
Carol Herbert	2005-08, 2013-15	Sally Thorne	2008-13	Davy Cheng	2014-17
Mary Law	2005-08	Johanne Desrosiers	2009	Yves De Koninck	2014-17
Carol Richards	2005-08	Ian Bowmer	2009-13	Bilkis Vissandjee	2014-17
Jacques Turgeon	2005-08	Annette Majnemer	2009-13	Walter W Rosser	2014-17
Lorne Tyrrell	2005-08	Karen Mann	2009-14	Kishor Wasan	2014-17
Alastair Cribb	2005-09	John Fairbrother	2010-16	Bill Avison	2015-17
John Cairns	2005-09, 2012-13	Anita Molzahn	2010-16	Roy Cameron	2015-17
Lindsay Nicolle	2005-10	Stuart MacLeod	2010-13	Paul Allison	2015-17
Dorothy Pringle	2005-10	John Prescott	2010-14	Jay Cross	2015-17
Catharine Whiteside	2005-10	Robert Sindelar	2010-14		
Wayne Hindmarsh	2005-11	Tom Marrie	2011-12		
Chris Overall	2005-11	Michel Bergeron	2011-13		
Kevin Keough	2005-12	Susan Harris	2011-14		
		Chris McCulloch	2012-14		
		Andrea Baumann	2013-17		

Références

1. Armstrong PW, Dempster IJ, Hawkins DG, et al. The birth of the Canadian Academy of Health Sciences. *Clin Invest Med* 2005; 28: 43-45.
2. Schechter MT, Armstrong PW. The Canadian Academy of Health Sciences: coming of age at the right time. *CMAJ* 2008; 178: 1029-31.
3. Hall JG, Bainbridge L, Buchan A, et al. A meeting of minds: interdisciplinary research in the health sciences in Canada. *CMAJ* 2006; 175:763-771.
4. Frank C, Nason E. Health research: measuring the social, health and economic benefits. *CMAJ* 2009; 180:528-534
5. Cook D, Rocker G. End of life care in Canada: A report from the Canadian Academy of Health Sciences Forum. *Clin Invest Med* 2013; 36: E112-3.
6. MacLeod SM, Cairns JA. Controversial sodium guidelines: Scientific solution or perpetual debate? *CMAJ* 2015;187:95-96).
7. Canadian Academy of Health Sciences. www.cahs-acss.ca The website provides access to all CAHS assessments and executive summaries in English and French and their appendices in English. Records of all Annual Forums and other relevant documents may be accessed.
8. The Council of Canadian Academies. www.scienceadvice.ca
9. The Royal Society of Canada. www.rsc-src.ca
10. The Canadian Academy of Engineering. www.cae-acg.ca
11. Henry G Friesen IInternational Prize in Health Research. www.fcibr.ca/prize/