

DES CANADIENS QUI FONT UNE DIFFÉRENCE

LE COMITÉ D'EXPERTS SUR LE RÔLE STRATÉGIQUE
DU CANADA EN SANTÉ MONDIALE



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



DES CANADIENS QUI FONT UNE DIFFÉRENCE

LE COMITÉ D'EXPERTS SUR LE RÔLE STRATÉGIQUE
DU CANADA EN SANTÉ MONDIALE

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Académie canadienne des sciences de la santé. Comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale
Des Canadiens qui font une différence [ressource électronique] / Le comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada
en santé mondiale

Publ. aussi en anglais sous le titre : Canadians making a difference.

Comprend des réf. bibliogr. et un index.

Genre de fichier informatique : Monographie électronique en format PDF.

Publ. aussi en format imprimé.

ISBN 978-0-9877815-1-2

1. Santé mondiale--Recherche--Canada. 2. Santé mondiale--Politique gouvernementale--Canada. I. Académie canadienne des sciences de la santé II. Titre.

RA441.C36 2011b

362.10971

C2011-906407-3



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

L'Académie canadienne des sciences de la santé

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) offre des conseils scientifiques en vue de contribuer à la bonne santé de la population canadienne. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif créé en 2004 et conçu pour œuvrer en partenariat avec la Société royale du Canada et l'Académie canadienne du génie. Ces trois organismes sont les trois membres fondateurs du Conseil des académies canadiennes. L'Institut canadien de médecine académique, qui a joué un rôle de premier plan dans la mise sur pied de l'Académie canadienne des sciences de la santé, a veillé à ce que son mandat englobe tout l'éventail des autres disciplines des sciences de la santé.

Le modèle de l'ACSS est l'Institute of Medicine des États-Unis. L'ACSS fournit en temps voulu des évaluations éclairées et indépendantes sur des questions urgentes qui touchent la santé des Canadiens et des Canadiennes. Le processus de travail de l'ACSS 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 affecte souvent la recherche de solutions aux problèmes difficiles dans le secteur de la santé. Les évaluations effectuées par l'ACSS offrent une analyse objective des données scientifiques disponibles, indépendamment des considérations politiques et selon une perspective axée sur l'intérêt du grand public.

Les commanditaires dont émane la demande d'évaluation ont leur mot à dire en ce qui concerne la définition du cadre dans lequel s'inscrit la question à l'étude; mais ils n'ont aucune influence sur les résultats de l'évaluation ni sur le contenu du rapport. Chaque évaluation de l'ACSS est préparée par un comité d'experts nommés par l'ACSS et est elle-même évaluée de façon approfondie par des examinateurs externes qui restent anonymes pour le comité d'experts et dont les noms ne sont révélés qu'une fois que le rapport a été publié. L'approbation finale de la publication et de la diffusion d'un rapport de l'ACSS relève exclusivement du conseil des gouverneurs de l'ACSS.

L'ACSS se compose de membres élus issus de diverses disciplines, tant au sein du secteur de la santé qu'en dehors de ce secteur. Il s'agit à la fois d'un organisme regroupant des membres honorifiques et d'un organisme de recherche sur les politiques publiques. Les membres sont élus à l'ACSS à l'issue d'un processus rigoureux d'examen par les pairs dont les critères portent sur les aspects suivants : preuves du rôle de chef de file, créativité, compétences caractéristiques et engagement à faire progresser les études et la recherche sur les sciences de la santé.

LE COMITÉ D'EXPERTS SUR LE RÔLE STRATÉGIQUE DU CANADA EN SANTÉ MONDIALE

Les membres du comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale représentent tout un éventail d'expertises et de perspectives et sont la manifestation concrète de la réputation de l'Académie canadienne des sciences de la santé en matière d'objectivité, d'intégrité et de

compétence. Tous ces membres ont fait don de leur temps et de leur expertise en vue d'étudier cette question cruciale et ils ont dû faire une déclaration par écrit sur tous les conflits d'intérêts potentiels qui pourraient les concerner.

Peter A. Singer (président), OC, MSRC, MACSS	PDG, Grands Défis Canada, et directeur, McLaughlin-Rotman Centre for Global Health, Réseau de santé universitaire, Université de Toronto (Toronto, Ont.)
Lorne A. Babiuk, OC, MSRC, MACSS	Vice-recteur à la recherche, Université de l'Alberta (Edmonton, Alb.)
Jenn Brenner	Professeure clinicienne agrégée, Université de Calgary (Calgary, Alb.)
Lorna Jean Edmonds	Directrice exécutive, Relations internationales, Université Western Ontario (London, Ont.)
Timothy Grant Evans	Doyen, James P. Grant School of Public Health, Université du Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) (Dhaka, Bangladesh)
Michael R. Hayden, CM, MSRC, MACSS	Directeur et scientifique principal Centre for Molecular Medicine and Therapeutics, Université de la Colombie-Britannique (Vancouver, C.-B.)
Jody Heymann	Directrice fondatrice, Institut des politiques sociales et de la santé, Université McGill; chaire de recherche du Canada sur la santé et les politiques sociales dans le monde (Montréal, Qc)
Prabhat Jha, MACSS	Directeur fondateur, Centre for Global Health Research, Hôpital St. Michael's (Toronto, Ont.)
Aleksandra Leligdowicz	Résidente en médecine interne, Université de la Colombie-Britannique (Vancouver, C.-B.)
Anita M. McGahan	Doyenne associée à la recherche, directrice de thèse, professeure et titulaire de la Chaire Rotman en gestion, Rotman School of Management, Université de Toronto (Toronto, Ont.)
James J. Orbinski, OC	Professeur de médecine et de sciences politiques, Université de Toronto (Toronto, Ont.)
Jeff Reading, MACSS	Professeur et directeur, Centre for Aboriginal Health Research, Université de Victoria (Victoria, C.-B.)
Allan Ronald, OC, MSRC, MACSS	Professeur émérite, Université du Manitoba (Winnipeg, Man.)
Nelson K. Sewankambo	Professeur de médecine interne et principal, College of Health Sciences, Université Makerere (Kampala, Ouganda)
Peter Tugwell, MACSS	Directeur, Centre de recherche sur la santé mondiale, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa (Ottawa, Ont.)

COMITÉ CONSULTATIF SCIENTIFIQUE MIXTE

À l'automne 2010, l'ACSS a demandé au Conseil des académies canadiennes (CAC), organisme indépendant à but non lucratif offrant son appui à des études d'experts basées sur des données objectives dont la fonction est d'orienter l'élaboration de politiques publiques au Canada, de lui apporter son aide spécialisée

en vue de former un comité d'experts chargé d'examiner le rôle stratégique du Canada en santé mondiale et d'effectuer l'évaluation conformément aux politiques et aux procédures standard du CAC. La supervision de cette évaluation a été assurée par un comité consultatif scientifique mixte réunissant l'ACSS et le CAC :

Académie canadienne des sciences de la santé

John Cairns (coprésident), MACSS	Professeur de médecine, Université de la Colombie-Britannique (Vancouver, C.-B.)
Dale Dauphinee, MACSS	Clinical and Health Informatics Research Group, Université McGill (Montréal, Qc)
Robyn Tamblyn, MACSS	Professeure, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill (Montréal, Qc)
Noni MacDonald, MACSS	Professeure, Département de pédiatrie, Université Dalhousie (Halifax, N.-É.)

Conseil des académies canadiennes

Tom Brzustowski (coprésident), OC, MSRC, MACG	Professeur RBC Groupe Financier en commercialisation de l'innovation, École de gestion Telfer, Université d'Ottawa (Ottawa, Ont.)
Susan McDaniel, MSRC	Professeure de sociologie et titulaire de la chaire de recherche Prentice sur la population et l'économie mondiales, Université de Lethbridge; chaire de recherche du Canada (niveau 1) sur la population mondiale et les parcours de vie (Lethbridge, Alb.)
Jean Gray, C.M., MACSS	Professeure de médecine (émérite), Université Dalhousie (Halifax, N.-É.)
Bill Pulleyblank	Professeur en recherche opérationnelle, US Military Academy, West Point (New York, NY)

PERSONNEL RESPONSABLE DU PROJET

Équipe d'évaluation au Conseil des académies canadiennes :

Christina Stachulak, directrice principale de programmes

David Brook, rédacteur

Emmanuel Mongin, associé de recherche

Kristen Cucan, coordonnatrice de programmes

Avec l'aide de :

Accurate Design & Communications Inc., conception du rapport

Clare Walker, conseillère en rédaction

Phil Hadridge, conseiller en scénarios

Pierre Igot, traducteur agréé (ang.-fra.)

EXAMINATEURS EXTERNES

Ce rapport a été examiné, à l'état d'ébauche, par un groupe d'examineurs sélectionnés par le comité consultatif scientifique mixte. La liste de ces examinateurs est fournie ci-dessous. Les examinateurs ont évalué l'objectivité et la qualité du rapport. Leurs soumissions (qui resteront confidentielles) ont été pleinement prises en compte par le comité d'experts et la plupart de leurs suggestions ont été intégrées

dans le rapport. Personne n'a demandé aux examinateurs d'approuver les conclusions du rapport et ils n'ont pas vu la dernière ébauche du rapport avant sa publication. Le comité auteur du rapport et l'Académie canadienne des sciences de la santé se partagent l'entière responsabilité du contenu de la version finale du rapport. Les examinateurs externes étaient les personnes suivantes :

Zulfiqar Ahmed Bhutta	Président fondateur et professeur, Division of Women and Child Health, Université Aga Khan (Karachi, Pakistan)
Arun Chockalingam	Directeur, Office of Global Health, National Heart, Lung, and Blood Institute (Bethesda, MD)
Michel Chrétien, OC, MSRC, MACSS	Scientifique émérite en maladies chroniques, Institut de recherche en santé d'Ottawa (Ottawa, Ont.)
Haile T. Debas	Directeur, Global Health Institute, Université de la Californie, San Francisco (San Francisco, CA)
Nick Drager	Professeur honoraire en politiques sanitaires mondiales, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Londres, Royaume-Uni) et professeur en application des politiques publiques et en diplomatie sur la santé mondiale, Université McGill (Montréal, Qc)
John W. Frank, MACSS	Directeur, Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy (Edinburgh, Royaume-Uni)
Paul Grand'Maison, MACSS	Vice-doyen des études de médecine de premier cycle, Faculté de médecine et de sciences de la santé, Université de Sherbrooke (Sherbrooke, Qc)
Dianne Jean-François	Directrice pour Haïti, Catholic Medical Missions Board (Port-au-Prince, Haïti)
Bartha Maria Knoppers, OC, MACSS	Directrice, Centre de génomique et politiques, Faculté de médecine, Département de génétique humaine, Université McGill (Montréal, Qc)
Elmer Alejandro Llanos Cuentas	Professeur titulaire, Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Pérou)
Stuart M. MacLeod, MACSS	Professeur, Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique (Vancouver, C.-B.)
Kathleen McLaughlin	Directrice (associée principale), McKinsey & Company (Toronto, Ont.)
Clare Pain, MSRC	Directrice du programme des traumatismes psychologiques, Hôpital Mount Sinai (Toronto, Ont.)
Jeffrey L. Sturchio	Directeur général et président du conseil, Global Health Council (Washington, DC)
Kue Young, CM, MACSS	Professeur et titulaire de la chaire TransCanada Pipelines, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto (Toronto, Ont.)

La procédure d'examen du rapport a été contrôlée, au nom du conseil des gouverneurs de l'ACSS et du comité consultatif scientifique mixte, par **John Cairns** et **Susan McDaniel**. Dr Cairns est professeur de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique. M^{me} McDaniel est professeure de sociologie et titulaire de la chaire de recherche Prentice sur la population et l'économie mondiales à l'Université de Lethbridge et titulaire de

la chaire de recherche du Canada (niveau 1) sur la population mondiale et les parcours de vie. Leur rôle était de s'assurer que le comité d'experts prenne en compte de façon entière et équitable les soumissions des personnes ayant examiné le rapport. Le conseil des gouverneurs de l'Académie canadienne des sciences de la santé se fie aux conseils de ces examinateurs lorsqu'il s'agit de décider de publier le rapport du comité d'experts.

Lettre de la présidente de l'Académie canadienne des sciences de la santé

Je suis extrêmement heureuse de pouvoir présenter, au nom de l'Académie canadienne des sciences de la santé, le présent rapport sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale, dont le titre très approprié est *Des Canadiens qui font une différence*. Comme ce rapport le montre clairement, les Canadiens bénéficient en ce moment d'une conjoncture favorable qui leur permet de tirer un véritable profit des réussites individuelles qu'ils connaissent dans leurs activités et des ressources dont ils disposent aujourd'hui pour produire un impact plus important sur la santé mondiale.

Je tiens à adresser mes sincères remerciements au comité d'experts présidé par Peter A. Singer pour le travail remarquable qu'il a effectué afin de mener à bien ce rapport fondé sur des données objectives incontestables, qui servira sans nul doute de plate-forme en vue de poursuivre la discussion et de mobiliser les chefs de file dont le domaine de la santé mondiale a besoin. Comme le montre chaque page du rapport, chacun des membres du comité a fait généreusement don de son temps et de ses efforts afin de produire un tel résultat.

Je tiens également à remercier la présidente du Conseil des académies canadiennes (CAC), Elizabeth Dowdeswell,

qui s'est fait la championne du partenariat entre nos deux organismes. C'est le CAC qui a géré, sous la direction de Christina Stachulak, le processus pour cette évaluation bien particulière et nous sommes reconnaissants au CAC d'avoir contribué à l'évaluation grâce à ses normes et ses procédures établies. Je suis reconnaissante au comité consultatif scientifique mixte qui a supervisé le processus et au groupe d'examineurs dont les efforts ont garanti l'intégrité et la rigueur du rapport produit. Pour finir, j'aimerais remercier la Fondation Rockefeller, sanofi pasteur et le McLaughlin-Rotman Centre for Global Health de leur soutien généreux, qui a permis la réalisation de cette évaluation.

La direction de l'Académie canadienne des sciences de la santé se réjouit à l'idée d'avoir de nombreuses discussions enrichissantes avec les parties intéressées en vue de faire fructifier les résultats présentés dans ce rapport.



D^{re} Catharine I. Whiteside, MD, PhD, FRCPC, MACSS
Présidente (2009–2011), Académie canadienne des sciences de la santé

Lettre du président du comité d'experts

Au cours de la dernière année, le comité d'experts a pu constater que les activités en cours et les accomplissements de multiples personnes, organismes et institutions du Canada dans le domaine de la santé mondiale étaient d'une grande diversité et d'une vaste portée et ce constat a été pour lui une grande source d'inspiration. Il est clair qu'il y a au Canada des scientifiques, des décideurs, des bénévoles, des entrepreneurs et de nombreuses autres personnes qui font une vraie différence dans la santé des personnes et des communautés, tant ici au Canada qu'ailleurs, dans certaines des régions les plus pauvres et les plus reculées de la planète.

Le Canada a été et est toujours, pour nos générations, un chef de file en santé mondiale. Mais comme le montre ce rapport, notre pays pourrait encore faire mieux si nous avions une stratégie nationale cohérente en santé mondiale permettant de réunir les efforts et les énergies des personnes et organismes concernés, d'établir des liens entre eux et de coordonner leurs activités en jouant pour eux un rôle de catalyseur.

Nous sommes, avec tous les Canadiens qui s'intéressent à la santé mondiale, très reconnaissants envers les personnes suivantes : les membres distingués du comité d'experts, les présidentes de l'Académie canadienne des sciences de la santé et du Conseil des académies canadiennes (Catharine Whiteside et Elizabeth Dowdeswell), les coprésidents du comité consultatif scientifique mixte (John Cairns, qui s'est occupé de cette évaluation depuis le tout début, et Tom Brzustowski) et les organismes ayant commandité l'évaluation (la Fondation Rockefeller, sanofi pasteur et le McLaughlin-Rotman Centre for Global Health). Nous sommes également grandement redevables aux membres du personnel du Conseil des académies canadiennes qui ont géré la procédure d'évaluation et à l'équipe remarquable qui a préparé ce rapport, dont Christina Stachulak, qui a géré le travail du comité d'experts avec tant de sérieux et de grâce,

David Brook, qui a transformé les discussions du comité d'experts en un document très convaincant, Emmanuel Mongin, Kristen Cucan et les conseillers Clare Walker et Philip Hadridge.

J'aimerais, à titre personnel, adresser mes remerciements à Joseph L. Rotman, qui a été un grand mentor pour moi au fil des ans et qui est intimement convaincu que le Canada a un rôle crucial à jouer dans la santé mondiale. J'adresse également mes remerciements à ma famille. L'expérience de ma femme Heather en bénévolat dans des pays en voie de développement, où elle a prodigué des soins de santé à des personnes dans le besoin, m'a clairement montré combien il était urgent d'agir. En 20 années d'exercice de sa profession en Amérique du Nord, Heather n'avait été le témoin d'aucun décès d'enfant ou de femme. Au bout de deux semaines de travail en Afrique, elle avait déjà connu les deux. En quoi est-il juste qu'une femme africaine coure 100 fois plus de risques de mourir lors d'un accouchement qu'une femme canadienne? Cette disparité sur le plan de la santé et du taux de mortalité est l'une des questions d'éthique les plus pressantes de notre époque.

La présente évaluation ne marque pas la fin de la discussion sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale. Nous espérons au contraire qu'elle sera le début d'un débat national de plus grande envergure qui débouchera à terme sur la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie audacieuse en santé mondiale de la part de ce grand pays qui est le nôtre.



Dr Peter A. Singer, O.C., MD, MPH, FRSC, FCAHS
Président, comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale
Secrétaire aux affaires étrangères, Académie canadienne des sciences de la santé

Résumé

Il y a au Canada des personnes travaillant à titre individuel et des institutions et organismes dont les efforts font une vraie différence dans la mise en évidence des problèmes cruciaux de santé mondiale et dans la résolution de ces problèmes. À la différence d'autres pays à revenu élevé (PRE), cependant, il manque au Canada une stratégie nationale multisectorielle sur cet enjeu de plus en plus complexe que constitue la santé mondiale. En septembre 2010, l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a assemblé un comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale, chargé d'évaluer la question de savoir si le Canada devrait jouer un rôle plus stratégique en santé mondiale. Le mandat du comité d'experts était très clair : évaluer les données disponibles et définir des rôles stratégiques potentiels pour le Canada dans le domaine de la santé mondiale.

LA SITUATION ACTUELLE EN SANTÉ MONDIALE

Après avoir examiné toute une série de définitions de la santé mondiale tirées de publications et de revues savantes parues récemment, le comité d'experts s'est entendu pour utiliser, pour encadrer son travail, la définition suivante, qui est énoncée dans un article fréquemment cité de la revue *The Lancet*¹ paru en 2009 :

La santé mondiale est un domaine d'étude, de recherche et de pratique dont la priorité est d'améliorer la santé et de permettre à l'ensemble des habitants de la planète de jouir de façon équitable d'une bonne santé. La santé mondiale met l'accent sur les enjeux, les déterminants et les solutions qui transcendent les frontières dans le

domaine de la santé; elle fait intervenir de nombreuses disciplines, tant au sein des sciences de la santé qu'en dehors de ce domaine, et favorise la collaboration interdisciplinaire; enfin, elle est une synthèse des efforts de prévention à l'échelle des populations et des soins cliniques à l'échelle individuelle.

La première tâche du comité d'experts était de déterminer s'il y avait des arguments justifiant que le Canada joue un rôle plus stratégique en santé mondiale. Pour cela, le comité a exploré deux questions fondamentales, dont la première était la suivante : « Si le Canada *ne joue pas* un rôle plus stratégique en santé mondiale, est-ce que cela aura des conséquences importantes? »

Pour répondre à cette question, le comité a examiné la situation actuelle en santé mondiale et l'impact possible des problèmes actuels de santé mondiale sur le Canada et les pays à revenu faible ou moyen (PRFM). Le constat du comité est qu'il y a un déséquilibre disproportionné dans la répartition de la charge mondiale de morbidité entre les PRFM et les PRE. Mais on retrouve les mêmes inégalités de répartition au sein même des PRE, lorsque leur population comprend des groupes à risque dont l'état de santé est nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population. Quant à la charge de mortalité liée aux maladies infectieuses et parasitaires, c'est dans les PRFM qu'elle est de loin la plus élevée. Dans le même temps, la fréquence et l'impact des maladies non transmissibles, y compris des problèmes de santé mentale, sont également en augmentation rapide dans ces pays. Si on ne prend pas des mesures importantes, il est probable que le niveau des inégalités en matière de santé continuera de croître, tant à l'échelle mondiale qu'au Canada.

¹ Koplan, J. P., et al. (2009). « Towards a common definition of global health. » *The Lancet*.

L'analyse du comité a débouché sur trois principaux constats :

- L'augmentation de la portée et de la complexité des problèmes complexes en santé mondiale va se poursuivre.
- 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.
- 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 se fonde sur ces constats pour répondre à la première question en disant qu'il y aurait bel et bien des conséquences directes et indirectes importantes si le Canada choisissait de *ne pas* jouer un rôle plus stratégique en santé mondiale.

PRINCIPES POUR LE RÔLE DU CANADA EN SANTÉ MONDIALE

Le comité d'experts a énoncé une série de trois principes fondamentaux qui devraient servir à orienter l'élaboration et la mise en œuvre des rôles, des programmes et des activités stratégiques du Canada pour aujourd'hui et pour l'avenir dans le domaine de la santé mondiale :

1. **Équité** – Il faut s'attaquer explicitement aux inégalités en matière d'accès aux soins de santé et dans les résultats obtenus pour la santé.
2. **Efficacité** – Dans un monde où les problèmes sont sans limites et les ressources limitées, il est indispensable que les investissements en ressources aient le plus grand impact possible.
3. **Engagement** – Les problèmes qu'on retrouve couramment dans bon nombre de contextes nationaux offrent des possibilités de mettre en place des relations d'échange d'informations et de réciprocité et d'élaborer des solutions communes.

RÔLE ACTUEL DU CANADA EN SANTÉ MONDIALE

La deuxième question fondamentale que le comité d'experts a explorée est la suivante : « Si le Canada joue effectivement un rôle plus stratégique en santé mondiale, est-ce qu'il a les ressources ou les capacités nécessaires pour faire une différence? » Dans son examen des rôles actuels du Canada en santé mondiale, le comité d'experts a constaté que de nombreux secteurs de l'économie et de la société canadiennes apportaient des contributions substantielles dans le domaine de la santé mondiale. Le gouvernement fédéral, par exemple, investit plus de 559 millions de dollars par an dans la santé mondiale, dans le cadre de cinq principaux rôles :

- aide au développement,
- financement de la recherche et de l'innovation,
- soutien à des organisations et à des initiatives multilatérales,
- offre de secours en cas de catastrophe,
- garantie de la sécurité sanitaire.

Le milieu universitaire canadien est actif dans l'enseignement, la recherche, le réseautage et le développement des capacités dans les PRFM. On constate également, dans les établissements d'enseignement supérieur, un vif intérêt et un engagement fort de la part des étudiants vis-à-vis du domaine de la santé mondiale.

La société civile canadienne (organisations non gouvernementales (ONG), fondations philanthropiques / organismes caritatifs, associations professionnelles dans le secteur de la santé, etc.) participe au développement des capacités et à l'aide technique dans les PRFM, au militantisme et aux secours en cas d'urgence, ainsi qu'à la recherche et à l'élaboration de politiques publiques.

Enfin, le secteur privé joue un rôle crucial en santé mondiale. Les secteurs de la finance, des télécommunications et des produits et services de santé ont tous un impact direct et indirect sur la santé mondiale. Et plus généralement, toutes sortes d'entreprises ont un impact sur les problèmes de santé mondiale dans le cadre de leurs processus de production et d'approvisionnement et de leurs programmes de responsabilité sociale d'entreprise (RSE). On note également le rôle de plus en plus important du secteur privé au Canada dans la mise en place de partenariats et de relations d'apprentissage réciproque avec des petites et moyennes entreprises (PME) dans les PRFM.

Les Canadiens à titre individuel et les organisations et institutions canadiennes entreprennent toutes sortes d'activités et apportent toutes sortes de contributions en santé mondiale. L'impact collectif de ces réussites, cependant, est souvent moindre que ce qu'il pourrait être, en raison de l'absence d'un cadre national ou d'une stratégie nationale en santé mondiale.

FORCES, OBSTACLES ET POSSIBILITÉS

En raison de sa taille relativement petite et de ses ressources relativement limitées, il est important que le Canada concentre ses activités en santé mondiale sur les domaines où il est déjà fort et a un avantage comparatif. Le comité d'experts a ainsi mis en évidence les forces suivantes :

1. Importance de la valeur accordée à l'accès universel aux soins de santé
2. Possibilité pour les individus de faire preuve de qualités de chef de file en santé mondiale
3. Efficacité des normes réglementaires
4. Solidité de la politique étrangère et sanitaire
5. Programmes qui ont fait leurs preuves en sécurité sanitaire mondiale
6. Innovation dans les vaccins, de la découverte à la distribution
7. Chefs de file reconnus en innovation et en recherche en santé
8. Système éducatif de calibre international
9. Chefs de file mondiaux en recherche sur la santé des Autochtones
10. Chefs de file mondiaux sur les déterminants sociaux de la recherche sur la santé
11. Dynamisme du secteur philanthropique
12. Force de l'engagement en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Le comité a également mis en évidence sept obstacles importants qui limitent l'impact des investissements du Canada en santé mondiale :

1. Il n'y a pas de vision unificatrice pour la santé mondiale au Canada.
2. Il y a souvent peu de coordination entre les acteurs canadiens en santé mondiale.
3. Les cheminements de carrière en santé mondiale dans les établissements d'enseignement supérieur sont souvent peu clairs.

4. Les décisions de politique économique et sociale sont souvent prises sans tenir suffisamment compte de leur impact potentiel sur la santé.
5. On n'applique souvent que de façon limitée ce qu'on sait sur les déterminants sociaux de la santé dans les politiques et les mesures adoptées.
6. Il y a des contraintes importantes sur le plan des ressources au sein du gouvernement, dans le secteur privé et dans la société civile.
7. Les pistes pour susciter l'intérêt des gens pour la santé mondiale sont limitées.

En dépit de ces obstacles, la conclusion du comité d'experts, en réponse à la deuxième question fondamentale, est que le Canada a bel et bien des ressources et des capacités suffisantes pour apporter une contribution importante en santé mondiale. Le comité a ensuite comparé les forces et les priorités du Canada en santé mondiale à celles de quatre autres instances internationales (l'Union européenne, les États-Unis, la Suisse et le Royaume-Uni) et mis en évidence cinq domaines où le Canada a la possibilité d'être un chef de file mondial :

- 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,
- innovation en santé mondiale.

POSSIBILITÉS STRATÉGIQUES POUR LE CANADA EN SANTÉ MONDIALE

Le comité d'experts a énoncé, à partir des possibilités mises en évidence ci-dessus, cinq rôles que le Canada pourrait jouer dans le cadre d'une stratégie multisectorielle en santé mondiale. Ces cinq rôles sont cités dans un ordre arbitraire, sans priorité.

Recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire

Au Canada, les communautés autochtones sont confrontées à tout un éventail de problèmes de santé particuliers, avec entre autres la plus grande fréquence de maladies comme le diabète et d'autres incapacités. En raison de ces problèmes, le Canada a acquis des forces importantes en santé des Autochtones et en santé circumpolaire. Le

Canada a un rôle potentiel important à jouer en santé mondiale pour ce qui est d'améliorer spécifiquement la santé des Autochtones et la santé circumpolaire. En jouant un tel rôle, le Canada faciliterait la prestation de services dans les communautés dans le cadre de centres de santé intégrés. La prestation des soins serait complétée par des programmes d'éducation et de promotion de la santé fondés sur des données objectives et des recherches faites dans les communautés. Les étudiants et les chercheurs joueraient, en collaboration avec les communautés locales, le secteur public et le secteur privé, un rôle crucial dans l'exploration de solutions innovantes sur le plan technologique, social et organisationnel en vue de surmonter les difficultés auxquelles sont confrontées les communautés autochtones à travers le monde.

Santé des populations et santé publique

Les Canadiens ont des antécédents solides sur la scène internationale en matière de programmes de santé publique et de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Le Canada pourrait s'appuyer sur ces forces pour améliorer de façon importante sa contribution en santé mondiale, en renforçant son travail sur les déterminants sociaux de la santé en collaboration avec d'autres pays, tout en poursuivant son travail solide en santé publique. Le Canada pourrait garantir que les programmes et initiatives d'envergure internationale dans le domaine de la santé prennent en compte les déterminants sociaux de la santé quand ils définissent la portée de leur financement et qu'ils intègrent les données de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé dans leurs processus d'élaboration. Le gouvernement fédéral mettrait à profit la base de connaissances existantes pour évaluer l'impact sur la santé de toutes les politiques sociales et économiques majeures. Le Canada collaborerait également avec d'autres pays pour mettre en place un système plus transparent d'évaluation des progrès accomplis par rapport aux fondements sociaux de la santé des populations sur lesquels on s'est déjà entendus.

Le gouvernement fédéral a fait des investissements importants en vue de mieux comprendre l'impact des principales politiques de santé publique, par le biais des six Centres de collaboration nationale en santé publique. Il serait possible de mettre à profit ces bases solides pour soutenir l'impulsion des efforts du Canada sur la scène internationale en matière de prévention, de dépistage, de réaction aux situations de pandémie et de promotion

de la santé, afin de réduire le fardeau que représentent les maladies non transmissibles.

Soins de santé primaires axés sur les communautés

L'un des atouts importants du Canada en santé mondiale est le fait que certains Canadiens et organismes donateurs canadiens sont des chefs de file en soins de santé primaires axés sur les communautés. Les solides capacités du Canada en formation des travailleurs de la santé pourraient contribuer, dans un esprit d'apprentissage réciproque, à élaborer des programmes de formation initiale et de perfectionnement professionnel pour les travailleurs de la santé des PRFM à tous les niveaux, ce qui pourrait renforcer les systèmes de santé primaires. Des organismes professionnels, des projets universitaires et des particuliers entretiennent depuis longtemps des relations avec des partenaires à travers le monde et contribuent au renforcement des équipes locales de praticiens dans les pays dont les ressources de formation et le personnel de haut rang sont limités, ainsi que dans les pays et les communautés qui se rétablissent après une catastrophe humanitaire.

La réflexion sur les leçons tirées de notre propre expérience en matière de soins de santé primaires et l'exploitation du savoir-faire des autres, en particulier de nos partenaires locaux, devraient permettre au Canada de nouer des liens de partenariat avec des communautés, des institutions et des gouvernements des PRFM en vue de soutenir la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de systèmes de soins de santé primaires durables et basés dans les communautés. Il est de plus en plus nécessaire de disposer de cadres complets, précis et faciles à mettre en œuvre pour l'évaluation des soins de santé primaires. Les ONG, les universités, les collèges et les organismes professionnels du Canada pourraient participer, en collaboration avec d'autres organismes, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'outils d'évaluation des soins de santé primaires qui pourraient être utilisés au niveau local, régional ou national.

Partenariats judicieux en éducation et en recherche sur la santé

Le Canada pourrait mettre à profit ses partenariats existants et établir de nouveaux partenariats équitables et mutuellement bénéfiques avec des institutions des PRFM pour renforcer les ressources humaines et les

infrastructures, tant au Canada que dans les PRFM, tout en complétant les activités et les forces canadiennes en santé des populations, en santé publique et en soins de santé primaires axés sur les communautés. Le Canada mettrait à profit l'intérêt croissant pour la santé mondiale chez les étudiants et les membres du corps professoral des universités afin de mettre en place des cadres dans lesquels on pourrait proposer des orientations professionnelles multidisciplinaires attrayantes dans le secteur de la santé mondiale. On pourrait renforcer davantage cet intérêt pour la santé mondiale en aidant des Canadiens engagés et qualifiés à nouer des liens de partenariat avec des institutions des PRFM, dans le cadre d'un réseau transdisciplinaire de centres d'excellence entre les établissements canadiens et les institutions des PRFM.

On créerait des mesures incitatives fortes en vue de financer la collaboration des chercheurs canadiens et des chercheurs des PRFM sur les questions de santé mondiale et le développement des infrastructures locales de recherche et de formation dans les PRFM qui sont nécessaires pour susciter la recherche dans les institutions partenaires de ces pays. Dans le cadre de ces efforts de développement des capacités, on pourrait mettre sur pied des centres d'excellence avec un financement consacré spécialement à l'enseignement, à la formation et à la recherche, selon des critères convenus avec les pays partenaires. Enfin, sur le thème de l'importance des indicateurs de réussite et de l'évaluation, le Canada contribuerait à établir des réseaux multilatéraux en vue de produire des données objectives permettant d'améliorer les politiques au Canada et dans les PRFM.

Innovation en santé mondiale

Le Canada dispose d'un éventail important de forces en santé mondiale en ce qui a trait à l'innovation et à la recherche, dans des domaines comme la santé des mères et des enfants, les maladies non transmissibles (dont les problèmes de santé mentale) et certaines maladies infectieuses. Le Canada a donc la possibilité d'être un innovateur en santé mondiale. Ce rôle s'appuierait sur un engagement en matière d'*innovation intégrée* : combiner les innovations scientifiques et technologiques aux innovations sociales et commerciales pour produire un impact fort, généraliser les activités et les rendre durables. Ce rôle mettrait également à profit la base existante d'investissements du Canada en santé mondiale, dans le cadre d'initiatives comme l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM) et le Fonds d'innovation pour

le développement (FID), offertes par Grands Défis Canada. Les étudiants et les professeurs auraient également la possibilité d'apporter leur contribution en santé mondiale.

On mettrait également en place des mesures incitatives en vue d'encourager le secteur privé à participer davantage en tant que collaborateur et catalyseur crucial de l'innovation. Le Canada pourrait soutenir la création de PME innovantes dans les PRFM, en développant la tendance lancée par le Fonds Acumen et d'autres. La réussite de l'innovation en santé mondiale favoriserait la mise en œuvre d'approches innovantes complémentaires dans d'autres domaines du développement, comme l'agriculture, l'énergie et l'eau. Si le secteur privé était mis à contribution et si on lui donnait des moyens d'agir, cela ferait une différence en santé mondiale, non seulement en raison des engagements qu'il prendrait en matière de responsabilité sociale d'entreprise, mais aussi dans ses activités et ses investissements au quotidien. D'autres pays trouveraient dans l'exemple canadien une source d'inspiration et entreprendraient leurs propres initiatives et créeraient leurs propres institutions en matière de développement axé sur l'innovation.

ÉTAPES SUIVANTES

Le comité d'experts a conclu son évaluation par une analyse de la meilleure manière de susciter le leadership nécessaire pour que les cinq possibilités stratégiques se concrétisent dans une stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale pour l'avenir. Les prochaines étapes consisteraient, de façon générale, à repenser la façon dont le Canada approche l'aide internationale dans différents secteurs et à évoluer vers un modèle permettant à ses partenaires dans les PRFM de bâtir les économies et les systèmes de santé de demain.

La conclusion du comité est qu'une approche faisant intervenir « tout le Canada » serait la plus conforme aux trois principes fondamentaux et celle qui aurait le plus de chances de permettre de réaliser les cinq possibilités définies pour le rôle stratégique du Canada en santé mondiale. Dans un tel scénario, tous les membres de la communauté 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.

Le mandat du comité d'experts n'était pas de faire des recommandations, mais de situer le contexte

d'une discussion entre les décideurs, en y incluant des personnes et des organismes des différents secteurs : gouvernement, milieu universitaire, société civile et secteur privé. Cela suppose que toutes les parties intéressées (décideurs, entrepreneurs, chercheurs, organismes à but non lucratif et grand public au Canada) soient mises à contribution dans le cadre d'un débat général et continu sur la santé mondiale.

Le comité propose un processus en cinq étapes pour aller de l'avant. Les deux premières étapes de ce processus sont déjà achevées : la mise à contribution d'un noyau de chefs de file en santé mondiale (ce que l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a accompli grâce à son colloque sur la santé mondiale à l'automne 2009) et la réalisation de la présente évaluation.

La troisième étape du processus — la poursuite de la phase d'écoute des parties intéressées — pourrait commencer au début de 2012, avec une convocation des chefs de file en santé mondiale de tous les secteurs de la santé pour qu'ils examinent les résultats de cette évaluation. On pourrait, en guise de quatrième étape, former une commission sur la santé mondiale, qui serait composée de chefs de file nationaux de haut rang issus de différents secteurs : gouvernement, médias, organismes religieux/spirituels, organisations de la société civile, entreprises du secteur privé, etc. Cette commission élaborerait une

stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale, avec des recommandations, des variables et des indicateurs spécifiques permettant de mesurer le niveau de réussite au fil du temps, en mettant à profit les observations recueillies lors de la phase d'écoute antérieure. La dernière étape serait de créer un mécanisme de contrôle des résultats et de l'impact de la stratégie, afin d'obtenir une rétroaction et de pouvoir améliorer les choses de façon continue.

L'observation essentielle du comité d'experts est que, s'il y a au Canada des personnes, des organismes, des institutions, des agences et des ministères qui jouent des rôles importants et substantiels en santé mondiale, l'impact de ces contributions pourrait être maximisé si on adoptait une approche cohérente de la santé mondiale. Le Canada dispose des forces et des ressources nécessaires pour contribuer à la résolution des problèmes urgents de santé mondiale qui affectent les gens au Canada et dans les PRFM.

La conclusion du comité est qu'il y a des arguments incontestables justifiant que le Canada joue un rôle plus stratégique en santé mondiale. La probabilité que ce but se réalise serait nettement confirmée et renforcée par une approche plus coordonnée concernant tous les membres de la communauté canadienne œuvrant dans le domaine de la santé mondiale.

Tableau des matières

1. Introduction et mandat confié au comité d'experts	1
1.1 Mandat confié au comité d'experts	1
1.2 Approche et méthodologie	2
1.3 Auditoires	3
1.4 Plan du rapport	3
2. Situation actuelle en santé mondiale.	4
2.1 Situation actuelle en santé mondiale.	5
2.2 Les conséquences de l'inaction.	10
3. Principes de passage à l'action	12
3.1 Principes pour la santé mondiale	12
3.2 Évaluation des principes	13
4. Rôle actuel du Canada en santé mondiale.	15
4.1 Rôle du secteur public	15
4.2 Rôle du milieu universitaire	18
4.3 Rôle de la société civile	21
4.4 Rôle du secteur privé	23
4.5 Rôle de chef de file des personnes, des institutions et des organisations.	27
5. Forces, obstacles et possibilités	29
5.1 Forces du Canada dans le domaine de la santé mondiale	29
5.2 Obstacles réduisant l'impact	34
5.3 Rôle du Canada dans le contexte international.	36

6. Possibilités stratégiques pour le Canada en santé mondiale	41
6.1 Recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire	41
6.2 Santé des populations et santé publique.	43
6.3 Soins de santé primaires axés sur les communautés	46
6.4 Partenariats judicieux en éducation et en recherche sur la santé	49
6.5 Innovation en santé mondiale	53
7. Étapes suivantes	56
7.1 De l'évaluation à la stratégie.	57
7.2 Entamer une discussion plus générale.	58
Liste de références	60
Annexe 1: Témoins experts à la réunion du comité d'experts du 7 au 9 décembre 2010	68
Annexe 2: Investissements du Canada en santé mondiale.	70
Sigles et abréviations	72

1. Introduction et mandat confié au comité d'experts

En septembre 2010, l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a lancé une nouvelle évaluation importante intitulée *Le rôle stratégique du Canada en santé mondiale*. L'ACSS a demandé au Conseil des académies canadiennes (CAC) d'assurer la gestion du processus d'évaluation. L'ACSS et le CAC se sont chargés ensemble de nommer les membres du comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale en novembre 2010, avec pour objectif de préparer un rapport complet, détaillé et fondé sur des données objectives concernant le rôle du Canada en santé mondiale.

La fonction de cette évaluation n'est pas de faire des recommandations spécifiques concernant des mesures à prendre. Le comité s'est fixé pour tâche de rassembler, d'analyser et d'évaluer le corpus de données objectives sur les rôles actuels du Canada en santé mondiale et ses rôles potentiels à l'avenir. En outre, au chapitre 7, le comité énonce une piste possible pour aller de l'avant dans l'élaboration d'une stratégie en santé mondiale pour le Canada, qui comprendrait des recommandations spécifiques et des indicateurs permettant de mesurer le niveau de réussite dans la mise en œuvre de ces recommandations.

1.1 Mandat confié au comité d'experts

Le mandat confié au comité d'experts était le suivant :

Le rôle du comité d'experts sera d'examiner le rôle actuel du Canada en santé mondiale, d'évaluer ses avantages comparatifs dans le contexte des besoins en santé mondiale et de recommander des mesures en vue d'optimiser le rôle stratégique du Canada, grâce à l'utilisation optimale des investissements canadiens en ressources humaines, financières et autres se rapportant à la santé mondiale.

Pour cela, le comité d'experts accomplira les tâches suivantes :

Définir les éléments composant le rôle actuel du Canada en santé mondiale.

- Cartographier les activités actuelles du gouvernement fédéral du Canada en santé mondiale et, dans la mesure du possible, les activités des gouvernements provinciaux et des organisations non gouvernementales dans le domaine.
- Mettre en évidence des exemples récents d'activités (couronnées de succès ou moins fructueuses) caractéristiques du rôle du Canada en santé mondiale et rassembler une documentation sur ces exemples.

Énoncer les raisons pour lesquelles le Canada devrait jouer un rôle plus important en santé mondiale.

- Définir des indicateurs et des critères permettant de mesurer l'impact d'un rôle plus important du Canada.

Mettre en évidence les domaines dans lesquels le Canada est fort par rapport aux chefs de file de la planète en santé mondiale et les occasions qu'a le Canada d'assumer un rôle plus stratégique en santé mondiale.

- Définir les contributions actuelles et potentielles de divers secteurs — gouvernement, milieu universitaire, société civile et secteur privé — dans le rôle du Canada en santé mondiale.
- Se concentrer plus particulièrement sur les possibilités de canaliser de façon constructive l'intérêt croissant pour la santé mondiale sur les campus universitaires du Canada en vue d'appuyer le rôle du Canada.
- Analyser le contexte canadien par rapport aux rôles et aux pratiques exemplaires d'autres acteurs sur la scène internationale et aux recommandations de

rapports récents sur la santé mondiale émanant des États-Unis, du Royaume-Uni et d'autres pays — clarifier les points de repère et les aspects sur lesquels le Canada peut jouer un rôle plus stratégique.

- *Mettre en évidence les grands obstacles relevant des structures et des politiques publiques, s'il y en a, qui empêchent le Canada de jouer un rôle plus stratégique en santé mondiale.*

Élaborer des scénarios recommandant des mesures spécifiques qui permettront au Canada (dans le cadre de divers secteurs, dont le gouvernement, le milieu universitaire, la société civile et le secteur privé) d'assumer des rôles stratégiques ayant un grand impact en santé mondiale et qui définiront les domaines où le Canada pourrait devenir un chef de file.

- *Les scénarios devront comprendre une évaluation claire et développée du coût que représenterait l'absence de mesures et définir les coûts de renonciation si on choisissait de maintenir le cap actuel.*
- *Les scénarios incarneront de façon concrète les suggestions adressées à l'ACSS et aux autres acteurs en santé mondiale en vue de maximiser l'impact du rapport.*

Le comité d'experts a abordé tous les éléments du mandat sauf deux : la définition d'indicateurs spécifiques et la mise en évidence d'exemples récents d'activités moins fructueuses du Canada en santé mondiale. Le comité a eu le sentiment qu'il n'était pas possible de définir des indicateurs pertinents, puisqu'on ne lui demandait pas de faire des recommandations spécifiques; il a cependant décrit, au chapitre 7, un processus permettant d'entreprendre un tel travail. Par ailleurs, étant donné qu'il est difficile de déterminer ce qui constitue une réussite dans le contexte de la santé mondiale, le comité a préféré se concentrer sur les exemples d'activités qui montrent des personnes, des organismes et des institutions qui font une différence en santé mondiale.

1.2 Approche et méthodologie

Le comité d'experts se compose principalement d'experts du milieu universitaire représentant divers domaines liés à la santé mondiale, comme l'économie, l'épidémiologie, l'éthique, le développement international et la santé publique. Le comité est présidé par Peter A. Singer, secrétaire aux affaires étrangères de l'ACSS, PDG de

Grands Défis Canada et directeur du McLaughlin-Rotman Centre for Global Health.

Le comité a, dès le début du processus, reconnu ses propres limitations, comme la nécessité de faire en sorte que les autres secteurs soient mieux représentés (même si plusieurs membres du comité avaient acquis une expérience importante dans la société civile, au gouvernement et dans le secteur privé), de même que les PRFM. Pour remédier à ces limitations, le comité a recueilli des témoignages et eu des entretiens ciblés avec des témoins experts, de façon à prendre en compte le point de vue de tous les secteurs et sous-secteurs du domaine de la santé mondiale. Et, même si bon nombre des membres du comité sont issus du milieu universitaire, ils sont aussi des praticiens de premier plan dans leur domaine; ils ont donc été choisis pour faire partie du comité tant en raison de leur expérience dans l'application de leurs connaissances que pour leurs titres de compétence universitaires.

Le comité s'est réuni dans son ensemble à trois reprises sur une période de 12 mois. Il y a également eu de fréquentes téléconférences et autres formes de communication entre le comité d'experts et ses sous-groupes pendant cette période.

Dans cette évaluation, le comité d'experts a adopté une conception non discriminatoire de ce qui constituait des données objectives. Il est conscient du fait que le domaine de la santé mondiale ne dispose pas, dans bien des cas, du même corpus de données quantitatives que les autres domaines liés à la santé. En raison de cette limitation, le comité s'est efforcé de garantir que les données objectives utilisées dans l'évaluation soient d'un caractère approfondi comparable à celui des données utilisées dans les autres évaluations récentes de la santé mondiale effectuées dans d'autres pays, comme il l'explique au chapitre 5 du rapport.

Dans la mise au point de son corpus de données objectives, le comité s'est appuyé sur un éventail de sources aussi large que possible, faisant intervenir la société civile, les secteurs public et privé, les programmes en santé mondiale basés dans les universités, les chercheurs universitaires et les organismes professionnels. Pour rassembler les données, il s'est appuyé sur les sources suivantes :

- étude des rapports internationaux récents sur la santé mondiale (émanant de l'Institute of Medicine et du Center for Strategic and International Studies aux États-Unis, du Royaume-Uni, de la Suisse et de l'Union européenne);

- analyse documentaire des publications canadiennes récentes sur la santé mondiale (rapports, politiques, cadres proposés);
- appel public d'informations (qui a suscité 77 réponses);
- témoignages de 30 témoins experts (voir à l'annexe 1 la liste des témoins experts que le comité a entendus);
- six entretiens ciblés (voir à l'annexe 1 la liste des personnes interviewées);
- tables rondes avec des étudiants sur quatre campus universitaires au Canada;
- expérience et expertise professionnelles des membres du comité d'experts.

Même si le comité s'est efforcé de mettre à contribution un large groupe de parties intéressées, le nombre d'experts et de personnes interrogés dans le secteur privé et le secteur des organismes à but non lucratif n'a pas été aussi élevé qu'il aurait pu l'être idéalement.

L'avant-dernière ébauche du rapport du comité d'experts a été minutieusement évaluée par 15 examinateurs anonymes, dont les commentaires ont été soigneusement pris en compte et discutés lors d'une réunion du comité. Des personnes nommées conjointement par le CAC et par l'ACSS ont contrôlé ce processus d'examen afin de s'assurer que tous les commentaires des examinateurs avaient bien été pris en compte.

1.3 Auditoires

Les principaux auditoires auxquels s'adresse cette évaluation sont les différents acteurs en santé mondiale au Canada : les décideurs du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux qui dirigent et subventionnent les activités du Canada en santé mondiale; les étudiants, les professeurs et les administrateurs des universités et des collèges; et les chefs de file dans la société civile et le secteur privé. La population canadienne dans son ensemble est un autre auditoire pour ce rapport. À mesure que la santé mondiale prendra de l'importance, il sera essentiel de mettre à contribution et d'informer le grand public au Canada sur les principaux enjeux de la santé mondiale. Le rôle que l'ACSS devra continuer de jouer sera de s'assurer que les résultats du rapport font l'objet d'une vaste communication et servent de point de départ pour la poursuite des discussions avec tous les auditoires concernés.

1.4 Plan du rapport

Le rapport présente les résultats des délibérations du comité d'experts et du processus d'évaluation. Il est structuré de la façon suivante :

Le **chapitre 2** entame l'exploration des raisons pour lesquelles le Canada devrait jouer un rôle plus stratégique en santé mondiale, en analysant la situation actuelle dans la santé mondiale et les répercussions des principaux défis en santé mondiale tant pour le monde dans son ensemble que pour le Canada. Le chapitre se conclut par une brève discussion sur les conséquences possibles si le Canada ne passe pas à l'action.

Le **chapitre 3** énonce un ensemble de principes fondamentaux qui devraient dorénavant servir à orienter le rôle du Canada en santé mondiale et quelques buts spécifiques, avec des indicateurs de réussite pour chacun.

Le **chapitre 4** examine les rôles actuels en santé mondiale que jouent le secteur public, le milieu universitaire, la société civile, le secteur privé et diverses institutions et organisations canadiennes.

Le **chapitre 5** analyse ces rôles actuels en santé mondiale afin de mettre en évidence les principales forces du Canada, ainsi que les principaux obstacles qui l'empêchent, à l'heure actuelle de maximiser l'impact de ses investissements en santé mondiale. Ce chapitre passe également en revue les priorités internationales et les pratiques exemplaires en santé mondiale, afin de mettre en évidence les principaux domaines où le Canada a l'occasion de jouer un rôle.

Le **chapitre 6** explore en détail les rôles potentiels que le Canada pourrait jouer pour profiter des occasions évoquées au chapitre 5 et l'impact potentiel de chacun de ces rôles.

Le **chapitre 7** énonce une piste possible pour aller de l'avant et élaborer une stratégie en santé mondiale pour le Canada qui comprendrait des recommandations spécifiques et des indicateurs permettant de mesurer le succès de la mise en œuvre de ces recommandations.

2. Situation actuelle en santé mondiale

Le Canada a une longue tradition d'excellence dans le domaine de la santé mondiale. Dès les années 1950, des scientifiques canadiens des Connaught Medical Research Laboratories de l'Université de Toronto apportaient des contributions essentielles à la découverte et à la commercialisation du vaccin Salk contre la polio. Plus de 50 ans plus tard, il y a toujours des personnes et des organismes et institutions au Canada qui s'intéressent et sont attachés à la santé mondiale. Cet intérêt et cet attachement sont tout particulièrement évidents sur les campus universitaires à travers le pays. Les étudiants sont de plus en plus nombreux à penser que le Canada peut et devrait jouer un grand rôle de chef de file en santé mondiale et qu'ils ont eux-mêmes une contribution importante à apporter à la santé mondiale².

À la différence d'autres pays à revenu élevé, comme les États-Unis, le Royaume-Uni et la Suisse, le Canada n'a pas de rôle stratégique structuré à l'échelle nationale en matière de santé mondiale. La première tâche du comité a donc été d'expliquer si le Canada devrait effectivement jouer un rôle plus stratégique en santé mondiale et, le cas échéant, d'énoncer les raisons pour lesquelles il devrait le faire.

Le comité a choisi pour cela de chercher à répondre à deux questions fondamentales :

1. Si le Canada *ne joue pas* un rôle plus stratégique en santé mondiale, est-ce que cela aura des conséquences importantes?
2. Si le Canada joue effectivement un rôle plus stratégique en santé mondiale, est-ce qu'il a les ressources ou les capacités nécessaires pour faire une différence?

Pour répondre à la première question, il faut comprendre la portée et les impacts potentiels des difficultés actuelles

et à venir en santé mondiale, à la fois pour le Canada et pour les PRFM. Le reste du présent chapitre explore ces difficultés de façon plus approfondie.

Pour répondre à la deuxième question, il faut comprendre la capacité qu'a le Canada de faire une différence significative dans le domaine de la santé mondiale, en procédant à une analyse de son rôle actuel dans ce domaine, de ses principales forces, des obstacles qui empêchent ses investissements d'avoir un impact maximum et des domaines où le Canada a la possibilité d'être un chef de file. Les chapitres 3 à 6 explorent chacun de ces domaines plus en détail.

Avant de se lancer dans ses délibérations sur la première question, le comité d'experts a eu le sentiment qu'il était nécessaire de mettre au point une définition commune de la santé mondiale, afin de fixer le cadre de son travail. Après avoir examiné plusieurs définitions fournies par des publications et des revues savantes parues récemment, le comité d'experts a convenu de se servir de la définition de santé mondiale énoncée dans un article fréquemment cité de la revue *The Lancet* :

La santé mondiale est un domaine d'étude, de recherche et de pratique dont la priorité est d'améliorer la santé et de permettre à l'ensemble des habitants de la planète de jouir de façon équitable d'une bonne santé. La santé mondiale met l'accent sur les enjeux, les déterminants et les solutions qui transcendent les frontières dans le domaine de la santé; elle fait intervenir de nombreuses disciplines, tant au sein des sciences de la santé qu'en dehors de ce domaine, et favorise la collaboration interdisciplinaire; enfin, elle est une synthèse des efforts de prévention à l'échelle des populations et des soins cliniques à l'échelle individuelle.

(Koplan *et al.*, 2009)

² Observations fondées sur les résultats de quatre tables rondes organisées par le comité d'experts avec des étudiants universitaires à travers le pays afin d'évaluer leur point de vue sur la santé mondiale et leur intérêt pour ce sujet.

Tableau 2.1 Comparaisons entre santé mondiale, santé internationale et santé publique
Koplan *et al.*, 2009.*

	Santé mondiale	Santé internationale	Santé publique
Portée géographique	Se concentre sur des problèmes qui affectent directement ou indirectement la santé, mais peuvent transcender les frontières entre pays.	Se concentre sur des problèmes de santé dans d'autres pays que le sien, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen.	Se concentre sur les problèmes qui affectent la santé de la population dans une communauté ou un pays en particulier.
Niveau de coopération	L'élaboration et la mise en œuvre de solutions exigent souvent une coopération mondiale.	L'élaboration et la mise en œuvre de solutions exigent généralement une collaboration bilatérale.	L'élaboration et la mise en œuvre de solutions n'exigent généralement pas de coopération mondiale.
Personnes ou populations	Porte à la fois sur la prévention au niveau des populations et sur les soins cliniques au niveau individuel.	Porte à la fois sur la prévention au niveau des populations et sur les soins cliniques au niveau individuel.	Porte principalement sur les programmes de prévention au niveau des populations.
Accès à la santé	L'un des grands objectifs est l'équité en matière de santé entre les pays et pour tous.	Vise à aider les gens dans les autres pays.	L'un des grands objectifs est l'équité en matière de santé au sein d'un pays ou d'une communauté.
Éventail de disciplines	Forte interdisciplinarité et multidisciplinarité au sein des sciences de la santé et au-delà.	Englobe certaines disciplines mais ne met pas l'accent sur la multidisciplinarité.	Favorise les approches multidisciplinaires, en particulier au sein des sciences de la santé et avec les sciences sociales.

* Reproduit de *The Lancet*, vol. 373, J.P. Koplan, T.C. Bond, M.H. Merson, K.S. Reddy, M.H. Rodriguez, N.K. Sewankambo, J.N. Wasserheit, Towards a common definition of global health, p. 1993-1995, avec la permission d'Elsevier.

L'article continue en indiquant que, dans *santé mondiale*, l'adjectif *mondial* fait référence « à tout enjeu de santé qui concerne de nombreux pays ou qui est affecté par des déterminants transnationaux, comme le changement climatique et l'urbanisation, ou à des solutions comme l'éradication de la polio ». Autrement dit, « dans *santé mondiale*, l'adjectif *mondial* fait référence à l'ampleur des problèmes et non à leur localisation » (Koplan *et al.*, 2009).

L'article paru dans *The Lancet* explore également les différences et les distinctions entre *santé mondiale*, *santé internationale* et *santé publique* (voir le Tableau 2.1).

Lors de diverses discussions, les membres du comité d'experts ont mis l'accent sur le fait que l'expression *santé mondiale* est couramment interprétée comme faisant référence à la santé dans les PRFM, alors qu'en réalité, elle englobe tout un éventail d'enjeux transnationaux et transrégionaux couvrant aussi bien les pays à revenu élevé que les pays à revenu faible ou moyen.

Le comité d'experts a tenu compte du fait qu'il existe plusieurs déterminants de la santé et risques pour la santé d'ordre transnational, qui exigent une réponse

elle-même transnationale. Ces risques peuvent être des pandémies de grippe ou d'autres maladies infectieuses, mais aussi l'impact sur la santé du changement climatique, de l'agriculture, de la pauvreté, des catastrophes naturelles et de conflits. Le comité d'experts s'est également entendu pour dire que le concept de santé mondiale (i) englobe divers défis, comme les maladies infectieuses et les maladies non transmissibles (dont les problèmes de santé mentale), les incapacités physiques et intellectuelles et les accidents et blessures, et (ii) s'étend aux systèmes de santé, à la santé communautaire et à la santé publique.

2.1 Situation actuelle en santé mondiale

Au cours des deux dernières décennies, les liens d'interdépendance et d'interconnexion se sont développés dans le monde. Ce développement a entraîné une augmentation de l'importance et de la complexité de la santé mondiale. Les flambées pandémiques comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe H1N1, par exemple, ont eu un impact important sur le plan économique, sanitaire et social au Canada, en dépit

du fait que leur point de départ se situait loin de nos frontières (Darby, 2003). Les systèmes de santé mondiale sont aussi de plus en plus entremêlés, de sorte que la main-d'œuvre en santé mondiale est de plus en plus mobile et que, paradoxalement, les pays à revenu plus faible subventionnent des PRE comme le Canada, en raison de la migration de professionnels de la santé qui viennent répondre à la demande de praticiens hautement qualifiés dans le domaine de la santé dans les PRE (Henheffer, 2009), en dépit de la pénurie énorme et chronique de professionnels de la santé dans les PRFM (estimée à près de 3,5 millions de personnes) (Forsyth *et al.*, 2011).

2.1.1 Évolution de la répartition de la charge mondiale de morbidité

Il y a un déséquilibre disproportionné dans la répartition de la charge mondiale de morbidité et d'incapacité entre les PRFM et les PRE. Cette disparité est soulignée dans *Global Burden of Disease* (OMS, 2008a), rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui compare le nombre d'années de bonne santé perdues en raison de décès, de blessures et de maladies dans divers pays et diverses régions du monde. La figure 2.1 illustre la disparité entre les PRE et les PRFM pour ce qui est du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) et des années perdues pour cause d'incapacité (APCI). À titre d'exemple, le taux d'APVP est environ sept fois plus élevé en Afrique que dans les PRE. Au total, les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) sont plus

élevées de 80 pour cent en Afrique que dans les PRE. Ces inégalités en ce qui a trait à l'espérance de vie sont l'un des problèmes d'éthique les plus importants de notre époque. Le Canada a, en tant que PRE, pour responsabilité de contribuer à la résolution de ce problème et à la réduction du niveau global des inégalités en santé mondiale.

On retrouve les mêmes inégalités de répartition au sein même des PRE, lorsque leur population comprend des groupes à risque dont l'état de santé est nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population. À titre d'exemple, au Canada, l'écart entre l'espérance de vie des Canadiens des Premières nations et celle des autres Canadiens est d'environ cinq années pour les femmes et sept années pour les hommes (AINC, 2006). La figure 2.2 illustre cette disparité, qui correspond à l'écart dans l'espérance de vie au Canada entre le Nord et le Sud.

On retrouve également cette disparité d'espérance de vie dans d'autres pays ayant une population autochtone importante, comme l'Australie, où l'écart entre les Australiens aborigènes et la population dans son ensemble pour les personnes nées entre 1996 et 2011 est, selon les estimations, de 16 ou 17 ans (AIHW, 2010).

Tant dans les pays en voie de développement que dans les pays développés, les populations autochtones sont affectées à des niveaux bien plus élevés que leurs compatriotes non autochtones par divers problèmes de santé : mortalité maternelle et mortalité infantile, malnutrition, problèmes de santé mentale, incapacités physiques et intellectuelles, maladies non transmissibles comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, VIH/sida (virus de l'immuno-déficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise), malaria, tuberculose, etc.

Il y a également de grandes variations entre les PRE et les PRFM pour ce qui est des types de maladies et de troubles qui débouchent sur des problèmes de santé. À l'échelle mondiale, c'est de loin sur les PRFM que le fardeau des décès liés aux maladies infectieuses et parasitaires est le plus lourd. Dans le même temps, l'importance et l'impact des maladies non transmissibles sont également en augmentation rapide dans ces pays. D'après une étude publiée dans *The Lancet* en 2010 sur les statistiques de mortalité dans 23 PRFM, on estime que 64 pour cent des décès actuels sont dus à des maladies non transmissibles (Alwan *et al.*, 2010). D'ici à 2030, on s'attend à ce que les maladies non transmissibles représentent près des trois quarts des décès dans le monde (OMS, 2008a).

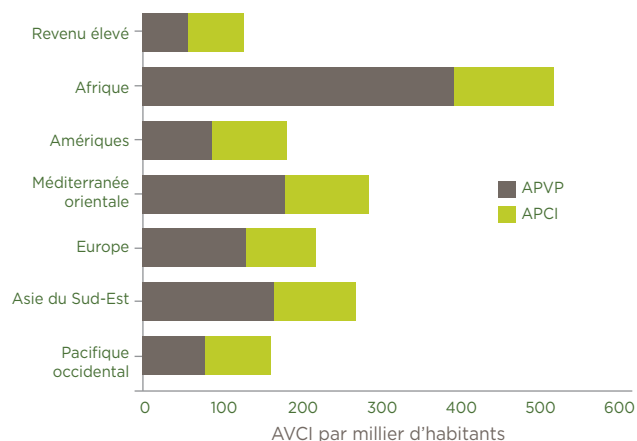


Figure 2.1 Répartition de la charge mondiale de morbidité

OMS, 2008a. Figure reproduite avec l'autorisation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).



Figure 2.2 Espérance de vie à la naissance au Canada (selon la région)

Conference Board du Canada, 2011. Figure adaptée et reproduite avec l'autorisation du Conference Board du Canada.

Le tableau 2.2 fournit un instantané des rôles relatifs de différents problèmes de santé dans la charge globale de morbidité (OMS, 2008a). Il vaut la peine de souligner que le problème le plus grand, dans la catégorie des maladies non transmissibles, est celui des troubles dépressifs unipolaires et que, pourtant, bon nombre de PRFM affectent moins d'un pour cent de leur budget pour la santé aux soins de santé mentale (Jacob *et al.*, 2007). L'évolution des régimes alimentaires et l'augmentation de la sédentarité dans de nombreux pays expliquent également l'incidence croissante de maladies non transmissibles comme certains cancers et le diabète de type 2 (Habib et Saha, 2010).

Enfin, le VIH/sida continue d'être la grande pandémie planétaire et de jouer un rôle important dans la charge mondiale de morbidité. Plus de 25 millions de personnes sont mortes du VIH/sida au cours des trois dernières décennies. En dépit de l'amélioration des traitements et de l'introduction des médicaments antirétroviraux, en 2008 la pandémie de sida a causé le décès de près de deux millions de personnes et environ 430 000 enfants

sont nés porteurs du VIH (ONUSIDA, 2010). En 2009, environ 33,3 millions de personnes étaient porteuses du VIH (ONUSIDA, 2010). Les soins primaires intégrés, la prévention et le traitement jouent un rôle crucial dans les efforts entrepris pour contenir et contrôler cette pandémie. Le travail en cours d'élaboration de vaccins et de médicaments aura également de l'importance à long terme. Il faut aussi le même type d'interventions pour les autres grandes pandémies mondiales, dont la tuberculose et la malaria.

En l'absence d'une stratégie canadienne cohérente en santé mondiale, il est probable que la charge de morbidité continuera de se déplacer vers les PRFM et que le niveau des inégalités en matière de santé continuera de croître, tant à l'échelle mondiale qu'au Canada.

2.1.2 Des problèmes de plus en plus complexes

Il y a tout un éventail de problèmes d'envergure mondiale qui ont des liens étroits avec les problèmes de santé mondiale : accès insuffisant à de l'eau potable propre,

Tableau 2.2 Les principales causes de maladie (tous les groupes d'âge, 2004)
(OMS, 2008a) Reproduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

	Maladie ou blessure	AVCI (millions)	Pourcentage du nombre total d'AVCI
1	Infections des voies respiratoires inférieures	94,5	6,2
2	Maladies diarrhéiques	72,8	4,8
3	Troubles dépressifs unipolaires	65,5	4,3
4	Cardiopathie ischémique	62,6	4,1
5	VIH/sida	58,5	3,8
6	Maladie cérébrovasculaire	46,6	3,1
7	Prématurité et faible poids à la naissance	44,3	2,9
8	Asphyxie et traumatisme à la naissance	41,7	2,7
9	Accidents de la route	41,2	2,7
10	Infections néonatales et autres*	40,4	2,7
11	Tuberculose	34,2	2,2
12	Malaria	34,0	2,2
13	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	30,2	2,0
14	Vice de réfraction	27,7	1,8
15	Déficiences auditives à l'âge adulte	27,4	1,8
16	Anomalies congénitales	25,3	1,7
17	Troubles liés à la consommation d'alcool	23,7	1,6
18	Violence	21,7	1,4
19	Diabète sucré	19,7	1,3
20	Blessures auto-infligées	19,6	1,3

* Cette catégorie comprend aussi d'autres causes non-infectieuses survenant au cours de la période périnatale outre la prématurité, le faible poids à la naissance et l'asphyxie et le traumatisme à la naissance. Ces causes non-infectieuses sont responsables d'environ 20 pour cent du nombre d'AVCI indiqué pour cette catégorie.

manque d'hygiène, faim, urbanisation, catastrophes naturelles, changement climatique, etc. (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Même si bon nombre de ces problèmes n'ont pas encore d'impact direct sur le Canada, chacun a des impacts indirects importants en ce qu'il fait augmenter les inégalités dans le domaine

de la santé, l'insécurité dans le monde, les migrations de populations vulnérables et le nombre et la virulence des pandémies mondiales.

À titre d'exemple, l'accès insuffisant à de l'eau potable propre est un problème de plus en plus important, mais, dans plusieurs pays, la gestion de l'eau et les infrastructures ne sont ni adaptées aux conditions météorologiques extrêmes (inondations, montée du niveau des océans, etc.), qui sont de plus en plus importantes, ni à la distribution d'eau pendant les périodes de sécheresse grave. Même si le Canada a la chance d'avoir d'abondantes réserves d'eau douce, l'augmentation de l'insécurité en matière d'approvisionnement en eau risque de entraîner une plus grande insécurité dans le monde, parce que les populations seront forcées de se déplacer pour accéder aux réserves d'eau dont elles ont besoin. En outre, la sécheresse et les pénuries d'eau potable sont des facteurs importants d'inégalité en santé mondiale, parce qu'elles affectent de façon disproportionnée les populations pauvres et vulnérables (Moe et Rheingans, 2006).

Dans bon nombre de régions du monde, le caractère imprévisible de l'accès à la nourriture et à l'eau et les fluctuations des prix des aliments entraînent des troubles sociaux et l'instabilité politique (Waldie, 2011). En 2010, par exemple, 925 millions de personnes vivaient dans la faim (World Hunger Education Service, 2011). Cette situation ne va probablement pas s'améliorer sans interventions visant à surmonter des difficultés comme la poursuite du déclin des rendements des cultures dans certaines régions d'Afrique (Klare, 2007). L'augmentation des prix des aliments peut aussi d'avoir des conséquences sanitaires graves pour les PRE comme le Canada, en particulier pour ses habitants et ses communautés vulnérables et défavorisées.

L'augmentation de la densité de population des grandes villes a des conséquences directes pour la qualité de vie de leurs habitants. Dans une bonne partie des pays en voie de développement, la migration vers les centres urbains a contribué à la création de bidonvilles, principalement parce que les migrants d'origine rurale n'ont pas les moyens de trouver du travail ou un logement abordable. Le manque d'accès à la nourriture et à l'eau et le manque d'hygiène dans ces bidonvilles facilitent la propagation des maladies des quartiers à revenu faible aux villes et aux régions qui les entourent. L'urbanisation dans les PRFM est également une source importante d'augmentation des inégalités en santé mondiale (Nsiah-Gyabaah, 2004).

Les hivers sont de plus en plus doux en raison du changement climatique et menacent la capacité qu'ont l'Europe et l'Amérique du Nord de résister à la propagation des maladies parasitaires traditionnellement endémiques dans les régions équatoriales. Les populations vulnérables sont affectées de façon disproportionnée par ces conditions météorologiques et alourdissent le fardeau qui pèse sur les systèmes de soins de santé, qui subissent déjà d'énormes pressions en raison du vieillissement de la population et du surpeuplement des villes. En outre, la rapidité du changement climatique est liée à 150 000 décès dans le monde chaque année, en raison de maladies liées aux fluctuations météorologiques (comme les maladies infectieuses) et à la malnutrition (Patz *et al.*, 2005).

Au Canada, le changement climatique aura un impact disproportionné dans le nord du pays, qui connaîtra les hausses de température les plus importantes (TRNEE, 2009). Les autres régions du pays connaîtront également des phénomènes météorologiques plus extrêmes. À l'échelle mondiale, le changement climatique renforcera ou exacerbera tout un éventail d'autres problèmes, comme le manque d'accès à l'eau potable et la faim. Comme les autres phénomènes décrits dans la présente section, le changement climatique aura un impact plus prononcé sur les populations pauvres et vulnérables, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale, ce qui renforcera encore les inégalités en santé mondiale (DFID, 2004).

Enfin, les catastrophes naturelles telles que le tsunami en Asie du Sud-Est et le tremblement de terre à Haïti auront un impact important dans les régions affectées, sur le plan de la santé à court terme et à long terme.

2.1.3 Structures de gouvernance obsolètes et inefficaces

Les problèmes décrits dans la section précédente ont en commun une caractéristique importante, qui est qu'ils transcendent les frontières nationales traditionnelles. Plus généralement, depuis la fin du XX^e siècle, l'interdépendance des communautés, des régions et des États — phénomène appelé *mondialisation* — s'est accélérée (Friedman, 2005).

La mondialisation peut avoir tout un éventail d'impacts directs et indirects sur la santé. L'augmentation de la mobilité des populations, par exemple, peut intensifier les risques de propagation des maladies infectieuses d'un pays à l'autre (Saker *et al.*, 2004). En outre, l'émigration des professionnels de la santé formés dans les PRFM

vers les PRE est un facteur contribuant au manque de praticiens des soins de santé dans certaines régions du monde. En 1999, par exemple, 9,7 pour cent des médecins exerçant au Canada étaient des médecins ayant suivi leur formation en Afrique du Sud (Sullivan, 1999).

Les structures de gouvernance traditionnelles, basées sur la notion d'État, sont et continueront d'être des structures inadéquates en vue de lutter contre ces problèmes de nature transfrontalière. En outre, les mécanismes traditionnels de gestion des problèmes transnationaux et mondiaux, comme l'Organisation des Nations Unies (ONU), ne sont pas vraiment adaptés à la lutte contre ces problèmes complexes à facettes multiples. Il faut des stratégies de gouvernance comprenant tout un éventail d'acteurs, certains relevant des États et d'autres non, pour résoudre ces problèmes sanitaires difficiles d'envergure mondiale (Dodgson *et al.*, 2002).

Le Canada a un rôle important à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces nouvelles stratégies de gouvernance, en s'appuyant sur son rôle traditionnel d'« intermédiaire impartial » dans les affaires internationales (Hillmer, 1999). Pour cela, il faut (i) prendre conscience du fait que ces problèmes transfrontaliers ont un impact plus profond sur les populations pauvres et vulnérables et (ii) s'engager à participer, de façon pertinente et dans une relation de réciprocité avec les PRE et les PRFM, à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions appropriées.

2.1.4 Ressources limitées

La crise financière récente a poussé le budget national de nombreux PRE en situation déficitaire, ce qui limite à la fois leur volonté et leur capacité de renforcer les investissements qu'ils se sont engagés à faire dans les programmes et les activités axés sur la santé mondiale. Les États-Unis et le Royaume-Uni font exception à cette tendance. En 2010-2011, les États-Unis ont annoncé des coupes importantes de l'aide étrangère, mais ont maintenu le niveau de leurs investissements en santé mondiale (Provost, 2011). Le Royaume-Uni a en réalité fait augmenter le niveau de son aide étrangère, en dépit des coupes importantes faites dans d'autres domaines des dépenses publiques (Fisher, 2011). En 2010, le gouvernement du Canada a gelé ses dépenses en aide étrangère à un niveau de 5 milliards de dollars (Ministère des Finances du Canada, 2010); mais l'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants est une nouvelle initiative importante en santé

mondiale financée à partir du budget existant de l'aide étrangère (Gouvernement du Canada, 2011a).

Dans un monde où l'aide internationale diminue, il y a aggravation des conséquences de l'inefficacité de l'administration de l'aide financière en santé mondiale, parce qu'il n'y a pas de fonds supplémentaires pour compenser cette inefficacité.

Une autre grande tendance à long terme dans le monde est que la croissance économique est de plus en plus localisée, non plus dans les pays d'Amérique du Nord et d'Europe, mais dans les économies émergentes d'Asie, comme l'Inde et la Chine, et dans le reste du continent américain, par exemple au Brésil (Engardio, 2005). Cette évolution aura des conséquences importantes pour l'évolution des investissements en santé mondiale, pour la formation de professionnels, de chercheurs et d'autres chefs de file talentueux dans le domaine de la santé dans le secteur public et le secteur privé, pour la concurrence que se livrent les pays dans le recrutement de ces talents et pour le marché de l'innovation en santé.

L'augmentation de la taille et de l'importance de ces économies de marché émergentes sera accompagnée d'une certaine attente, qui est qu'elles jouent un rôle plus important dans le financement de l'aide étrangère (au lieu d'en être les bénéficiaires, comme par le passé). Ces économies ont cependant des priorités très différentes de celles des PRE traditionnels pour leurs investissements en aide étrangère. Cela pourrait avoir des conséquences importantes en ce qui concerne les sources et la disponibilité futures de fonds destinés à surmonter les difficultés en santé mondiale, avec entre autres des investissements plus ciblés dans certaines régions et un accent plus important mis sur le développement du marché. Dans ce nouveau contexte mondial, le Canada a l'obligation de s'assurer que ses investissements en santé mondiale tiennent compte à la fois des contributions potentiellement importantes de ces nouvelles sources de dons et des domaines ciblés où il peut avoir un impact considérable.

Enfin, dans un monde où les ressources pour le développement se font de plus en plus rares et où l'aide étrangère est en baisse, l'une des priorités pour les PRFM continue d'être de s'efforcer d'adopter des formes de gouvernance ouvertes et démocratiques, de respecter les droits de la personne, d'éliminer la corruption et de

recentrer leurs ressources internes sur les améliorations dans le domaine de la santé et des soins de santé.

2.1.5 Évolution des priorités du secteur privé

Les dépenses consacrées par le secteur privé des PRE à la mise au point de technologies médicales et de produits pharmaceutiques ciblent, pour la plupart, les consommateurs de l'Amérique du Nord, de l'Europe et, de plus en plus souvent, de l'Asie et du reste du continent américain. En règle générale, ces produits se différencient principalement du point de vue de leur efficacité, et leur abordabilité est très rarement prise en compte. Ils sont donc souvent vendus à des prix qui les rendent inabordables pour les personnes et les familles à revenu inférieur des PRFM. La fraction des dépenses du secteur privé dans le domaine de la santé qui est consacrée aux problèmes urgents des PRFM est comparativement limitée et la fraction consacrée aux problèmes des pays très pauvres est encore plus restreinte (Al-Tuwaijri *et al.*, 2004).

Dans le même temps, les capacités de recherche et l'échelle des recherches dans les économies de marché en émergence sont de plus en plus grandes et on y met plus particulièrement l'accent sur les technologies des sciences de la vie (McLaughlin-Rotman Centre for Global Health, 2011). Dans les années à venir, les entreprises canadiennes auront plus d'occasions de nouer des liens de partenariat avec de nouvelles entreprises du domaine des sciences de la vie et des produits médicaux dans les PRFM. À mesure que les capacités de recherche des PRFM croîtront, les multinationales pourraient continuer de transférer leurs centres de recherche dans ces pays afin de profiter des coûts moins élevés de la recherche et du potentiel inexploité d'innovation de ces pays.

2.2 Les conséquences de l'inaction

Les contributions du Canada dans le secteur de la santé mondiale ont un impact sur le rôle qu'il joue sur la scène internationale et son statut d'acteur important dans le monde. En outre, le Canada n'est pas une île : il est exposé aux pandémies et menaces mondiales comme le SRAS et à la résurgence de maladies comme la rougeole, la polio, le VIH/sida et d'autres encore.

L'étude et l'analyse des données présentées ci-dessus ont permis au comité d'experts d'aboutir à trois principaux constats :

1. Dans les conditions qui règnent actuellement dans le monde, il est très probable que les problèmes de santé mondiale continueront de s'aggraver, tant par leur ampleur que par leur complexité. Ces problèmes auront un impact disproportionné sur les populations pauvres et vulnérables, tant au Canada que dans les PRFM. Cette augmentation des inégalités soulève un problème important sur le plan moral et éthique pour les PRE comme le Canada et constitue un argument impérieux pour passer à l'action dans le domaine de la santé mondiale.
2. L'augmentation des inégalités en santé mondiale se produit dans le contexte de l'instabilité financière et économique qui continue d'affecter la communauté internationale et qui limite sensiblement les ressources disponibles pour les investissements actuels et futurs en santé mondiale. La nécessité morale et éthique de passer à l'action est d'autant plus forte qu'il faut s'assurer que les

investissements du Canada dans ce domaine soient aussi efficaces que possible.

3. Il y a une occasion prometteuse de nouer des partenariats entre le Canada et les PRFM en santé mondiale afin d'encourager un échange bidirectionnel de connaissances et de savoir-faire entre le Nord et le Sud dans tous les secteurs, y compris le secteur privé. Pour saisir cette occasion, cependant, il est nécessaire d'avoir une relation significative d'engagement mutuel.

La réponse du comité d'experts à la première question qu'il s'est posée, c'est-à-dire celle du bien-fondé d'un rôle plus stratégique du Canada en santé mondiale, est qu'il y aurait en effet des conséquences directes et indirectes importantes si le Canada restait inactif. En outre, s'il n'adopte pas une approche plus stratégique, le Canada risque de manquer des occasions importantes de nouer des relations d'échange et de partenariat et de permettre aux personnes concernées d'en profiter directement.

3. Principes de passage à l'action

Ce chapitre s'appuie sur l'analyse faite par le comité d'experts des problèmes actuels en santé mondiale et sur les trois principaux constats du chapitre 2 pour énoncer trois principes fondamentaux qui devraient orienter la définition et la mise en œuvre d'un rôle plus stratégique pour le Canada en santé mondiale. Les membres du comité d'experts ont convenu de ces trois principes après avoir examiné les données disponibles. Ces principes s'accompagnent de buts et d'indicateurs de réussite, qui permettront de guider plus concrètement l'évaluation des rôles stratégiques potentiels du Canada et de leur impact sur les problèmes de santé mondiale. Le comité d'experts est conscient du fait que, pour que ces indicateurs de réussite puissent être mis en œuvre, il faudrait qu'ils incluent des variables précises et quantifiables. Mais la définition de telles variables sortait du cadre de travail du comité d'experts; elle devrait cependant faire partie des étapes suivantes, décrites au chapitre 7 du rapport.

3.1 Principes pour la santé mondiale

Du point de vue du comité d'experts, les trois principes qui devraient orienter le rôle du Canada dans le domaine de la santé mondiale sont les suivants :

1. **Équité** – prise de conscience du fait qu'il faut éliminer les inégalités dans le domaine de la santé mondiale. La constitution de l'OMS fournit une définition utile de l'équité dans le domaine de la santé : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (OMS, 1946)

Le comité d'experts met en relief deux aspects de l'équité dans le domaine de la santé :

- le fait que tout le monde a droit à une vie en bonne santé, y compris les bases sociales et économiques nécessaires, aussi bien dans les pays à revenu faible ou moyen que dans les pays à revenu élevé;
 - l'importance de l'accès universel aux services de santé.
2. **Efficacité** – prise de conscience du fait que, dans un monde où les problèmes sont sans limites et où les ressources sont limitées, il est indispensable que les investissements en ressources aient le plus grand impact possible. On peut mesurer cet impact en termes de rendement des investissements (RI) ou d'optimisation des ressources (sur un large spectre de création de valeur, avec des résultats sur les plans financier, social et environnemental). Pour qu'un investissement soit efficace, il doit produire des résultats et des effets de grande qualité et que ces effets soient aussi généralisés que possible.

Le comité d'experts insiste en particulier sur l'importance d'adopter une approche multidisciplinaire de la santé mondiale et à rendre possibles la coopération et la collaboration dans tout un éventail de disciplines, de politiques et de programmes, afin de maximiser l'impact potentiel.

Le comité d'experts est conscient du fait qu'il est indispensable de disposer de données objectives pour mesurer l'efficacité et que toutes les décisions concernant les nouvelles politiques et les nouveaux programmes devraient être prises en s'appuyant sur les meilleurs renseignements disponibles.

Il faudrait mettre en place des indicateurs et des variables appropriés pour mesurer la portée et l'impact de ces programmes et initiatives et pour disposer d'arguments justifiant la poursuite des investissements et de la participation.

Tableau 3.1 Principes, buts et indicateurs de réussite pour le renforcement du rôle stratégique du Canada en santé mondiale

Principe	But	Critère/indicateur de réussite
Équité	1. Améliorer l'équité dans le domaine de la santé	a. Amélioration des principaux indicateurs de l'équité dans le domaine de la santé
Efficacité	2. Maximiser les effets sur la santé 3. Renforcer la sécurité des personnes 4. Maximiser les bienfaits pour la société 5. Cibler les investissements sur des résultats remarquables 6. S'assurer que les décisions s'appuient sur des données objectives	b. Portée des effets sur la mortalité et la morbidité c. Amélioration des principaux indicateurs de sécurité des personnes dans le monde d. Portée des bienfaits sociaux et économiques e. Mise en œuvre de cadres d'évaluation efficaces et appropriés f. Documentation et validation des sources de preuve
Engagement	7. Optimiser les occasions d'innover et de partager le savoir 8. Catalyser et maintenir l'intérêt au Canada	g. Nombre, portée et impact des partenariats entre des institutions des PRFM et des PRE h. Prise de conscience ou degré de sensibilisation vis-à-vis des enjeux de la santé mondiale dans la population canadienne

3. Engagement – prise de conscience du fait que les problèmes communs à de nombreux contextes nationaux offrent la possibilité de mettre en place des relations d'échange d'information et de réciprocité et d'élaborer des solutions communes. Le comité d'experts souligne l'importance d'assurer le caractère durable des initiatives et le développement des capacités, qui sont des aspects essentiels d'un véritable partage de connaissances.

3.2 Évaluation des principes

Le comité d'experts a convenu qu'il ne suffisait pas d'énoncer simplement une série de principes généraux sur la santé mondiale. Afin de donner à ces principes une dimension plus concrète, il a élaboré un ensemble de buts et d'indicateurs de réussite (voir le tableau 3.1). Ces buts et indicateurs se fondent sur les connaissances et l'expertise individuelles des membres du comité et sur une analyse des renseignements recueillis dans le cadre de l'appel public d'informations.

Les sous-sections qui suivent renferment des descriptions plus détaillées des huit buts et des indicateurs de réussite correspondants.

Équité

1. Améliorer l'équité dans le domaine de la santé – Le but le plus important pour renforcer le rôle stratégique

du Canada en santé mondiale devrait être d'éliminer les inégalités dans le domaine de la santé mondiale, en améliorant l'état de santé des gens dans les PRFM et dans les populations vulnérables des PRE.

a. *Amélioration des principaux indicateurs de l'équité dans le domaine de la santé* – Parmi les principaux indicateurs de l'équité dans le domaine de la santé, on trouve l'espérance de vie, la charge de morbidité et les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI). Voici des exemples de groupes auxquels il faudrait accorder une attention particulière :

- les femmes et les jeunes filles,
- les populations pauvres et marginalisées,
- les peuples autochtones.

Efficacité

2. Maximiser les effets sur la santé – Quel que soit le rôle stratégique du Canada en santé mondiale, il devrait contribuer à développer les capacités et à maximiser les effets des activités et des programmes actuels et à venir du Canada en santé mondiale.

b. *Portée des effets sur la mortalité et la morbidité* – Cet indicateur comprendrait à la fois l'impact direct (diminution des maladies et des incapacités, augmentation de l'espérance de vie, etc.) et l'impact

indirect (p. ex. l'amélioration de l'éducation sur la santé, qui permettrait aux adultes d'être en meilleure santé et plus productifs).

3. Renforcer la sécurité des personnes – Un rôle plus stratégique du Canada en santé mondiale devrait contribuer à renforcer directement (p. ex. l'amélioration du dépistage des pandémies potentielles) ou indirectement (p. ex. l'amélioration de l'état de santé des gens dans les PRFM, qui déboucherait sur une plus grande prospérité et une plus grande stabilité économiques).

c. Amélioration des principaux indicateurs de sécurité des personnes dans le monde – L'amélioration de la sécurité des personnes se manifesterait sous la forme d'un renforcement de la coopération et de la surveillance sur la scène internationale ou d'un renforcement de la capacité de dépister, de prévenir et de traiter les menaces sanitaires transnationales.

4. Maximiser les bienfaits pour la société – Les activités du Canada en santé mondiale devraient maximiser non seulement les bienfaits sanitaires, mais aussi les bienfaits économiques et sociaux. Il faudrait se concentrer sur la maximisation du rendement des investissements sur un large spectre de création de valeur, avec des résultats sur les plans financier, social et environnemental.

d. Portée des bienfaits sociaux et économiques – L'impact ultime des initiatives en santé mondiale serait leur effet sur les indicateurs de qualité de vie mesurant les résultats sociaux, économiques et sanitaires pour le pays dans son ensemble et pour des segments de population spécifiques.

5. Cibler les investissements sur des résultats remarquables – Les investissements du Canada dans les programmes, les initiatives et les organismes liés à la santé mondiale devraient être concentrés dans les domaines où le Canada a un avantage comparatif marqué et qui sont susceptibles de produire des résultats ou des effets exceptionnels. Un tel but ne peut être atteint que par un engagement fort en matière de mesure, d'évaluation et de bonne gouvernance.

e. Mise en œuvre de cadres d'évaluation efficaces et appropriés – L'un des indicateurs importants des résultats remarquables et de la prise de décisions fondées sur des données objectives serait la mise en œuvre d'une stratégie appropriée et efficace de contrôle et d'évaluation.

6. S'assurer que les décisions s'appuient sur des données objectives – Les décisions devraient être prises à la lumière des meilleures données disponibles.

f. Documentation et validation des sources de données – L'un des éléments clés d'une prise de décisions fondées sur des données objectives est la documentation précise des données et des sources utilisées dans le processus décisionnel.

Engagement

7. Optimiser les occasions d'innover et de partager le savoir – Un rôle plus stratégique pour le Canada en santé mondiale devrait favoriser les innovations et un échange réciproque des connaissances et de savoir-faire.

g. Nombre, portée et impact des partenariats entre des institutions des PRFM et des PRE – Un rôle plus stratégique pour le Canada devrait englober la possibilité d'assurer un échange et un transfert réciproques de savoir-faire et de connaissances, parmi les PRE et les PRFM et entre ceux-ci. Une telle réciprocité est essentielle pour que le Canada joue un rôle efficace et durable en santé mondiale. Cet indicateur mesurerait à la fois la quantité et la qualité des partenariats entre des institutions des PRFM et des PRE.

8. Catalyser et maintenir l'intérêt au Canada – Un rôle plus stratégique pour le Canada en santé mondiale devrait contribuer à soutenir l'engagement de la population canadienne face aux grands enjeux de la santé mondiale.

h. Prise de conscience ou degré de sensibilisation vis-à-vis des enjeux de la santé mondiale dans la population canadienne – Le Canada doit façonner et articuler un rôle pertinent et clair qui soit susceptible de dynamiser et de rallier la population canadienne, et contribuer à renforcer son leadership, sa contribution, sa présence et sa stature sur la scène internationale.

L'application de ces principes à une évaluation du rôle actuel du Canada en santé mondiale aurait débordé du cadre du mandat confié au comité d'experts (voir le chapitre 4). Nous proposons plutôt ces principes, ces buts et ces indicateurs de réussite en vue d'encadrer l'élaboration et la définition des rôles stratégiques potentiels du Canada pour l'avenir, ainsi que l'évaluation de la viabilité de ces rôles, – comme il ressort du chapitre 6.

4. Rôle actuel du Canada en santé mondiale

Le chapitre 2 présentait les deux questions fondamentales posées par le comité d'experts en vue de faciliter la formulation des arguments justifiant un rôle plus stratégique pour le Canada en santé mondiale; il répondait ensuite à la première de ces deux questions : il y aura des conséquences directes et indirectes importantes si le Canada ne joue pas un rôle plus stratégique en santé mondiale.

Les chapitres qui suivent portent sur la deuxième question : si le Canada joue un rôle plus stratégique en santé mondiale, dispose-t-il des ressources ou des capacités nécessaires pour faire la différence? Le présent chapitre décrit et analyse les principaux éléments du rôle actuel du Canada en santé mondiale.

L'analyse du comité d'experts se fonde en partie sur les éléments suivants : une étude de l'historique des activités et des contributions du Canada en santé mondiale; une analyse documentaire; les réponses à l'appel public d'informations; les témoignages des témoins experts; et des entretiens ciblés avec des experts. Des exemples sont inclus à titre illustratif mais sans pour autant être exhaustifs.

4.1 Rôle du secteur public

4.1.1 Le gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral joue un rôle important en santé mondiale au Canada. On estime que les investissements du Canada en santé mondiale à partir de l'enveloppe d'aide au développement officielle représentaient un montant total de 559 à 634 millions de dollars en 2009³. Étant donné les engagements du gouvernement fédéral,

Exemple de réussite : l'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants

Lors du 38^e sommet du G8 en 2010, le Canada a créé l'Initiative de Muskoka pour qu'elle serve à cibler des subventions en vue de lutter contre des problèmes critiques pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (Groupe des Huit, 2010). Le Canada a annoncé qu'il affecterait une subvention ciblée de 2,85 milliards de dollars à l'initiative au cours des cinq années suivantes et il a obtenu des engagements d'un montant total de sept milliards de dollars. Le premier ministre du Canada a assuré avec le président de la Tanzanie la coprésidence d'une commission de responsabilisation chargée de garantir le respect de ces engagements. La contribution du Canada à cette initiative se concentre sur l'élaboration d'approches complètes et intégrées dans les PRFM en vue de soutenir les services de santé destinés aux mères et aux enfants. Pour cela, le Canada cible trois objectifs : (i) renforcer les systèmes de santé; (ii) lutter contre les maladies; et (iii) améliorer l'alimentation (Gouvernement du Canada, 2011a).

il est probable que le niveau actuel des investissements annuels est du même ordre de grandeur. L'argent est investi par les organismes et ministères fédéraux suivants :

³ Voir l'annexe 2 pour un aperçu plus détaillé des investissements du Canada en santé mondiale.

- l'Agence canadienne de développement international,
- le Centre de recherches pour le développement international,
- Santé Canada,
- l'Agence de la santé publique du Canada,
- les Instituts de recherche en santé du Canada,
- le ministère des Finances du Canada,
- le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du Canada.

Le comité d'experts n'avait pas pour mandat d'évaluer le rôle actuel du Canada en santé mondiale en fonction des trois principes généraux énoncés au chapitre 3. Il a cependant noté que la structure des rôles et des responsabilités au sein du gouvernement fédéral était extrêmement complexe.

Le gouvernement fédéral joue cinq rôles principaux en santé mondiale :

- aide au développement,
- financement de la recherche et de l'innovation,
- soutien à des organisations et à des initiatives multilatérales,
- offre de secours en cas de catastrophe,
- garantie de la sécurité sanitaire.

Aide au développement

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) est le principal organisme dispensant l'aide au développement officielle du Canada. Cet organisme se concentre principalement sur les trois thèmes suivants : accroître la sécurité alimentaire, stimuler une croissance économique viable et assurer aux enfants et aux jeunes un avenir meilleur (Oda, 2009). En 2009-2010, le budget de l'ACDI était d'environ 3,5 milliards de dollars, dont 22 pour cent ont été investis dans l'amélioration de la santé, tandis que le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) a disposé de crédits parlementaires de 174 millions de dollars (ACDI, 2010; CRDI, 2011).

Recherche et innovation

Le gouvernement fédéral fait également des investissements visant à soutenir la recherche et à développer les capacités de recherche à la fois au Canada et dans les pays en voie

de développement. Ces investissements passent principalement par le CRDI, qui est une société d'État canadienne subventionnant la recherche appliquée dans les pays en voie de développement en vue de déboucher sur des solutions innovantes et durables au niveau local (CRDI, 2010). Le CRDI est également membre de l'IRSM, dont il assure le secrétariat. L'IRSM est un partenariat entre les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'ACDI, Santé Canada, le CRDI et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui a pour but de renforcer le rôle du Canada dans la recherche en santé mondiale (IRSC, 2009).

Les IRSC investissent une partie de leur financement dans la recherche en santé mondiale, tout comme le font les deux autres organismes subventionnaires, à savoir le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG) et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). Les subventions de ces trois organismes subventionnaires se concentrent sur les aspects plus généraux de la santé mondiale, comme l'environnement, les technologies d'avenir, l'urbanisation et la gouvernance.

Dans son budget de 2008, le gouvernement fédéral a créé le Fonds d'innovation pour le développement (FID), avec un budget de 225 millions de dollars, en vue d'appuyer

Exemple de réussite : le Cadre international de lutte contre le tabagisme

Le tabagisme est l'une des principales causes de décès évitables dans les PRE et est en voie de devenir une menace pour la santé publique dans les PRFM (Roemer *et al.*, 2005). Avec le soutien de pays comme le Canada, les États membres de l'OMS ont élaboré un cadre visant à renforcer la collaboration sur les problèmes liés au tabagisme au niveau national et international. Ce cadre se concentre sur la mise en œuvre de stratégies de réduction de la consommation de tabac et de stratégies visant l'offre de produits du tabac. Le traité, ratifié par 168 des 192 États membres de l'OMS, est entré en vigueur en février 2005.

« les plus grands “cerveaux” du monde qui effectuent des recherches dont les résultats pourraient correspondre à des percées dans le domaine de la santé mondiale » (Ministère des Finances du Canada, 2008). Le FID en santé mondiale est géré par l’intermédiaire de Grands Défis Canada et du consortium qu’il forme avec ses partenaires, les IRSC et le CRDI. Sa mission consiste « à identifier les grands défis mondiaux, à financer une collectivité mondiale de chercheurs et d’institutions connexes par voie de concours pour qu’ils s’y attaquent, et à appuyer la mise en application et la commercialisation des solutions qui émergeront » (GDC, 2010a).

Organisations et initiatives multilatérales

Le gouvernement fédéral apporte une contribution sur la scène internationale en santé mondiale « en négociant et en mettant en œuvre des protocoles, des déclarations, des programmes d’études et des plans de travail »⁴. À titre d’exemple, Santé Canada représente le Canada au sein de nombreuses institutions multilatérales importantes, comme l’Organisation mondiale de la santé.

Le gouvernement fédéral a joué un rôle important dans plusieurs initiatives multilatérales de financement, comme l’Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (l’« Alliance GAVI »), le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l’Initiative mondiale pour l’éradication de la poliomyélite et le Mécanisme de garantie de marchés pour le vaccin antipneumococcique (Gouvernement du Canada, 2006). Le gouvernement du Canada a joué un rôle de chef de file lors du sommet du G8 de 2010 en lançant l’Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants (Premier ministre du Canada, 2010), avec un investissement du Canada de 2,85 milliards de dollars entre 2010 et 2015 (Gouvernement du Canada, 2011b).

Secours en cas de catastrophe

Le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI) offre une aide sur le terrain en réponse aux catastrophes naturelles, par l’intermédiaire de son Groupe de travail pour la stabilisation et la reconstruction (GTSR). Il coordonne également les politiques du gouvernement et son engagement dans les États fragiles (MAECI, 2011). Parmi les efforts récents

Exemple de réussite : identification de la souche de la grippe H1N1

En 2009, peu de temps après que la maladie ait commencé à se propager, l’OMS a déclaré que le virus de la grippe A (H1N1), sous-type du virus grippal A, constituait une pandémie. La réaction de la communauté internationale a été rapide en vue d’identifier, d’isoler et de comprendre ce virus. Le gouvernement mexicain a demandé au Laboratoire national de microbiologie de l’Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui est reconnu comme étant un des seuls laboratoires au monde à pouvoir travailler sur des virus hautement pathogènes, de l’aider à faire l’épreuve diagnostique de prélèvements effectués sur des personnes atteintes de maladie respiratoire sévère (ASPC, 2009). Cet événement a marqué une réalisation importante pour le Canada, car il a montré combien le Canada était attaché à la transparence et à l’échange de renseignements à l’échelle mondiale, ce qui a fortement favorisé la collaboration des différents pays face à cette menace importante pour la santé publique.

du Canada, on note l’aide à la reconstruction en Haïti et au Sri Lanka (Oxfam Canada, 2005).

Sécurité sanitaire

Le gouvernement canadien est très actif sur les questions de sécurité en santé mondiale. L’ASPC a ainsi mis en œuvre plusieurs initiatives de sensibilisation et de préparation aux pandémies (comme l’Initiative de sécurité sanitaire mondiale) et de surveillance sanitaire (comme le Programme de surveillance canadienne intégrée de la santé publique, le Programme canadien de surveillance pédiatrique et l’Infobase Maladies chroniques) (ASPC, 2011).

⁴ Extrait d’une soumission du gouvernement fédéral à l’appel public d’informations (24 décembre 2010).

4.1.2 Gouvernements provinciaux

Selon le partage des rôles prévu par la Constitution, les provinces et les territoires du Canada sont responsables de l'accès aux soins de santé par le biais de la prestation de services de santé (à l'exception des soins de santé pour les Premières nations et les membres des Forces canadiennes, qui sont gérés par le gouvernement fédéral) (Ministre de la Justice, 1985). Dans la plupart des cas, les provinces et les territoires ne participent pas officiellement à des initiatives en santé mondiale, mais plusieurs provinces sont engagées dans des initiatives de soutien à l'identification et à la prévention des pandémies, comme le BC Centre for Disease Control (BC Centre for Disease Control, 2010).

4.2 Rôle du milieu universitaire

Il y a quatre grandes catégories d'activités en santé mondiale dans le milieu universitaire :

- l'enseignement,
- la recherche et développement,
- le réseautage et la mobilisation des connaissances,
- le développement des capacités dans les PRFM.

Exemple de réussite : formation de professionnels de la santé hautement qualifiés

Au Québec, la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke a conclu un partenariat de longue date avec la Faculté de médecine de l'Université de Bamako pour soutenir l'éducation et la formation des professionnels de la santé au Mali. En 2010, un consortium regroupant la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, le CEGEP de Saint-Jérôme et le Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD) a reçu une contribution de 18,75 millions de dollars de l'ACDI pour former des professionnels de la santé au Mali (Faculté de médecine et des sciences de la santé, 2010).

4.2.1 L'enseignement

Les universités et les collèges offrent des programmes d'enseignement et de formation aux étudiants et aux professionnels de la santé du Canada, des autres pays développés et des pays en voie de développement. Plusieurs établissements canadiens ont mis en place des partenariats et des programmes d'échanges avec des universités et des écoles de médecine de PRFM. À titre d'exemple, l'Université de Sherbrooke a un partenariat de longue date avec l'Université de Bamako pour faciliter la formation des professionnels de la santé au Mali.

Dans le cadre de ses délibérations, le comité d'experts a organisé quatre discussions en table ronde avec des étudiants de l'Université de la Colombie-Britannique, de l'Université de Toronto, de l'Université McGill et l'Université de Montréal, et de l'Université McMaster⁵. Les étudiants qui ont participé à ces discussions provenaient de tout un éventail de disciplines directement ou indirectement concernées par la santé mondiale. Dans la gamme des sujets abordés par les étudiants, quatre grands thèmes se dégagent :

- **Clarté et définitions** – Les étudiants sont conscients de la multitude des éléments liés à la santé mondiale qui rejoignent de nombreuses disciplines et catégories universitaires. C'est ainsi que de nombreux étudiants en santé mondiale qui souhaitent obtenir des fonds auprès du CRSH ou des IRSC passent entre les mailles du filet. Les étudiants sont convaincus que l'apprentissage interdisciplinaire est crucial au Canada si on veut s'attaquer aux problèmes de santé mondiale et que les mécanismes de financement doivent tenir compte de l'interdisciplinarité de ce champ d'étude.
- **Importance de l'intégration** – Selon les étudiants, le Canada devrait adopter une approche plus intégrée en politique étrangère. Il n'est pas logique, pour eux, d'investir dans des programmes en santé mondiale lorsque les bienfaits de ces programmes sont compromis par d'autres dimensions de la politique étrangère, comme les politiques en matière de commerce ou de propriété intellectuelle. Les étudiants affirment que ce besoin d'intégration s'étend également à la santé mondiale dans le milieu universitaire, qui devrait inclure plusieurs

⁵ Le comité d'experts a également invité les étudiants des autres établissements d'enseignement supérieur de la région à venir assister à ces séances.

Exemple de réussite : l'Initiative de recherche en santé mondiale Nutrifér

L'anémie due à un manque de fer affecte environ 1,5 milliard de personnes dans le monde, en particulier les femmes en âge de procréer et les enfants. En 1996, une équipe de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto a mis au point une approche innovante, appelée Nutrifér, pour permettre aux familles des pays en voie de développement de disposer des oligoéléments essentiels dans leur alimentation. Nutrifér prend la forme de sachets d'une dose d'oligoéléments qu'on peut saupoudrer sur les aliments cuisinés à la maison (Zlotkin *et al.*, 2005). Nutrifér est aujourd'hui largement adopté dans les PRFM et, en 2009, il était produit dans six usines à travers le monde et rejoignait quatre millions d'enfants dans dix-huit pays, à un coût total de 2 dollars sur la durée de vie de la personne (Silversides, 2009).

Lors des quatre tables rondes, les étudiants ont fait part du besoin urgent d'offrir plus de stages et de possibilités d'études à l'étranger dans le domaine de la santé mondiale et de coordonner ces activités entre les différents campus, de façon à éviter le double emploi et à maximiser leur impact.

4.2.2 La recherche et développement

Les universités, les collèges et les établissements de recherche en santé sont les principaux organismes impliqués dans la recherche sur la santé mondiale au Canada. Comme le montre le rapport de 2006 sur l'état de la science et de la technologie au Canada, les grands domaines où le Canada a le meilleur rendement général sont la psychologie et la psychiatrie, les sciences de la terre et de l'espace, la recherche biomédicale et la biologie (CAC, 2006). Ce rapport révèle également que le Canada est très spécialisé dans les sciences sociales liées à la santé, bien que son impact dans ces domaines soit moindre que dans les domaines susmentionnés.

Le Canada a connu des réussites notables dans la commercialisation et la diffusion de travaux de recherche en santé mondiale, par exemple avec la mise au point du Nutrifér (voir l'encadré sur le Nutrifér)⁶.

domaines disparates comme la sociologie, le génie, les études sur la condition féminine et d'autres.

- **Besoin de simplification** – Les étudiants sont conscients de tout l'éventail d'activités en rapport avec la santé mondiale qui se déroulent à l'heure actuelle sur les campus canadiens. Ils estiment cependant qu'il faudrait disposer d'un moyen de mettre en évidence et de consolider ces activités de façon à créer des pistes claires permettant de canaliser l'intérêt croissant pour la santé mondiale sur les campus au Canada.
- **Le Canada en tant que chef de file** – Les étudiants des quatre campus sont fermement convaincus que le Canada peut et devrait jouer un rôle de chef de file en santé mondiale. Ils affirment en outre qu'ils souhaitent eux-mêmes faire une contribution sur ce plan.

4.2.3 Le réseautage et la mobilisation des connaissances

Les établissements universitaires canadiens sont actifs en aidant au développement et à l'avancement de réseaux nationaux et internationaux axés sur les recherches en santé mondiale. À titre d'exemple, la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM) est un organisme voué à la promotion des liens à l'échelle mondiale entre les chercheurs canadiens et ceux des pays en voie de développement. L'Université McGill est un chef de file du Consortium of Universities for Global Health (CUGH), un organisme couvrant toute l'Amérique du Nord qui a pour objectif de définir le domaine et la discipline de la santé mondiale et de participer à la coordination de projets et d'initiatives parmi ses membres et entre ceux-ci et des pays moins développés. L'Université McGill accueille l'assemblée générale annuelle du CUGH en 2011 en collaboration avec la

⁶ Pour plus de renseignements sur cette initiative, veuillez consulter le site www.sghi.org.

Exemple de réussite : recherche sur les maladies négligées

L'Université de la Colombie-Britannique apporte une contribution importante à la recherche sur les maladies négligées dans le cadre de son initiative sur les maladies mondiales négligées (Neglected Global Diseases Initiative). Elle a en particulier eu du succès avec l'élaboration d'une forme d'amphotéricine B (AmB) administrée par voie orale (Wasan *et al.*, 2010), qui n'exige pas l'administration par voie intraveineuse ni la réfrigération. La plupart des sites dans les pays en voie de développement n'ont pas la capacité de réfrigérer et d'administrer ce médicament antifongique sous sa forme traditionnelle, qui remonte à 50 ans. L'élaboration d'une nouvelle formule orale est une étape supplémentaire dans la lutte contre la leishmaniose viscérale dans les régions où cette maladie est endémique.

Exemple de réussite : programme Trauma and Global Health (TGH)

L'Université McGill gère le programme « Traumatismes et santé mondiale » en partenariat avec des centres de recherche dans quatre PRFM (Guatemala, Népal, Pérou, Sri Lanka). Il s'agit d'un programme unique en son genre qui examine l'impact et le traitement des traumatismes psychologiques sur les populations civiles ayant vécu des situations d'extrême adversité (Pedersen *et al.*, 2009). Ses objectifs sont les suivants : (i) réduire le fardeau de la santé mentale pour les populations affectées par des violences politiques ou des catastrophes naturelles; (ii) favoriser le processus de guérison et la réadaptation et le rétablissement sur le plan psychosocial; et (iii) élaborer des politiques et des services de santé mentale dans les pays participants. Le programme TGH est tout particulièrement actif dans le domaine de la recherche et de la documentation, du développement des capacités et du transfert de connaissances. Il a réalisé des avancées importantes dans la mise sur pied de réseaux et de partenariats, le développement des capacités et de la recherche et la création de centres de documentation.

Société canadienne de santé internationale (SCSI) et le Global Health Education Consortium (GHEC)⁷.

Le milieu universitaire joue un autre rôle essentiel dans la mobilisation des connaissances, à la fois de façon informelle dans le cadre des réseaux et des interactions entre collègues et de façon plus formelle par des publications, des colloques et des rencontres.

4.2.4 Le développement des capacités dans les PRFM

Le milieu universitaire joue un rôle important dans le développement des capacités d'éducation, de recherche et de traitement des PRFM. À titre d'exemple, depuis 1994, l'Association des universités et collèges du Canada (AUCC) a financé plus de 100 projets faisant intervenir des universités canadiennes et des organismes d'éducation et de formation dans des pays en voie de développement, dans le cadre de son programme « Partenariats universitaires en coopération et développement » (PUCD)

(AUCC, 2008). D'autres organismes, comme la CCRSM, se concentrent sur le développement des capacités de production et d'utilisation de nouvelles connaissances pour améliorer la santé mondiale dans les PRFM (CCRSM, 2010a). Enfin, plusieurs établissements d'enseignement supérieur canadiens ont formé des partenariats avec des institutions civiles et des établissements d'enseignement et de recherche des PRFM afin de contribuer à développer de façon durable leurs capacités dans le domaine de la santé⁸.

⁷ Pour plus de renseignements sur cette rencontre, veuillez consulter le site <http://www.mcgill.ca/channels/events/item/?item_id=170245>.

⁸ Pour plus de renseignements sur les projets entrepris par le PUCD, voir par exemple <<http://www.unesco.org/iau/conferences/maputo/pdf/Beland.pdf>>.

Exemple de réussite : l'Association canadienne de santé publique

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) est un chef de file en analyse et en proposition de politiques se rapportant à la santé publique au Canada depuis plus de 100 ans et est active sur la scène internationale depuis 1982 (ACSP, 2008). Le principal objectif de l'ACSP est de favoriser un accès équitable aux conditions affectant la santé, en se concentrant sur les trois piliers de la santé publique : la prévention des maladies, la promotion de la santé et la protection de la santé. L'ACSP est un chef de file en santé mondiale grâce à sa participation à des initiatives comme le Southern African Aids Trust, le Programme de renforcement des associations de santé publique, l'initiative Promotion de la santé à l'œuvre et l'Initiative canadienne d'immunisation internationale.

Canada, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des sages-femmes, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada et bien d'autres.

Les ONG et les associations professionnelles canadiennes sont impliquées dans les domaines suivants de la santé mondiale :

- développement des capacités et aide technique,
- militantisme,
- secours d'urgence,
- recherche et élaboration de politiques,
- philanthropie.

4.3.1 Développement des capacités et aide technique

L'une des fonctions importantes des ONG et des associations professionnelles est d'œuvrer sur le terrain

4.3 Rôle de la société civile

L'expression *société civile* englobe tout un éventail d'organisations et d'institutions non gouvernementales à but non lucratif, dont les mandats, les budgets et les objectifs sont variés. Le Canada compte plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) qui sont fortement impliquées dans le domaine de la santé mondiale, comme la SCSJ, Vision mondiale Canada, CARE Canada, PLAN, l'Aide à l'enfance Canada, Oxfam Canada, l'African Medical and Research Foundation Canada, Médecins sans frontières, l'UNICEF, la Croix-Rouge canadienne et bien d'autres.

Des associations et organisations professionnelles canadiennes apportent également une contribution importante dans le cadre de leurs activités de formation, de partenariats et de programmes axés sur la santé mondiale. Parmi celles-ci, il y a la Société canadienne de pédiatrie, la Société des obstétriciens et gynécologues du

Exemple de réussite : Save the Mothers

Save the Mothers est une organisation internationale et une œuvre caritative canadienne dont la mission est de favoriser la bonne santé des mères et des enfants, conformément à l'objectif du Millénaire pour le développement n° 5 de l'ONU. Le principal objectif de Save the Mothers est de former des professionnels des pays en voie de développement dans des domaines se rapportant à la santé maternelle. Pour réaliser cet objectif, l'organisation forme de futurs chefs de file en Ouganda, dans le cadre d'un programme de maîtrise de leadership en santé publique, qui leur fournit les outils nécessaires pour promouvoir la santé des mères et faire changer les choses dans leur communauté (Université McMaster, 2009). En 2009, Save the Mothers a accueilli 105 étudiants et l'organisation prévoit élargir son initiative au Kenya et à la Tanzanie.

Exemple de réussite : le Consortium international sur les thérapies antivirales

Le Consortium international sur les thérapies antivirales (CITAV) se concentre sur l'utilisation de la recherche universitaire pour l'élaboration de médicaments. Il a mis au point un processus innovant pour l'élaboration de médicaments qui relie la recherche institutionnelle (avec un réseau de 200 experts de 90 institutions et 24 pays) aux équipes chargées d'élaborer les médicaments. La valeur ajoutée du CITAV est de produire sous licence des composés qui sont passés par un processus rigoureux d'identification et d'évaluation, lequel réduit par 10 le risque d'échec. Le CITAV examine en ce moment 20 composés et estime qu'il peut réduire d'environ 20 pour cent le coût des médicaments produits à partir de ces composés (CITAV, 2008). Une telle approche utilise les ressources existantes pour offrir des médicaments à bas prix en vue de répondre aux besoins sanitaires des PRFM et des pays développés.

auprès des populations locales en vue de mettre en évidence les besoins et les défis qui leur sont propres et de répondre à ces besoins et surmonter ces défis. Il arrive souvent que les ONG jouent le rôle de partenaires en bout de chaîne, pour la mise en œuvre des recherches, la distribution des médicaments et des vaccins et le développement des capacités des systèmes de santé. À titre d'exemple, Healthy Child Uganda est un partenariat entre des universités et la Société canadienne de pédiatrie qui constitue un « partenariat communautaire œuvrant auprès des citoyens en vue de mettre en évidence et de résoudre les problèmes qui ont le plus grand impact sur la santé de leurs enfants » (UToday, 2009).

Des organisations professionnelles participent également au développement des capacités et à la mise en œuvre sur le terrain. Depuis 1982, l'Association canadienne de

santé publique (ACSP) fournit, par exemple, une aide technique et financière à plus de 400 partenaires dans plus de 80 pays (ACSP, 2008)⁹.

4.3.2 Promotion et représentation

Les ONG jouent un rôle essentiel de sensibilisation aux problèmes et aux défis d'importance cruciale et de mobilisation des ressources destinées à les surmonter. Les ONG et les associations professionnelles jouent également un rôle important de promotion des enjeux

Exemple de réussite : Dignitas International

En 2009, malgré la baisse du taux d'infection, environ 2,6 millions de personnes dans le monde ont été infectées par le VIH (ONUSIDA, 2010). Ces infections sont très importantes dans des populations qui ne peuvent pas se permettre les médicaments antirétroviraux (ARV). Depuis 2004, Dignitas International, organisme canadien à but non lucratif, est reconnu comme étant un chef de file dans les efforts qu'il fait pour mettre en place des programmes communautaires de soins dans les pays en voie de développement permettant aux enfants, aux jeunes et aux familles affectées par le VIH/sida d'avoir accès à des services de soins de santé complets, comprenant la fois prévention, traitement, soins et services de soutien. Dignitas assure aussi régulièrement le contrôle et l'évaluation de ses propres programmes et présente ses résultats à d'autres organismes, aux gouvernements et au grand public. Dignitas œuvre en collaboration avec le ministère de la Santé du Malawi en vue de fournir des ARV à plus de 15 000 enfants et adultes et de développer des programmes de prévention et de formation (Dignitas, 2010).

⁹ Témoignage de témoins experts lors de la réunion du comité d'experts du 7 au 9 décembre 2010.

liés à la santé mondiale et des investissements dans la santé mondiale tant auprès du gouvernement du Canada que des gouvernements des PRFM.

4.3.3 Secours d'urgence

Les ONG et, dans une moindre mesure, les associations professionnelles, comme l'Association médicale canadienne, jouent également un rôle important dans les secours d'urgence lors de catastrophes naturelles ou dans les zones de guerre. À titre d'exemple, CARE Canada, Oxfam Canada, Oxfam-Québec et Aide à l'enfance Canada, apportent une aide d'urgence sous forme d'aliments, d'eau et de services médicaux à Haïti depuis le tremblement de terre de 2010, et ces organisations ont été actives dans bien d'autres régions du monde frappées par des catastrophes.

4.3.4 Recherche et élaboration de politiques

Les liens étroits qu'entretiennent les ONG et les associations professionnelles avec les communautés locales et leur expérience sur le terrain leur permettent de contribuer à l'élaboration et à la mise à l'essai de politiques et de s'appuyer sur des données pour réaliser des interventions dans ces communautés. La SCSi et la CCRSM rassemblent des étudiants et des chefs de file de la recherche, du développement des capacités et de l'élaboration des politiques du Canada et des pays en voie de développement lors d'un congrès annuel et dans le cadre de forums d'apprentissage sur les enjeux actuels de la santé mondiale. Ces activités bénéficient du soutien d'organismes comme le CRDI, les IRSC, Santé Canada et l'ACDI (CCRSM, 2010b). La société civile a aussi un autre rôle, qui est de fournir un soutien ciblé à la communauté de la recherche en santé mondiale. À titre d'exemple, certaines fondations peuvent apporter leur appui au secteur biopharmaceutique et à celui des appareils médicaux ou aux établissements de recherche universitaire pour qu'ils entreprennent des activités de recherche et développement en vue de lutter contre les problèmes de santé mondiale.

4.3.5 Philanthropie

La société civile joue également un rôle philanthropique important grâce à la générosité des citoyens, qui participent à des campagnes de financement et font eux-mêmes des dons pour diverses causes et fondations.

Exemple de réussite : la Fondation caritative Mary A. Tidlund

La Fondation caritative Mary A. Tidlund a été fondée en 1998 avec pour objectif de définir des programmes médicaux et éducatifs au Canada et dans le monde, de les soutenir et d'y participer. Depuis sa création, elle a conçu près de 60 programmes dans des domaines comme le développement des capacités en santé et en éducation et le microcrédit dans 20 pays différents (Famous 5 Foundation, 2011).

Plusieurs fondations, tant publiques (par exemple des fondations communautaires) que privées, sont impliquées dans les questions de santé. Ainsi, depuis 2006, la Fondation Belinda Stronach a recueilli cinq millions de dollars pour des moustiquaires de lits dans le cadre de sa campagne « Spread the Net Campaign » (Fondation Belinda Stronach, 2011), tandis que la Fondation Glassco offre une aide financière et un soutien organisationnel pour l'aide aux enfants, aussi bien au Canada qu'à l'étranger et notamment en Zambie (voir l'exemple de réussite sur la Fondation caritative Mary A. Tidlund). Les fondations hospitalières ont aussi apporté une contribution importante dans des domaines comme la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants.

4.4 Rôle du secteur privé

Les entreprises privées ont un impact important sur la santé mondiale, aussi bien au Canada que dans les PRFM. Les choix que font les entreprises concernant les types de produits et de services qu'elles offrent, leurs gammes de prix et les marchés auxquels ces produits et ces services sont destinés sont des choix qui ont tous un impact profond sur l'équité en matière de santé et sur les résultats pour la santé des gens. Les petites et moyennes entreprises et les multinationales peuvent elles aussi avoir un impact important sur la santé de leurs employés dans les PRFM et sur les communautés où se situent leurs activités.

De façon plus générale, le secteur privé est un moteur de développement économique et de prospérité. Des niveaux de revenu plus élevés sont à leur tour liés à de meilleurs

résultats en santé (Commission Macroéconomie et Santé de l’OMS, 2001). Cependant, la croissance économique ne peut, à elle seule, garantir que le revenu global des gens va augmenter. Pour qu’elle ait un impact sur la santé mondiale, il est indispensable qu’elle comprenne une dimension de répartition et fasse augmenter les revenus de façon générale dans la région ou le pays concerné.

4.4.1 Impact par secteur

Le secteur privé entreprend plusieurs activités qui sont propres à des secteurs spécifiques et qui ont un impact direct et indirect sur la santé mondiale. C’est le cas notamment des secteurs, des industries et des entreprises qui suivent :

- **Finances** – Les banques et les investisseurs canadiens, de façon générale, parrainent, facilitent et soutiennent par d’autres moyens la fourniture de ressources aux entreprises, aux ONG et à d’autres parties intéressées engagées dans des efforts visant à promouvoir la santé mondiale ou à résoudre des problèmes de santé mondiale urgents. Ces investissements se font parfois dans le cadre d’efforts soutenus de responsabilité sociale – comme le soutien apporté par TD Canada Trust en matière de littératie financière chez des groupes de personnes à faible revenu et des groupes défavorisés, en particulier dans le nord du Canada (TD Canada Trust et SEDI, 2010). D’autres institutions financières ont un impact plus direct sur la santé mondiale dans le cadre de leurs activités au quotidien : la Banque Royale du Canada (RBC), par exemple, est très active dans les Antilles et a soutenu des efforts en vue d’améliorer l’accès à l’eau potable et d’autres initiatives liées à la santé (RBC, 2008).

En plus de son rôle actuel, le Canada pourrait également jouer un rôle de chef de file sur des enjeux et des occasions clés sur le plan financier dans les PRFM. Le Canada pourrait, par exemple, faire profiter ces pays des leçons apprises (positives et négatives) dans son modèle de soins de santé, ce qui pourrait influencer le débat sur la création de mutuelles¹⁰ dans les PRFM.

- **Produits pour la santé** – Les entreprises privées apportent également une contribution directe en santé mondiale dans le cadre de la conception, de la fabrication et de la distribution de médicaments

d’importance vitale et d’autres médicaments et appareils médicaux ciblant des maladies mondiales importantes. Cependant, quelle que soit l’importance des nouveaux produits et services de santé pour résoudre des problèmes de santé, la plupart sont développés pour les marchés des PRE et coûtent beaucoup trop cher (lorsqu’ils sont disponibles) pour de nombreux PRFM.

À l’heure actuelle, plusieurs multinationales pharmaceutiques travaillent à la conception et à la production de vaccins au Canada : GlaxoSmithKline (GSK) Canada, Merck Canada Ltée, Novartis, Pfizer Canada (auparavant Wyeth Pharmaceutiques Canada) et sanofi pasteur. En outre, les fabricants de médicaments génériques du Canada ont fait et font des investissements importants dans la conception de médicaments, de vaccins et d’appareils médicaux. À titre d’exemple, Apotex a élaboré des produits antirétroviraux destinés à l’exportation dans les pays en voie de développement (Campagne pour l’accès aux médicaments essentiels de MSE, 2011).

Le secteur des vaccins au Canada bénéficie de l’appui de deux organismes : le centre PREVENT (Pan-Provincial Vaccine Enterprise), créé en 2008 pour soutenir la commercialisation des vaccins canadiens, et l’ICID (International Centre for Infectious Diseases), qui a pour mandat d’offrir des solutions innovantes pour la lutte mondiale contre les maladies infectieuses (Comité de l’industrie des vaccins au Canada de BIOTEC Canada, 2010).

Enfin, le Canada possède plusieurs entreprises spécialisées dans les appareils médicaux et les technologies de l’information (TI) sur la santé, qui produisent des produits et des services ciblant ou pouvant cibler les problèmes de santé mondiale.

- **Télécommunications** – Les entreprises des télécommunications du Canada ont un rôle indirect important en santé mondiale, parce qu’elles soutiennent la communication et la connectivité. Le Canada possède également un grand nombre d’entreprises actives dans le secteur de la conception d’applications spécifiques en télémédecine ou pour des appareils portatifs liés à la santé qui permettent la communication des données sur le patient et le traitement du

¹⁰ Les « mutuelles » sont une forme d’autoassurance dans laquelle un groupe de personnes dans une communauté cotise à un fonds centralisé qui assure le financement des services de santé à ce groupe.

patient à distance (Voir la liste des entreprises canadiennes concernées dans Industrie Canada, 2011) En raison de la géographie du Canada (qui compte un grand nombre de petites communautés isolées), nombre de technologies de télésanté et de cybersanté ont été élaborées au Canada, et ces technologies pourraient avoir des applications importantes dans les PRFM. Les entreprises du secteur privé canadien contribuent également à réduire le fossé qui sépare les pays sur le plan numérique en participant à l'élaboration d'ordinateurs à bas coût facilitant l'accès aux renseignements sur la santé dans les pays en voie de développement.

- **Autres secteurs** – Plusieurs autres secteurs ont un impact sur la santé mondiale, comme l'agriculture, le secteur de l'eau, le génie et le secteur des services de santé. Le Canada compte plusieurs projets agricoles (voir les exemples dans Agriculture et Agroalimentaire Canada, 2010) qui contribuent à développer le savoir-faire dans certains domaines, comme l'amélioration de la productivité agricole dans le Nord, et qui pourraient jouer un rôle important à cet égard. Il est important de ne pas oublier que les fruits de tels efforts ont tendance à se concentrer dans les grandes entreprises agricoles, qui ont les moyens d'utiliser les nouvelles technologies. Le comité d'experts a convenu qu'il était important de comprendre les industries des ressources naturelles et nécessaire de faire des études supplémentaires et de rassembler d'autres données en vue de compléter l'analyse détaillée de ces industries et de leur rôle en santé mondiale.

4.4.2 Responsabilité sociale des entreprises

Reconnaissant l'impact important des multinationales sur la santé et le développement économique au niveau local, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a établi le Pacte mondial, une initiative axée sur les entreprises privées qui insistent pour que leurs stratégies et leurs activités respectent des principes axés sur les droits de la personne, les relations de travail, l'environnement et la lutte à la corruption.¹¹ Plus de 70 institutions et entreprises canadiennes ont signé ce pacte, qui souligne l'importance de l'éthique dans les activités des entreprises

et la nécessité de respecter le droit local, de respecter et de faire appliquer les droits de la personne et d'apporter une contribution aux pays et aux communautés où elles sont présentes.

Même si le principal objectif d'une entreprise privée est de maximiser ses bénéfices et non nécessairement de contribuer au bien public, les entreprises sont de plus en plus conscientes de la nécessité de tenir compte d'une communauté plus vaste de parties intéressées au-delà des actionnaires, et de mettre cette communauté à contribution. Cette évolution se manifeste dans le nombre d'entreprises et d'industries qui ont commencé à mettre davantage l'accent sur les programmes et les initiatives ayant un impact positif sur la société, soit dans le contexte de la responsabilité sociale des entreprises (RSE) soit en allant au-delà de la RSE pour s'intéresser au partage de la valeur et en reconnaissant la rentabilité à la base même des marchés en pyramide (Porter et Kramer, 2011; Prahalad, 2006).

Plusieurs entreprises contribuent à la réalisation de progrès sociaux par le biais de leur initiative de RSE. Le secteur privé canadien a fait plusieurs contributions en santé mondiale dans le cadre de programmes de bienfaisance, comme le partenariat entre Rx&D et Partenaires canadiens pour la santé internationale, qui assure la livraison de médicaments et de vaccins à des communautés des PRFM (PCSI et Rx&D, 2010).

Certaines multinationales qui ont des activités dans les PRFM ont un impact positif sur la santé de leurs travailleurs grâce à la prestation de services de santé et d'autres types d'infrastructures de santé et de sécurité. Cela est tout particulièrement important dans des secteurs comme les mines, où les multinationales canadiennes emploient un nombre important de travailleurs locaux dans les PRFM et où il est essentiel d'avoir des conditions de travail sécuritaires pour obtenir de bons résultats sur le plan de la santé.

Enfin, plusieurs entreprises canadiennes apportent une contribution en santé mondiale par l'intermédiaire de dons à des œuvres caritatives ou en adoptant des pratiques exemplaires reconnues sur la scène internationale. Aéroplan, par exemple, soutient l'organisme Ingénieurs sans frontières (ISF, 2008). Aéroplan et Air Canada ont également apporté leur appui à des organismes d'aide,

¹¹ Pour plus d'informations sur le Pacte Mondial des Nations Unies, voir le site <<http://www.unglobalcompact.org/Languages/french/index.htm>>.

des patients et du personnel médical offrant de l'aide – notamment à Haïti et au Chili. Des hôteliers et des entreprises de transport ont adopté des pratiques exemplaires, pour réduire et prévenir le trafic de personnes vulnérables (McGahan *et al.*, 2010).

Même si les activités de RSE peuvent apporter une contribution importante sur le plan de la santé et du bien-être des communautés locales, l'impact de ces investissements est éclipsé par les effets à la fois positifs et négatifs des activités principales des entreprises. En outre, si les entreprises s'empressent de faire de la publicité pour leurs programmes et leurs investissements en RSE, il y a beaucoup moins d'information concernant les effets sur la santé mondiale (tant positifs que négatifs) de leurs activités au quotidien.

4.4.3 Recherche et innovation

Même si le Canada a des mesures incitatives, comme le crédit d'impôt pour la recherche scientifique et le développement expérimental, qui favorisent les investissements en recherche et développement, le pays manque de structures pour encourager le secteur privé à explorer le potentiel d'application de ses produits et services innovants en vue de lutter contre les problèmes de santé mondiale. Le comité d'experts a recueilli les témoignages de témoins experts qui indiquent qu'il y serait possible de structurer les crédits d'impôt et les autres mesures incitatives en vue de favoriser la participation des entreprises canadiennes à la lutte contre les problèmes urgents en santé mondiale.

L'élaboration de nouveaux produits et services en santé mondiale est la première de plusieurs étapes à franchir pour qu'une solution potentielle à un problème de santé mondiale ait un impact réel. L'un des problèmes les plus urgents en santé mondiale est la difficulté qu'il y a à distribuer à grande échelle les nouveaux produits et services sanitaires dans les endroits où l'on en a le plus besoin (Kurowski *et al.*, 2007). De plus en plus d'entreprises dans les marchés émergents comme la Chine et l'Inde, se concentrent désormais sur la production de produits et services de santé de grande qualité à une fraction du coût qu'ils représentent dans les PRE.

4.4.4 Rôle de chef de file sur la scène internationale

Le Canada a joué un rôle de chef de file considérable dans l'étude du rôle du secteur privé dans le développement. Ainsi, l'ancien premier ministre du Canada, Paul Martin, a assuré la coprésidence de la Commission du secteur privé et du développement de l'Organisation des Nations Unies. Le rapport intitulé *Libérer l'entrepreneuriat – Mettre le monde des affaires au service des pauvres* (Commission du secteur privé et du développement, 2004) décrit les résultats du travail de la Commission; ce rapport va au-delà des multinationales et reconnaît l'importance des PME dans la croissance et le développement économiques. Après son mandat, M. Martin a également assuré la coprésidence d'un groupe d'experts de haut niveau chargé d'élaborer un plan stratégique pour la Banque africaine de développement; ce plan stratégique comprend une section sur la création de centres d'innovation ou de centres d'excellence pour favoriser la croissance du secteur privé grâce à l'innovation (Groupe d'experts de haut niveau de la Banque africaine de développement, 2007).

Un autre domaine où le Canada pourrait être un chef de file sur la scène internationale est celui de l'élaboration de stratégies appropriées en matière de propriété intellectuelle (PI). Cela pourrait prendre la forme de droits de PI traditionnels (comme la protection des brevets), de regroupements de brevets ou d'innovations sur le modèle du logiciel libre. À titre d'exemple, le Parlement canadien a étudié une loi (lors de sa 40^e session), appelée « Régime canadien d'accès aux médicaments », qui aurait permis aux fabricants canadiens de médicaments génériques de produire des médicaments protégés par des brevets en vue de leur expédition dans certains pays à risque élevé; mais cette loi est morte au feuillet au Sénat lors du déclenchement des élections au printemps 2011 (Platts, 2011).

4.4.5 Le secteur privé dans les PRFM

Le secteur privé joue un rôle en santé mondiale non seulement au Canada, mais aussi dans les PRFM. Le secteur privé des PRFM joue un rôle crucial à la fois de façon directe — en fournissant des services de santé et en concevant et offrant des produits sanitaires à des prix abordables — et de façon indirecte — en assurant tout un éventail de prestations et de services qui contribuent à produire de meilleurs résultats pour la santé et à créer des emplois. Un bon exemple est l'entreprise A to Z

Exemple d'une réussite : partenariat Teck/IM/ACDI

En juin 2011, Teck (exploitant de ressources basé à Vancouver) a annoncé qu'il unissait ses efforts avec l'Initiative pour les micronutriments et l'ACDI. Cette alliance entre le secteur public, le secteur privé et la société civile vise avant tout à « faire reculer la mortalité infantile en renforçant l'utilisation du zinc combinée aux sels de réhydratation orale pour traiter la diarrhée, et en fournissant des suppléments de zinc aux enfants de plus de six mois ». Au total, ce partenariat représentera un investissement de 5,2 millions de dollars et son premier projet sera entrepris au Sénégal en collaboration avec le ministère de la Santé du Sénégal (IM, 2011; McNeil Jr., 2011).

Textile Mills d'Arusha, en Tanzanie, qui est le plus grand fabricant de moustiquaires traitées avec un insecticide à effet prolongé en Afrique et qui emploie environ 7 000 personnes (Singer *et al.*, 2008; Fonds Acumen, 2011). Diverses sources ont indiqué au comité d'experts que le secteur privé pourrait jouer un rôle plus important dans le cadre de partenariats avec des entreprises — en particulier des PME — des PRFM ce qui favoriserait les occasions d'apprentissage réciproque.

Plus le secteur privé au Canada s'intéressera à la santé mondiale et s'impliquera davantage dans ce domaine, plus il sera important de bien comprendre les conséquences de ses interactions sur les plans culturel et éthique. À titre d'exemple, même s'il est important de commercialiser le savoir de façon à créer de nouvelles entreprises et de nouveaux emplois dans les PRFM, il est également crucial de respecter le savoir indigène et de ne pas l'exploiter exclusivement au profit des PRE. Il faut aussi que le secteur privé réfléchisse aux conséquences de certaines activités comme le déroulement des essais cliniques dans des PRFM (Finegold, 2005).

Le comité d'experts a recueilli les témoignages de témoins experts sur plusieurs exemples d'initiatives non canadiennes visant à soutenir le développement

du secteur privé dans les PRFM. Ainsi, le Fonds Acumen est un fonds industriel d'envergure mondiale constitué comme organisme à but non lucratif qui adopte des approches axées sur l'entrepreneuriat pour résoudre les problèmes liés à la pauvreté dans le monde. Des témoins experts ont notamment parlé au comité de l'impact d'investissements patients dans des projets comme l'entreprise A to Z en Tanzanie qui, après un investissement initial du Fonds Acumen, a connu au cours des cinq dernières années une croissance telle qu'elle est désormais le plus grand fabricant de moustiquaires pour lits en Afrique et produit environ 30 millions de moustiquaires par an (Shah *et al.*, 2010).

On peut également mentionner l'initiative Grassroots Business Fund qui soutient de petites entreprises comme des agriculteurs, des artisans et des micro-entrepreneurs de PRFM en les mettant en rapport avec des projets spécifiques susceptibles de leur fournir une source durable de financement régulier. L'un des projets vise à offrir du financement à une entreprise indienne qui conçoit des solutions technologiques pour récupérer efficacement le lait dans les régions rurales et ainsi faire augmenter les revenus des agriculteurs en évitant les pertes causées par le gaspillage (GBF, 2010).

4.5 Rôle de chef de file des personnes, des institutions et des organisations

Tout au long du processus de collecte de renseignements, le comité d'experts a pris connaissance d'un large éventail d'activités et de contributions de particuliers, d'organisations et d'institutions canadiennes visant à surmonter les problèmes et les défis en santé mondiale. Il s'agit autant de contributions de personnes que de grandes initiatives internationales comme la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, et d'activités comme celles de chercheurs et d'instituts de recherche de pointe, tel le Centre de recherche en infectiologie (CRI) de Québec, d'innovations d'organisations de la société civile comme Dignitas International et de grandes initiatives de politique publique telles que l'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de 2010. Certaines de ces activités et contributions sont présentées sous la forme d'« exemples de réussite » dans les encadrés qui parsèment le présent rapport.

Le mandat du comité d'experts ne lui demandait de définir que les composantes actuelles du rôle du Canada

en santé mondiale. Il n'était donc pas du ressort du comité d'évaluer les rôles actuels du Canada (tels que décrits ci-dessus) en fonction des principes, des buts et des indicateurs de réussite définis au chapitre 3. Le comité d'experts a toutefois fait deux observations importantes à partir des commentaires de plusieurs témoins et experts, des présentations reçues suite à l'appel public d'informations et de l'expérience de ses membres :

1. Il y a des personnes, des institutions et des organisations qui sont engagées et actives dans le domaine de la santé mondiale dans tous les secteurs de la société canadienne.
2. L'impact des activités du Canada en santé mondiale pourrait toutefois être renforcé si on assurait une meilleure coordination de ces rôles et activités et si on encourageait la collaboration au sein des divers secteurs et entre ceux-ci.

5. Forces, obstacles et possibilités

Ce chapitre s'appuie sur l'étude et l'analyse du rôle actuel du Canada (chapitre 4) pour décrire les principales forces du Canada dans le domaine de la santé mondiale. Il décrit également certains obstacles susceptibles de freiner l'utilisation de ces forces pour maximiser l'impact des investissements et des activités du Canada en santé mondiale. Ce chapitre met ensuite en évidence les domaines où le Canada pourrait jouer un rôle de chef de file, en évaluant ces forces et ces obstacles dans le contexte des priorités, des activités et des investissements en santé mondiale d'autres pays clés pouvant servir de base de comparaison.

5.1 Forces du Canada dans le domaine de la santé mondiale

Il faudrait que le Canada cherche à mettre à profit les domaines où il excelle afin de permettre à la recherche en santé mondiale de prospérer.

(réponse d'un universitaire à l'appel public d'informations, 20 octobre 2010)

Plusieurs personnes ayant répondu à l'appel public d'informations et témoins experts sont d'avis que, étant donné la taille et les ressources relativement limitées du Canada, il est important de cibler nos ressources en santé mondiale sur les domaines où nous excellons déjà et où nous possédons un avantage comparatif. Selon l'une des personnes consultées, « il faudrait que notre rôle se concentre sur les domaines où le Canada possède un savoir-faire, une crédibilité et la capacité de favoriser des résultats tangibles » (réponse d'un représentant du gouvernement à l'appel public d'informations, 3 décembre 2010).

Dans cette optique, le comité d'experts a décrit 12 forces du Canada en santé mondiale. Le travail de définition et d'analyse des forces et des obstacles effectué par le

comité d'experts repose sur une analyse des publications disponibles et sur le jugement raisonné de ses membres, et s'appuie sur les témoignages des témoins experts, les soumissions reçues en réponse à l'appel public d'informations et les résultats des tables rondes avec les étudiants de niveau universitaire. Les deux premières forces sont de nature globale et transcendent les frontières entre les secteurs, tandis que les autres émergent des rôles spécifiques du Canada dans des secteurs précis de la santé mondiale, tel qu'évoqués au chapitre 4.

1. **Importance de la valeur accordée à l'accès universel aux soins de santé** – L'une des forces les plus importantes qui ressort des renseignements recueillis est l'accent mis au Canada sur l'accès universel aux soins de santé et l'approche de la santé axée sur les droits des personnes, telle qu'inscrite dans la *Loi canadienne sur la santé* (Ministre de la Justice, 1985).

Nous avons, en tant que pays, d'excellents systèmes qu'il est possible d'exporter dans d'autres pays, tout en restant sensible à la culture et aux pratiques locales.

(réponse d'un membre de la société civile à l'appel public d'informations, 5 novembre 2010)

Cette force fournit au Canada la crédibilité nécessaire pour justifier l'accent mis sur l'équité en tant que principe essentiel en santé mondiale.

2. **Possibilité pour des personnes de démontrer des qualités de chef de file en santé mondiale** – L'un des plus grands atouts du Canada est sa culture, qui permet aux particuliers et aux organismes canadiens de jouer un rôle de chef de file en santé mondiale. On constate aussi que les étudiants de niveau universitaire souhaitent de plus en plus s'engager dans le domaine de la santé mondiale et faire une différence dans ce domaine.

3. **Efficacité des normes réglementaires** – Le Canada a élaboré et mis en œuvre de solides normes réglementaires et non réglementaires qui garantissent l'efficacité et la sécurité des produits et des services sanitaires. Le Canada contribue également à l'élaboration de normes réglementaires internationales, dans le cadre d'activités de coopération bilatérales, régionales et multilatérales : échanges d'informations, développement de la capacité de réglementation, influence sur les normes et les politiques internationales affectant la santé et la sécurité, etc.
4. **Solidité de la politique étrangère et sanitaire** – Le Canada est un chef de file international dans l'élaboration et la promotion de politiques et d'initiatives en santé mondiale, comme la *Convention-cadre pour la lutte antitabac* et la *Convention d'Ottawa* sur l'interdiction de l'utilisation des mines antipersonnel (*Traité sur les mines antipersonnel*) (ICBL, 1997).
De plus, le Canada participe aux efforts de responsabilisation pour les résultats et d'application d'indicateurs mesurables de l'aide au développement, par la mise en œuvre de la *Loi sur la responsabilité en matière d'aide au développement officielle* (Ministre de la Justice, 2011). Dans le cadre de cet engagement en matière de responsabilisation, le premier ministre Stephen Harper a assuré la coprésidence de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la santé (Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies, 2011).
5. **Programmes qui ont fait leurs preuves en sécurité sanitaire mondiale** – Le Canada est un chef de file mondial dans plusieurs domaines de la sécurité sanitaire et il s'efforce de prendre des mesures en réponse à diverses menaces sur le plan biologique ou chimique. Il a ainsi contribué à la mise en place de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, un consortium de pays (G7 + Mexique) partageant la même philosophie en vue d'échanger des renseignements et de travailler en collaboration au renforcement de la préparation des systèmes de santé publique et à une réponse d'envergure mondiale en cas de menace de terrorisme chimique, biologique ou nucléaire ou

de pandémie de grippe. Le Canada a également joué un rôle important dans la mise sur pied du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), qui est utilisé à l'échelle internationale pour la surveillance des maladies (ASPC, 2004).

6. **Innovation dans les vaccins, de la découverte à la distribution** – Le gouvernement fédéral a joué un rôle significatif dans des initiatives multilatérales importantes de financement dans le domaine des vaccins, comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (« Alliance GAVI »), l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et le Mécanisme de garantie de marchés pour le vaccin antipneumococcique. Le secteur privé est actif dans l'élaboration de nouveaux vaccins en réponse aux problèmes de santé mondiale urgents (BIOTECanada, 2011). En outre, des organisations de la société civile et le gouvernement fédéral ont apporté leur appui aux efforts soutenus visant à étendre les campagnes de vaccination, comme le Programme élargi de vaccination (ACSP, 2005).
7. **Chefs de file reconnus en innovation et en recherche sur la santé** – Tel qu'indiqué au chapitre 4, le milieu universitaire canadien possède des atouts importants en santé mondiale et est fortement attaché à ce domaine.

Exemple de réussite : l'Université du Manitoba

Le Canada compte certains chefs de file mondiaux dans la recherche sur le VIH et d'autres maladies infectieuses. Depuis trois décennies, des chercheurs de l'Université du Manitoba collaborent avec des scientifiques de l'Université de Nairobi au Kenya. Dans les années 1980, ces chercheurs étaient à la fine pointe de la recherche sur le VIH/sida (Chouinard, 1987). Depuis, l'Université du Manitoba gère un réseau de collaboration en recherche clinique et communautaire sur le VIH avec l'Université de Nairobi.

Le Canada excelle en évaluation et en recherche et ces attributs et ces ressources pourraient être déployés pour aider des pays et des organisations mondiales à améliorer leurs processus de déploiement à grande échelle, à cerner les problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent et à obtenir de meilleurs résultats lors des initiatives suivantes.

(réponse d'un universitaire à l'appel public d'informations, 3 novembre 2010)

Voici certains des domaines de recherche où le Canada excelle :

- **Santé mentale dans le monde** – L'analyse bibliométrique des publications universitaires au Canada semble indiquer que le domaine où la recherche affiche la meilleure performance au Canada est celui de la psychologie et de la psychiatrie (CAC, 2006). Le Canada est actif en santé mentale sur la scène internationale dans des initiatives comme le Collaborating Centre in

Exemple de réussite : le BC Centre of Excellence in HIV/AIDS

Le BC Centre of Excellence in HIV/AIDS, programme de Providence Health Care en Colombie-Britannique, est le pionnier d'une stratégie de prévention du VIH/sida appelée « traitement en tant que prévention ». Cette stratégie, qui s'appuie sur les recherches effectuées par le Centre, a montré que « les avantages du traitement antirétroviral hautement actif (HAART) vont au-delà du prolongement de la survie sans symptômes des personnes infectées par le VIH et jouent un rôle important dans la prévention de la transmission et de la propagation du VIH ». En février 2011, la Chine a annoncé qu'elle allait mettre en oeuvre un programme national de prévention basé sur cette stratégie (BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, 2011).

Mental Health, Training and Policy Development de l'OMS/OPS, hébergé à l'Université Dalhousie. La codirection du Canada a débouché récemment sur la définition des « grands défis » en santé mentale dans le monde (Grand Challenges in Global Mental Health) (Collins *et al.*, 2011).

- **Maladies non transmissibles** – Le Canada est un chef de file dans le dépistage des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies. À titre d'exemple, l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques est présidée par un Canadien et a récemment organisé un vaste exercice sur les priorités en santé mentale dans le monde pour jeter les bases nécessaires à des investissements en recherche dans ce domaine dans les PRFM¹².
- **Maladies infectieuses** – Le Canada excelle dans la recherche sur les maladies infectieuses et négligées. À titre d'exemple, le Canada compte certains chefs de file mondiaux dans la recherche sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Université du Manitoba. Cette dernière collabore depuis plus de 30 ans avec l'Université de Nairobi au Kenya, avec laquelle elle gère un réseau de collaboration en recherche clinique et communautaire. Le Centre de recherche en infectiologie de Québec est un autre chef de file mondial dans la recherche sur les maladies infectieuses, avec 250 chercheurs travaillant sur tout un éventail de problèmes de santé mondiale. Les laboratoires Sandra Rotman du McLaughlin-Rotman Centre for Global Health, à Toronto, mènent également des travaux innovants dans le dépistage et le traitement de la malaria. Les gouvernements du Canada et de l'Ontario ont par ailleurs apporté leur soutien au Consortium international sur les antiviraux (CITAV) (CITAV, 2010).
- **Éthique de la santé mondiale** – Le Canada est perçu comme un chef de file en éthique de la santé mondiale, grâce aux efforts de plusieurs groupes de recherche universitaire, comme le Centre for Applied Ethics de l'Université de la Colombie-Britannique et le Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto, et au travail de chercheurs canadiens éminents dans le cadre d'initiatives comme HumGen et P3G¹³, un projet international sur les bases de données biologiques.

¹² Pour plus de renseignements sur l'Alliance mondiale contre les maladies chroniques, voir le site <www.ga-cd.org>.

¹³ Pour plus de renseignements sur HumGen et P3G, veuillez consulter le site <<http://www.humgen.org>>.

Exemple de réussite : lignes directrices en matière d'éthique pour les pandémies de grippe

En 2005, le Groupe de travail sur la grippe pandémique du Centre conjoint de bioéthique (JCB) de l'Université de Toronto a élaboré un ensemble de lignes directrices en matière d'éthique intitulée *Stand on Guard for Thee*, qui a eu beaucoup d'influence et a été souvent cité. Le groupe de travail du JCB a insisté sur la nécessité de définir un volet éthique dans toute pandémie et proposé une série de 15 questions d'éthique à aborder dans une situation de pandémie (Groupe de travail sur la grippe pandémique du Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto, 2005). Ce cadre éthique est le premier du genre et a marqué une étape importante dans la compréhension des dimensions éthiques des maladies pandémiques dans le monde.

- **Transfert et échange de connaissances** – Le Canada possède de grands atouts dans l'application des connaissances et des informations dans les politiques publiques. À titre d'exemple, les Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) ont financé la création de l'organisme Application des connaissances Canada (KT Clearinghouse, 2011). Le Canada est notamment un expert dans le transfert des connaissances dans la recherche sur le Nord et les Autochtones (CAHR, 2011).
- **Oligoéléments** – Le Canada a apporté une contribution importante en santé mondiale dans le domaine des oligoéléments : l'Initiative pour les micronutriments et le programme de recherche en santé mondiale Nutrifer (voir l'exemple de réussite sur le Nutrifer) ont tous deux eu un impact important sur les politiques et les pratiques dans ce domaine à travers le monde.

Le Canada dispose d'un éventail évolutif de programmes de financement de la recherche en santé mondiale, notamment les subventions Teasdale-Corti dans le cadre de

l'Initiative de recherche en santé mondiale Nutrifer (CRDI, 2009) et le programme « Les étoiles montantes canadiennes en santé mondiale », de Grands Défis Canada. Il existe aussi plusieurs unités de recherche en santé mondiale au pays et 10 centres collaborateurs de l'OMS¹⁴.

Enfin, le Canada excelle en recherche dans plusieurs domaines ayant un impact direct sur la santé mondiale, comme la sécurité des approvisionnements en eau et en nourriture, le changement climatique et les sciences climatiques.

8. Système éducatif de calibre international – Le Canada possède un excellent système d'enseignement

Exemple de réussite : partenariat avec la Bosnie-Herzégovine pour la réforme des soins de santé primaires

Entre 1993 et 2010, le Canada a joué un rôle central dans la réforme des soins de santé primaires (SSP) en Bosnie-Herzégovine, avec des contributions du Centre international pour l'avancement de la réadaptation communautaire (CIARC) et du département de médecine familiale (faculté des sciences de la santé) de l'Université Queen's, ainsi que de la Société canadienne de santé internationale (SCSI). Ce partenariat avec la Bosnie-Herzégovine a débuté durant le conflit, en 1993, lorsque le CIARC a mis sur pied quatre centres communautaires de réadaptation (CCR) à Sarajevo. Cela a mené à la création d'un réseau national de 58 CCR offrant des services à plus de 40 000 personnes par an, après la réforme des SSP au lendemain du conflit. Le département de médecine familiale de l'Université Queen's a élaboré un premier programme de formation en médecine familiale pour les médecins et les infirmières dans quatre universités. La SCSI a ensuite formé un partenariat avec le CIARC de l'Université Queen's pour la planification des ressources humaines en soins de santé, en accordant une attention toute particulière aux SSP (Edmonds, 2005).

¹⁴ Pour consulter la liste des divers centres collaborateurs au pays, veuillez consulter le site <http://apps.who.int/whocc/List.aspx?cc_code=CAN>.

assorti de normes strictes pour les études de base et la formation et la certification professionnelles. En 2006, 47 pour cent des Canadiens âgés de 25 à 64 ans avaient fait des études de niveau tertiaire, ce qui est la proportion la plus élevée parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (OCDE, 2009). Avec des programmes spécialisés gérés par des organismes subventionnaires comme les IRSC et Génome Canada, le Canada offre également un appui solide à la formation de base dans les sciences, ce qui sert de fondement à des activités supplémentaires de recherche et développement et de recherche appliquée en sciences de la santé.

Le Canada est très actif au niveau du développement des capacités dans les PRFM, dans le cadre de partenariats entre des universités et collèges du Canada et des PRFM, comme le partenariat établi de longue date entre l'Université de Sherbrooke et l'Université de Bamako au Mali.

9. **Chefs de file mondiaux en recherche sur la santé des Autochtones** – Le Canada est en train de devenir un chef de file en recherche sur la santé des Autochtones dans le monde. À titre d'exemple, en juin 2000, les IRSC ont mis sur pied l'Institut de la santé des Autochtones (ISA), chargé d'offrir des subventions de recherche sur la santé, comme la

subvention « Recherche interventionnelle en santé des Autochtones » – 4,8 millions de dollars sur trois ans (RechercheNet, 2011). Entre autres exemples, il y a le Global Indigenous Health Research Symposium, organisé par le Centre for Aboriginal Health Research de l'Université de Victoria en 2008, et le Groupe de travail sur la recherche mondiale en santé autochtone, formé par la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale en 2005 (CAHR, 2009). Un autre jalon important a été l'inclusion d'un volet autochtone dans les lignes directrices en matière d'éthique publiées en 2010 par les trois conseils subventionnaires (le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie, le Conseil de recherches en sciences humaines et les Instituts de recherche en santé du Canada) (Trois Conseils, 2010).

Le Canada travaille également en collaboration étroite avec d'autres pays ayant des populations autochtones importantes. En tant que chef de file dans ce domaine, le Canada organise des événements qui favorisent la recherche sur la santé des Autochtones et l'échange d'idées et de pratiques exemplaires entre les nations ayant des communautés autochtones. À titre d'exemple, la Société canadienne pour la santé circumpolaire a cohébergé le Congrès international en santé circumpolaire, organisé en juin 2009 à Yellowknife (ICCH, 2009), qui a rassemblé 600 professionnels de la santé, représentants de communautés autochtones et représentants du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux (Société canadienne pour la santé circumpolaire, 2010a). En outre, le Canada a joué un rôle important lors de l'Année polaire internationale en 2007-2008 (API), qui portait sur la santé et le bien-être des communautés (Société canadienne pour la santé circumpolaire, 2010b) et au sein de l'Union internationale pour la santé circumpolaire (IUCH).

Enfin, en 2012, Canada accueillera la conférence « De la connaissance à l'action » sur l'API à Montréal. L'API est une initiative internationale majeure en vue de concentrer les recherches sur le Nord du Canada; le Canada tient à poursuivre les efforts entamés par l'API.

Exemple de réussite : Institute for Circumpolar Health Research (ICHR)

L'ICHR est un organisme servant de chef de file dans la recherche sur la santé des Autochtones. Il est basé dans le Nord du Canada et conçoit et met en oeuvre des projets de recherche avec des enseignants universitaires basés dans le Nord. Il supervise des étudiants de cycle supérieur qui acquièrent leur formation sur place. Il reçoit des subventions des trois conseils subventionnaires et héberge un centre de données de recherche de Statistique Canada, le premier du genre établi dans le Nord hors d'une université.

- 10. Chefs de file mondiaux sur les déterminants sociaux de la recherche sur la santé** – Le Canada a une longue tradition d'excellence dans la recherche en sciences sociales sur les questions liées à la santé, qui a reconnu très tôt l'importance des déterminants sociaux de la santé, d'abord dans le rapport Lalonde (1974) puis dans le cadre de la participation du Canada à la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* de 1986 (OMS, 1986). Le Canada est devenu un chef de file international dans l'articulation et l'interprétation des déterminants sociaux de la santé, participant aux travaux et à la direction de la Commission des déterminants sociaux de la santé, et jouant un rôle important dans plusieurs des carrefours du savoir liés à la Commission.
- 11. Dynamisme du secteur philanthropique** – Les citoyens jouent un rôle important en tant que philanthropes. Les Canadiens sont généreux dans leurs dons aux organismes caritatifs et en réponse aux catastrophes qui surviennent dans le monde. En 2009, ils ont fait environ 7,7 milliards de dollars de dons aux œuvres caritatives (Statistique Canada, 2011), et la Croix-Rouge canadienne a recueilli 199 millions de dollars dans ses efforts pour aider Haïti (CBC News, 2011). Le secteur philanthropique est également soutenu par un réseau de plus en plus vaste de donateurs et de fondations qui œuvrent discrètement. Entre 1998 et 2005, le nombre de fondations actives au Canada a plus que doublé, pour atteindre 2 900 (Moreno et Plewes, 2007).
- 12. Force de l'engagement en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants** – Le Canada est devenu un chef de file mondial en matière de santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, grâce aux nouveaux programmes importants de subventions annoncés dans le cadre de l'Initiative de Muskoka et à son rôle à la direction de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies (Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies, 2011).

5.2 Obstacles réduisant l'impact

Il y a plusieurs obstacles sérieux qui empêchent le Canada de miser sur ses forces en santé mondiale pour maximiser l'impact de ses investissements dans ce domaine.

- 1. Il n'y a pas de vision unificatrice de la santé mondiale au Canada.** Même si des particuliers et des organismes canadiens ont pu avoir et continuent d'avoir une influence importante en santé mondiale, leur impact collectif est nettement inférieur à la somme de leurs contributions individuelles, en raison de l'absence de vision unificatrice de ce que nous sommes capables d'accomplir collectivement dans ce domaine. De loin, c'est là l'obstacle le plus souvent mentionné quand il est question que le Canada joue un rôle plus stratégique en santé mondiale.
- 2. Il y a souvent peu de coordination entre les acteurs canadiens en santé mondiale.** Sans mécanisme ou cadre de coordination des personnes et des organismes canadiens qui apportent une contribution en santé mondiale, il est difficile pour ces derniers de savoir avec qui ils devraient communiquer ou travailler. Il peut aussi y avoir des activités qui font double emploi, parce que différents groupes travaillent de façon indépendante dans le même pays ou le même secteur, souvent sans partage des ressources et du matériel; il s'ensuit des occasions ratées de profiter des leçons apprises par les uns et les autres. Le Canada n'offre pas non plus d'environnement susceptible de catalyser les activités et les programmes en santé mondiale; ainsi, il n'y a pas de réseau formel reliant les centres de santé mondiale dans les universités canadiennes pour appuyer la recherche et les autres activités en santé mondiale.

D'après le comité d'experts, ce manque de coordination est souvent dû à l'absence d'infrastructure nationale prenant la forme d'un réseau et au manque de mesures incitant les organismes à collaborer. À titre d'exemple, dans le milieu universitaire, il y a souvent peu de coopération ou de coordination des ententes entre des universités canadiennes et des universités d'autres PRE travaillant avec les mêmes établissements de PRFM ou dans le même pays. Du coup, on peut avoir trois universités canadiennes ou plus qui ont conclu des ententes avec le même établissement d'un PRFM et ces ententes se

chevauchent, entraînant des redondances et des difficultés pour les établissements concernés.

Il faut également mentionner un obstacle apparenté (évoqué dans les réponses à l'appel public d'informations), soit l'absence d'organisme « champion » du secteur de la santé mondiale au Canada. Même si le Canada compte de nombreux dirigeants et intervenants qui sont individuellement forts, il n'existe pas de repère central permettant à tous les acteurs en santé mondiale de s'aligner sur les priorités du Canada ou des gouvernements locaux. Il n'y a pas non plus d'organisme commun de promotion des intérêts de ce secteur, qui permettrait de garantir que la santé mondiale reste une priorité nationale au sein du gouvernement et à l'extérieur de celui-ci.

3. **Les cheminements de carrière en santé mondiale dans les établissements d'enseignement supérieur sont souvent imprécis.** Même si la santé mondiale est un domaine englobant un large éventail d'éléments qui rejoignent de nombreuses disciplines et catégories d'études, les programmes facilitant l'apprentissage de ces différents éléments et les occasions de travailler sur le terrain sont limités dans la plupart des établissements d'enseignement supérieur. Sur la question des subventions, on constate que les étudiants et les nouveaux enseignants en santé mondiale passent souvent entre les mailles du filet du CRSH et des IRSC. Les étudiants qui ont participé aux tables rondes organisées par le comité d'experts sont convaincus que l'absence d'apprentissage interdisciplinaire est un sérieux obstacle à l'élaboration de solutions pertinentes aux problèmes de santé mondiale et qu'à l'avenir, il faudra que les mécanismes de financement tiennent compte de la nature interdisciplinaire de ce domaine. En outre, il serait utile que les universités offrent de nouvelles possibilités aux étudiants, aux professeurs et aux chercheurs en début de carrière de travailler dans différents secteurs, par exemple de passer du temps dans le secteur privé ou au gouvernement, ou au sein d'une ONG ou sur le terrain dans un PRFM. Les autres secteurs pourraient profiter du savoir-faire et de la plus grande rigueur que les universitaires pourraient apporter dans leur travail.

4. **Les décisions de politique économique et sociale sont souvent prises sans tenir suffisamment compte de leur impact potentiel sur la santé.** L'impact sur la santé ne fait pas formellement partie du cadre d'évaluation actuellement utilisé pour évaluer les nouvelles décisions de politique publique au Canada. Il s'agit d'un défi important, en raison des liens étroits entre la santé et le statut socio-économique de la population (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008; Mackenbach, 2006). Cela signifie que, dans un large éventail de domaines, les politiques adoptées peuvent avoir un impact indirect important sur les résultats pour la santé.
5. **On applique souvent très peu ce que l'on sait sur les déterminants sociaux de la santé dans les politiques et les mesures adoptées.** En dépit des données objectives dont on dispose (Lalonde, 1974; OMS, 1986), le Canada n'a eu, jusqu'à présent, que peu de programmes où les leçons apprises sur l'impact des déterminants sociaux sur la santé ont été transposées en politiques et mesures concrètes (ISPC, 2003; Collins et Hayes, 2007; Raphael *et al.*, 2008). Cet obstacle est exacerbé du fait que l'on n'affecte que des ressources limitées au suivi et à la mesure des résultats des programmes et de l'impact sur la santé des tendances démographiques fondamentales, comme le vieillissement et les migrations. Ce manque de ressources fait qu'il est très difficile d'entreprendre des évaluations pertinentes des résultats obtenus et de s'appuyer ensuite sur ces résultats pour adopter de meilleures politiques (OMS, 2008a).
6. **Il y a de sérieuses contraintes de ressources au sein du gouvernement, dans le secteur privé et dans la société civile.** Le Canada est un acteur relativement modeste en santé mondiale. On estime que les investissements annuels du Canada en santé mondiale se situent entre 559 et 634 millions de dollars (voir le chapitre 4). Ces chiffres sont faibles par rapport aux autres acteurs importants, comme les États-Unis, qui, en 2009, y ont investi environ 6,7 milliards de dollars (CAD de l'OCDE, 2011a) et représentent un peu plus de la moitié de ce qu'un pays comme le Royaume-Uni dépense annuellement (CAD de l'OCDE, 2011a). Même en proportion du revenu national brut (RNB), l'investissement du Canada en santé demeure relativement modeste.

Les contraintes affectant les ressources se manifestent également dans le manque de subventions canadiennes en développement international accordées en vue de construire une infrastructure universitaire dans les PRFM pour les aider à créer et à maintenir leurs propres programmes d'enseignement et de formation en recherche.

Lors des témoignages et des interviews, le comité d'experts s'est souvent fait dire qu'en raison de la taille relativement restreinte et des ressources limitées du Canada, il est d'autant plus important qu'il adopte une approche stratégique dans l'utilisation des énergies et des ressources en santé mondiale. Le comité a aussi entendu des témoins affirmer qu'il est crucial que les investissements du Canada se concentrent sur les résultats plutôt que sur des programmes ou des initiatives spécifiques.

7. **Les pistes pour susciter l'intérêt des gens envers la santé mondiale sont limitées.** Le dernier obstacle mentionné par les étudiants lors des discussions en table ronde sur les campus universitaires canadiens est que, même s'il y a des activités liées à la santé mondiale sur les campus, il importe de répertorier et de simplifier ces activités et de créer des pistes claires pour canaliser l'intérêt croissant des étudiants pour ce secteur.

5.3 Rôle du Canada dans le contexte international

Lorsqu'on considère globalement les deux sections précédentes, la conclusion qui ressort semble être que le Canada a un nombre important d'atouts en santé mondiale qui ont déjà un impact à l'échelle mondiale et qu'on pourrait exploiter à la faveur d'un rôle accru et plus stratégique du pays dans ce secteur. En outre, les obstacles mis en évidence par le comité d'experts (en particulier les deux premiers, concernant la coordination et la stratégie) semblent indiquer que l'impact de ces atouts pourrait être encore plus grand si le Canada prenait les mesures appropriées.

Mais il ne suffit pas de montrer que le Canada possède certains atouts en santé mondiale pour prouver qu'il aurait un véritable impact dans ce domaine s'il y jouait un rôle plus stratégique. Le comité d'experts a donc examiné d'autres pays sous l'angle de leurs forces, de leurs priorités et de leurs rôles en santé mondiale. Il s'est intéressé à trois pays clés et à l'Union européenne (UE) pour fins de comparaison, et ses observations s'appuient sur les cinq rapports et évaluations qui sous-tendent le tableau 5.1¹⁵.

15 Ces cinq rapports sont : *Health is Global: A UK Government Strategy 2008-13* (HM Government, 2008); *Politique extérieure en matière de santé – Convention d'objectifs pour la politique extérieure en matière de santé* (DFI et DFAE, 2006); *Report of the CSIS Commission on Smart Global Health Policy* (Fallon et Gayle, 2010); *The U.S. Commitment to Global Health: Recommendations for the Public and Private Sectors* (IOM, 2009); *Le rôle de l'Union européenne dans la santé mondiale* (Commission européenne, 2010).

Tableau 5.1 Rôles et investissements en santé mondiale de différents pays à des fins de comparaison

Pays	Stratégie en santé mondiale?	Rôles	Dépenses en aide publique au développement (2009) allant à la santé ¹⁶
Royaume-Uni	Oui, publiée en 2008 et approuvée par le Cabinet (HM Government, 2008).	Cette stratégie définit les rôles suivants (HM Government, 2008) : • renforcer la sécurité en santé mondiale (pauvreté, maladies infectieuses, etc.) • renforcer la solidité et l'équité des systèmes de prestation de services de santé (p. ex. moyens plus sûrs de distribuer les médicaments) • renforcer l'efficacité des organisations en santé internationale • renforcer la solidité, la liberté et l'équité des échanges commerciaux pour améliorer la santé (p. ex. bon système de droits de propriété intellectuelle) • renforcer les méthodes d'obtention et d'utilisation des données en vue d'améliorer les politiques et les pratiques (HM Government, 2008)	1 milliard de dollars US
Suisse	Oui, publiée en 2006 (DFI et DFAE, 2006).	Cette stratégie définit les rôles suivants (DFI et DFAE, 2006) : • protéger les intérêts sanitaires de la population suisse • harmoniser les politiques nationale et internationale en matière de santé • améliorer la collaboration internationale sur les enjeux relatifs à la santé • améliorer les résultats en santé mondiale • protéger le rôle de la Suisse en tant que pays d'accueil pour les organisations et les entreprises internationales du secteur de la santé (DFI et DFAE, 2006)	57 millions de dollars US
États-Unis	Divers organismes, comme l'Institute of Medicine (IOM) (IOM, 2009) et le Center for Strategic and International Studies (CSIS) (Fallon et Gayle, 2010), ont entrepris des évaluations et élaboré des recommandations, indépendamment du gouvernement. Au sein du gouvernement, la Global Health Initiative (GHI), la Quadrennial Diplomacy and Development Review et la President's Policy Directive on Global Development formulent une approche globale pour la nouvelle politique d'aide au développement mondial des États-Unis, dans laquelle la santé joue un rôle important (USAID, 2010; U.S. Department of State, 2010; The White House, 2010).	Le rapport de l'IOM mentionne les priorités suivantes : • donner plus d'ampleur aux interventions existantes pour obtenir des avancées importantes en santé • produire et échanger des connaissances en vue de lutter contre les problèmes de santé endémiques chez les pauvres dans le monde • investir dans les gens, les institutions et le développement des capacités avec des partenaires internationaux • renforcer les engagements financiers des États-Unis en santé mondiale • donner l'exemple en s'engageant dans des partenariats fondés sur le respect (IOM, 2009) Les principes sous-jacents de la GHI sont les suivants : • mettre en œuvre une approche centrée sur les femmes et les filles • renforcer l'impact grâce à la coordination et à l'intégration • renforcer et utiliser les principales organisations multilatérales, les partenariats mondiaux en matière de santé et la participation du secteur privé • encourager les pays à prendre les choses en main et investir dans des plans dirigés par les pays • développer le caractère durable des systèmes de santé en les renforçant • améliorer les indicateurs, la surveillance et l'évaluation • promouvoir la recherche et l'innovation (USAID, 2010)	6,7 milliards de dollars US

¹⁶ D'après les données sur les dépenses dans les secteurs de la santé et de la santé des populations / de la reproduction, du Comité d'aide au développement de l'OCDE (CAD de l'OCDE, 2011a).

Pays	Stratégie en santé mondiale?	Rôles	Dépenses en aide publique au développement (2009) allant à la santé ¹⁶
Union Européenne	La Commission européenne a publié un document en 2010 (<i>Le rôle de l'Union européenne dans la santé mondiale</i>) proposant une vision de la santé mondiale au Parlement européen (Commission européenne, 2010).	La vision proposée décrit les principales priorités suivantes (Commission européenne, 2010) : • leadership et gouvernance démocratique • progrès vers une couverture universelle des soins de santé de base • cohérence des politiques de l'UE en matière de santé mondiale • dialogue et mesures fondés sur l'évidence • offre de services dans le cadre d'une amélioration de la coordination, de la surveillance et du développement des capacités (Commission européenne, 2010)	638 millions de dollars US (institutions de l'UE)

5.3.1 Pratiques exemplaires sur la scène internationale

À partir de son étude des cinq rapports internationaux, le comité d'experts a formulé six pratiques exemplaires sur la scène internationale.

1. **Élaborer une stratégie nationale/régionale en matière de santé mondiale** – La plupart des instances examinées ont déjà pris des mesures claires en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies en matière de santé mondiale (DFI et DFAE, 2006). En 2008, le Royaume-Uni a élaboré une stratégie officielle pour les cinq prochaines années et une vision pour les 10 à 15 prochaines années (HM Government, 2008). Cette stratégie définit les enjeux et propose un plan pour aller de l'avant. En 2010, la Commission européenne a élaboré un plan qui formule une vision claire de son rôle en santé mondiale et définit des principes directeurs pour tous les secteurs de politique et domaines pertinents où elle pourrait être plus efficace (Commission européenne, 2010). De même, la Global Health Initiative (GHI), la Quadrennial Diplomacy and Development Review et la President's Policy Directive on Global Development présentent une approche globale de la nouvelle politique des États-Unis en matière d'aide au développement dans le monde, dans laquelle la santé occupe une place importante.

2. **Investir dans les institutions multilatérales** – L'une des recommandations qui reviennent le plus souvent dans ces rapports concerne l'importance des investissements dans les institutions multilatérales, comme l'OMS et l'ONU. La plupart des rapports reconnaissent que la collaboration avec ces institutions multilatérales est l'une des meilleures façons de lutter contre les problèmes de santé mondiale. Cependant, le rapport du Center for Strategic and International Studies (CSIS), même s'il reconnaît l'importance des institutions multilatérales, met l'accent sur la valeur des investissements unilatéraux pour mieux contrôler la destination de ces investissements et s'en servir pour renforcer les partenariats bilatéraux entre les États-Unis et les PRFM (Fallon et Gayle, 2010). La plupart des rapports mettent aussi l'accent sur l'importance des investissements dans des institutions multilatérales comme l'Alliance GAVI et le Fonds mondial.
3. **Mettre fortement l'accent sur les objectifs du Millénaire pour le développement** – Tous les rapports se servent des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) comme fondement pour l'élaboration de recommandations et de politiques. Le rapport du CSIS, par exemple, recommande que les États-Unis soutiennent les OMD, et l'Institute of Medicine recommande un investissement de

13 milliards de dollars US (15,7 milliards de dollars canadiens)¹⁷ par an d'ici 2012 dans les OMD liés à la santé. Ce soutien aux OMD est tout particulièrement important dans le domaine des maladies infectieuses et de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Même si les maladies non transmissibles et négligées ne figurent pas dans les OMD, la plupart des rapports les mentionnent comme étant des problèmes importants pour l'avenir.

4. **Déterminants sociaux de la santé** – Tous les rapports font un lien entre la santé mondiale et la prestation de services de santé de base et tout un éventail de domaines connexes, comme l'hygiène et la nutrition.
5. **Investir dans l'innovation, la recherche et les technologies de la santé** – Tous les rapports soulignent l'importance de la recherche et de l'innovation. Ainsi, le rapport du Royaume-Uni propose de « maintenir le R.-U. en tant que chef de file mondial dans la recherche et l'innovation en santé » (HM Government, 2008).
6. **Besoin d'une approche plus cohérente et mieux coordonnée** – La plupart des rapports soulignent le besoin d'une approche plus cohérente et mieux coordonnée de la santé mondiale au niveau national et international. Les deux rapports des États-Unis évoquent également la nécessité de collaborer avec les pays en voie de développement : « en étant à l'écoute de ce dont ces pays ont besoin » (Fallon et Gayle, 2010) et « pour faire en sorte que l'aide soit alignée sur les plans dirigés par les pays » (IOM, 2009). De fait, l'un des thèmes/principes majeurs en santé mondiale pour l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et pour les autres grands bailleurs de fonds et organisations, comme le Fonds mondial et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), est que « les pays doivent s'approprier » les initiatives.

5.3.2 Domaines où il y a des possibilités pour le Canada

La dernière étape pour le comité d'experts dans sa formulation d'une argumentation claire en faveur d'un rôle plus stratégique du Canada en santé mondiale est de déterminer s'il y a des champs ou domaines spécifiques où le Canada peut avoir un impact important. Pour cela, le comité d'experts a comparé les atouts du Canada aux priorités et aux investissements des autres pays, tels que décrits dans les cinq rapports mentionnés ci-dessus, et il a défini cinq domaines où le Canada a la possibilité d'être un chef de file en santé mondiale (présentés dans un ordre arbitraire, sans priorité) :

1. **Recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire** – Pour la plupart, les rapports internationaux ne traitent pas de la question de la recherche sur la santé des Autochtones, en dépit de son importance croissante en santé mondiale. Étant donné les forces existantes du Canada dans la recherche sur la santé des Autochtones (voir la force n° 9), il pourrait s'agir d'un domaine où le Canada pourrait être un chef de file important.
2. **Santé des populations et santé publique** – Les cinq rapports internationaux font un lien entre la santé mondiale et la prestation de services de santé de base. Plusieurs font également le lien avec plusieurs problèmes apparentés, comme l'hygiène et la nutrition. Aucun des rapports n'établit cependant de lien explicite avec la notion de déterminants sociaux de la santé ni avec les conséquences de ces déterminants sociaux pour l'élaboration et l'application des politiques publiques. Étant donné le savoir-faire du Canada dans ce domaine (voir les forces n° 7 et n° 10), le Canada pourrait y faire une contribution importante.
3. **Soins de santé primaires axés sur les communautés** – Les communautés, en particulier celles qui sont éloignées, que ce soit dans les PRE ou dans les PRFM, accusent souvent une capacité déficiente de prestation efficace de services de santé primaires et ne mettent pas suffisamment l'accent sur la prévention. Les cinq rapports internationaux font peu référence à l'importance des programmes

¹⁷ Au taux de change de 2009.

de santé axés sur les communautés, même s'ils mentionnent l'importance des systèmes de santé (qui sont l'une des composantes des programmes de santé axés sur les communautés). En outre, la pénurie de prestataires de services de santé primaires a aussi un impact important sur l'accès aux soins de santé dans plusieurs PRFM, ce qui est mentionné plusieurs fois dans les rapports. Le Canada a la capacité (grâce à ses forces n° 1, n° 2, n° 8 et n° 10) d'être un chef de file dans le développement des services de santé axés sur les communautés et le soutien de la prestation de ces services.

- 4. Partenariats judicieux en éducation et en recherche sur la santé** – Plusieurs des personnes ayant répondu à l'appel public d'informations du comité d'experts et des témoins experts ont insisté sur l'excellence du système de formation postsecondaire au Canada (voir les forces n° 6 à n° 10). Ils ont aussi souligné que le Canada a déjà lancé tout un éventail de programmes et d'échanges avec des établissements des PRFM, lesquels pourraient servir de plates-formes d'apprentissage réciproque. Par comparaison, le rapport du Royaume-Uni est le seul qui met l'accent sur la question de l'éducation et du développement des capacités de recherche. Il s'agit donc d'un domaine où le Canada a les capacités requises et peut avoir un impact important.

- 5. Innovation en santé mondiale** – Les cinq rapports internationaux soulignent l'importance de la recherche et de l'innovation en santé mondiale. Le rapport du Royaume-Uni, par exemple, propose de « maintenir le R.-U. en tant que chef de file mondial dans la recherche et l'innovation en matière de santé » (HM Government, 2008). Même si le domaine de la recherche et de l'innovation est déjà fort occupé, il est universellement reconnu comme un outil important pour améliorer à long terme les résultats sur le plan de la santé. En outre, les données recueillies semblent indiquer que, si le Canada pouvait cibler ses investissements sur des aspects spécifiques de la recherche en santé mondiale où il excelle (voir les forces n° 6, n° 7, n° 8 et n° 10), ces investissements pourraient servir à produire un impact plus important à l'échelle mondiale.

Le chapitre qui suit examine les rôles spécifiques que le Canada pourrait jouer s'il pouvait tirer profit des domaines où il existe des possibilités, tels que nous les définissons ci-dessus, sans oublier qu'il y a déjà des personnes et des institutions et organismes canadiens actifs dans chacun de ces domaines. Étant donné que les ressources du Canada sont limitées et que les problèmes de santé mondiale couvrent un très large spectre, le comité d'experts est convaincu que le Canada devrait se concentrer sur les domaines où il pourrait apporter une contribution distinctive — c'est-à-dire les domaines (ou les créneaux dans un domaine) où il est un chef de file mondial (ce qui revient à dire que nous pourrions être un acteur mondial de premier rang ou de second rang dans ces domaines).

6. Possibilités stratégiques pour le Canada en santé mondiale

Ce chapitre examine ce que le Canada pourrait faire pour profiter des cinq domaines où des possibilités s'offrent en santé mondiale, présentés au chapitre 5 (sans ordre de priorité) :

- 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,
- innovation en santé mondiale.

La discussion qui suit explore le rôle de chef de file que le Canada pourrait jouer dans chacun de ces domaines, les secteurs concernés et l'impact potentiel que pourrait avoir la décision de se concentrer sur chacun de ces rôles. Le mandat du comité d'experts n'est pas de recommander une marche à suivre détaillée. Si des mesures et des activités spécifiques sont mentionnées, cela vise simplement à donner une idée des types d'activités qui pourraient relever de chacun de ces rôles. Les cinq rôles ne sont pas conçus pour s'exclure mutuellement et pourraient, si on les envisageait globalement, former la base d'un rôle stratégique plus général pour le Canada en santé mondiale.

6.1 Recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire

Au Canada, les communautés autochtones sont confrontées à tout un éventail de problèmes de santé particuliers, avec entre autres la plus grande fréquence de maladies comme le diabète et les problèmes et incapacités liés à la santé mentale (CGIPN, 2010). L'écart dans l'espérance de vie des Canadiens des Premières

nations et des autres Canadiens est d'environ cinq ans pour les femmes et sept ans pour les hommes (AINC, 2006). Il s'agit là d'un problème important et urgent pour le Canada.

En raison de l'urgence de ces problèmes, le Canada a acquis des atouts importants en recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire (voir la section 5.1). On pourrait faire valoir que ce travail de recherche n'a pas encore produit d'amélioration des résultats sur le plan de la santé dans le Nord et chez les peuples autochtones du Canada; mais on observe un optimisme croissant quant à la possibilité que le Canada fasse des avancées importantes au cours de la décennie à venir. On note, par exemple, que les étudiants canadiens sont nombreux à avoir obtenu des diplômes de doctorat liés à la recherche sur la santé des Autochtones. En outre, *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* renferme une section consacrée au point de vue des Autochtones (Trois Conseils, 2010). Il s'agit d'un outil unique et puissant pour s'assurer que les problèmes et les défis auxquels sont confrontés les Autochtones soient pris en compte et étudiés par la communauté de la recherche au Canada. La présente section explore le potentiel qu'a le Canada de miser sur ses forces existantes pour jouer un rôle de chef de file dans la recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire.

Le comité d'experts est conscient du fait que les questions de santé circumpolaire ne sont pas toutes reliées aux populations autochtones; un nombre important de non Autochtones vivent dans le Nord. De même, les problèmes de santé des Autochtones ne sont pas tous liés à l'environnement circumpolaire. Il y a néanmoins un chevauchement clair entre ces deux domaines, et les capacités du Canada en font un chef

de file mondial dans les deux domaines. Le comité d'experts note également que, même si les populations autochtones et les populations du Nord ne sont pas les seules populations vulnérables au Canada, il y a tout un éventail de facteurs historiques et économiques qui font que ce groupe est particulièrement vulnérable. Le Canada peut s'appuyer sur ses ressources uniques en recherche pour devenir un chef de file mondial dans les efforts déployés pour surmonter ces problèmes.

6.1.1 Faire participer les communautés à la prestation des soins de santé et à l'éducation sur la santé

Ce rôle tiendrait compte des difficultés inhérentes à l'élaboration et à la prestation de soins de santé primaires dans les communautés autochtones. Il se concentrerait sur les efforts visant à faciliter la prestation de services de santé par l'entremise des communautés locales, avec des professionnels de la santé qui connaissent bien les problèmes de santé propres au Nord (bien que ces problèmes soient semblables à ceux des PRFM). Ainsi, des groupes comme les carrefours communautaires du Conseil de santé des Premières nations¹⁸ pourraient être mis à contribution en vue de surmonter la difficulté que représente la prestation de soins de santé à des communautés très diverses et éloignées (on compte environ 630 communautés et entre 56 et 70 langues au Canada) (SALIC, 2002).

La prestation des soins pourrait être complétée par des programmes d'éducation sur la santé fondés sur des données objectives et des recherches au sein des communautés. Ces programmes pourraient se concentrer sur des questions qui ont une importance particulière pour les peuples autochtones, comme l'alimentation et la toxicomanie (CAHR, 2009). On pourrait mettre en place des programmes de prévention ciblant les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses qui représentent un lourd fardeau, comme le diabète et le VIH/sida (virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise). Ces programmes pourraient profiter des innovations dans les technologies de l'information et des progrès dans les réseaux d'accès à Internet à haut débit, ce qui permettrait à un plus grand nombre de communautés éloignées de disposer d'un accès fiable à Internet. L'expertise du Canada dans

le domaine des déterminants sociaux de la santé (abordé plus en détail à la section 6.1.3) pourrait également servir à faciliter les interventions dans le domaine de la santé.

Les programmes de prestation de soins de santé et d'éducation sur la santé contribueraient à faire en sorte que les pratiques en matière de prestation des soins de santé dans les communautés éloignées soient de qualité comparable à celles qui existent dans le reste du pays.

6.1.2 Appliquer de solutions innovantes pour surmonter les difficultés rencontrées par les communautés éloignées

Ce rôle se concentrerait sur l'offre de possibilités de formation et d'éducation aux étudiants et aux chercheurs au niveau local, notamment ceux des communautés autochtones. Ces étudiants et chercheurs deviendraient le moteur de l'application de solutions technologiques et sociales innovantes en vue de surmonter les difficultés rencontrées par les communautés autochtones sur le plan de la santé. Ces efforts visant à favoriser l'innovation seraient axés sur les aspects suivants :

- l'élaboration d'appareils de diagnostic, en particulier pour dépister les maladies, comme le diabète et la tuberculose, qui sont répandues dans les communautés autochtones,
- l'élaboration de nouveaux outils fondés sur les technologies de l'information pour l'éducation sur la santé et la prévention,
- un meilleur accès à des professionnels de la santé pour les Autochtones vivant dans les communautés isolées et éloignées.

6.1.3 Accroître la capacité de recherche et de formation dans les communautés autochtones

Dans le cadre de ce rôle et tenant compte de l'évolution démographique des populations autochtones, le gouvernement fédéral mettrait en place un système d'éducation robuste conçu en fonction des besoins des peuples autochtones. Le but visé serait d'augmenter le nombre d'élèves autochtones qui obtiennent leur diplôme d'études secondaires pour qu'il se rapproche de la

¹⁸ Pour plus de renseignements sur ces carrefours, voir le site http://www.fnhc.ca/index.php/community-engagement/community_hubs/.

moyenne nationale, et de faire en sorte qu'un nombre croissant de jeunes issus de ces communautés fassent des études postsecondaires¹⁹. Cela permettrait de développer le contingent de chercheurs et de professionnels de la santé qui connaissent et comprennent les difficultés auxquelles sont confrontées les communautés autochtones, et l'élaboration de programmes de renforcement des capacités contribuerait à offrir des soins de santé de grande qualité aux populations autochtones.

Le gouvernement fédéral assumerait, en partenariat avec les universités, un rôle de chef de file dans le développement des capacités de recherche et de formation répondant aux besoins des communautés autochtones. Avec le soutien des organismes subventionnaires, comme la Fondation canadienne pour l'innovation et les trois conseils subventionnaires (en particulier les Instituts de recherche en santé du Canada) et avec la forte présence des réseaux en santé mondiale dans les universités canadiennes, le Canada créerait des centres d'excellence accessibles aux populations autochtones. Les principaux buts et les principales activités de ces centres d'excellence seraient les suivants :

- mettre en évidence les lacunes dans les services de santé offerts,
- effectuer des recherches sur les problèmes de santé des Autochtones,
- former des professionnels de la santé.

Le développement de ces centres s'appuierait sur le modèle du programme des Réseaux de centres d'excellence du Canada et notamment sur le réseau ArcticNet, qui connaît un grand succès. Ces centres pourraient attirer à la fois les meilleurs étudiants du Nord et des étudiants des programmes de santé mondiale des autres universités canadiennes. Ce modèle servirait à nourrir les partenariats entre les centres de recherche et de formation du Nord et ceux du reste du Canada.

Dans ce rôle, le Canada pourrait former et retenir des chercheurs, des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé et travailleurs communautaires qui sont conscients des besoins et des traditions culturelles des peuples autochtones et qui y sont sensibles. Les chercheurs autochtones en santé qui connaissent leurs communautés pourraient se servir des résultats de leurs

recherches pour renforcer le développement des capacités de ces communautés.

La collaboration avec d'autres pays dans le cadre de programmes comme l'INHKD (International Network of Indigenous Health Knowledge and Development) pourrait être renforcée de façon à offrir des possibilités d'apprentissage réciproque. Ces collaborations serviraient à orienter les activités de développement des capacités dans les communautés autochtones et offriraient des occasions d'échanger d'importantes leçons apprises en matière de prévention des maladies et de lutte contre le VIH/sida avec des PRFM (comme l'Ouganda).

6.1.4 Impact

Les principaux avantages potentiels d'un rôle plus stratégique du Canada en santé des Autochtones et en santé circumpolaire seraient de contribuer à la lutte contre les inégalités entre la population autochtone au Canada et le reste de la population canadienne, et à l'élaboration simultanée d'outils servant à lutter contre les inégalités vécues par d'autres groupes marginalisés à travers le monde.

6.2 Santé des populations et santé publique

Le rôle essentiel des interventions en santé publique, qui vont de l'accès à de l'eau potable aux campagnes de vaccination, est depuis longtemps reconnu tant au Canada qu'à l'échelle mondiale. On s'est intéressé plus récemment au rôle considérable des déterminants sociaux dans la santé des populations. Entre 2005 et 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS s'est concentrée sur le rôle clé que jouent au niveau de la santé les conditions sociales, entre autres l'éducation, le revenu, la discrimination, l'équité, le logement, l'emploi et les services de garde et d'éducation des jeunes enfants (OMS, 2011a). En 2009, sous la direction du sénateur Wilbert Joseph Keon, le sous-comité sénatorial sur la santé des populations a rendu compte de l'impact important des déterminants sociaux de la santé au Canada (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009) sur les résultats globaux en santé.

Les Canadiens ont de solides antécédents sur la scène internationale en matière de programmes de santé

¹⁹ Il existe à l'heure actuelle un écart important dans le niveau d'éducation des Canadiens autochtones et celui des Canadiens non autochtones. Voir <<http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2005003/8612-fra.htm>>.

publique et de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Ce sont des Canadiens, par exemple, qui ont dirigé deux des carrefours du savoir de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Le Canada pourrait miser sur ces atouts pour améliorer de façon importante sa contribution en santé mondiale, en renforçant son travail sur les déterminants sociaux de la santé en collaboration avec d'autres pays tout en poursuivant ses efforts en santé publique.

6.2.1 Investir dans des programmes axés sur la santé des populations

Étant donné l'abondance de preuves indiquant que la pauvreté, la faible scolarité, la discrimination et les autres déterminants sociaux de la santé sont des facteurs importants dans les résultats sur le plan de la santé, ce rôle permettrait de garantir que la portée de leur financement des grands programmes et projets internationaux en santé tienne compte des déterminants sociaux de la santé et que les données de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé entrent dans leur processus d'élaboration. L'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, par exemple, offre une occasion importante d'intégrer les déterminants sociaux de la santé dans la planification et la prestation des programmes. Les travaux de recherche montrent que la santé des mères et des enfants est affectée de façon considérable par les conditions sociales comme le niveau de scolarité des mères, le revenu familial, la disponibilité des services de transport et la capacité des femmes de prendre des décisions concernant l'utilisation des soins de santé (Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008). Au-delà de cette initiative, l'Agence canadienne de développement international pourrait renforcer l'impact de ses investissements en santé mondiale en s'assurant qu'ils touchent tous les aspects importants de la santé — les déterminants sociaux de la santé, la santé publique et les services médicaux.

Le Canada pourrait, dans le cadre d'un engagement diplomatique en santé mondiale, diriger les efforts visant à orienter le processus d'élaboration de politiques en santé mondiale vers les déterminants sociaux de la santé en vue de définir des changements de politique produisant des mesures concrètes et des résultats mesurables pour la communauté internationale de la recherche en santé mondiale.

6.2.2 Évaluer l'impact sur la santé et éclairer les grands choix en matière de politique sociale et économique

Les conditions sociales qui influent sur la santé des populations peuvent être à leur tour influencées par des programmes (comme on l'a vu ci-dessus) et des politiques publiques. Les politiques sociales et économiques des pays — conçues pour renforcer l'équité, favoriser l'accès aux études, réduire la pauvreté et agir sur d'autres conditions sociales — ont un impact profond sur la santé. Les politiques sociales et économiques d'envergure planétaire, comme celles ayant trait au commerce, à l'alimentation, aux conflits, à l'environnement et à d'autres aspects, jouent un rôle tout aussi important à notre époque, où les politiques publiques elles-mêmes ont de plus en plus une portée internationale.

Dans ce rôle, le gouvernement fédéral s'appuierait sur la base de connaissances actuelles pour évaluer l'impact sur la santé de toutes les nouvelles politiques sociales et économiques majeures. Ce rôle se concentrerait spécifiquement sur la production d'évaluations de l'impact sur la santé :

- avant la négociation des politiques majeures,
- dans le cadre du processus, après la prise de décisions sur les politiques et au moment d'explorer les étapes suivantes.

Pour faire une évaluation adéquate de l'impact direct ou indirect des décisions sur la santé, le gouvernement fédéral pourrait s'appuyer sur les capacités existantes d'organismes comme l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ses centres de collaboration et les universités, afin de s'assurer de disposer des capacités requises pour faire des évaluations de l'impact sur la santé des politiques des ministères. Les recommandations qui en découlent serviraient à éclairer les décideurs et les négociateurs de traités sur de nombreuses questions, comme les politiques migratoires, le commerce, les ententes sur le changement climatique et les efforts de réduction de la dette. L'impact sur la santé ne serait qu'un des facteurs pris en compte dans la prise de décisions, mais cet élargissement des capacités permettrait de garantir une plus grande cohérence entre les choix en matière de politique sociale et de politique sanitaire.

Ces nouvelles capacités d'évaluation s'appuieraient sur les trois principes fondamentaux énoncés au chapitre 3 :

- **Équité** – Les décisions de politique publique importantes ne devraient pas avoir un impact

différent sur le plan de la santé selon la population concernée ou pour certains sous-groupes de la population.

- **Efficacité** – Il faudrait faire des évaluations de l'impact potentiel sur la santé des décisions de politique publique importantes et prendre des mesures appropriées et efficaces.
- **Engagement** – Il faudrait rendre publics les résultats des évaluations avant de prendre des décisions de politique publique importantes.

Cet accroissement des capacités serait conforme aux pratiques exemplaires des provinces et des pays où la loi exige déjà des évaluations de l'impact sur la santé.

6.2.3 Créer de nouveaux outils efficaces de responsabilisation mondiale

Plusieurs conventions internationales parrainées par l'Organisation des Nations Unies (ONU) comprennent des ententes visant à garantir les principaux fondements de la santé des populations, c'est-à-dire des conditions de vie adéquates et des droits fondamentaux à l'égalité. Les signataires de ces ententes rendent compte à l'ONU de ce qu'ils font, mais il existe peu de mécanismes à l'heure actuelle pour faire une évaluation rapide des différents pays afin de déterminer ceux qui sont en tête et ceux qui sont à la traîne par rapport à leurs engagements internationaux. Afin de combler cette lacune, le Canada pourrait prendre des mesures menant à une véritable transformation, avec de nouveaux outils de gouvernance pour améliorer l'obligation redditionnelle des pays, par exemple les suivants :

- Participation à la création d'une ressource publiquement accessible décrivant ce que fait chaque pays conformément aux traités qu'il a ratifiés, selon les principes et les pratiques du droit international et d'autres pratiques faisant autorité. On pourrait faire de plus grand progrès dans ce domaine si le Canada collaborait avec d'autres pays à l'élaboration d'un système plus transparent d'évaluation des progrès accomplis vis-à-vis ces fondements sociaux, déjà acceptés, de la santé des populations.
- Création d'un réseau mondial de ressources pour les gouvernements souhaitant renforcer

leurs activités liées aux politiques sur la santé des populations. Le Canada pourrait créer un réseau de chercheurs sur les déterminants sociaux de la santé au Canada et dans les PRFM qui s'occuperait d'élaborer et de diffuser des ressources destinées à aider les gouvernements à renforcer leurs activités liées aux politiques sur la santé des populations.

Il serait notamment important que le Canada joue le rôle de chef de file en vue d'élaborer, en collaboration, des mécanismes mondiaux de responsabilisation beaucoup plus transparents dans ce domaine. Ce que fait chaque pays pour améliorer les conditions sociales et économiques a un profond impact sur la santé de sa population et la santé mondiale; parallèlement, les ententes de l'ONU fournissent des mécanismes d'une valeur inestimable en vue de faire progresser cet aspect de la santé des populations à l'échelle mondiale.

6.2.4 Mettre à profit les stratégies en santé publique

Jusqu'à présent, le gouvernement fédéral a fait des investissements importants en vue de mieux comprendre l'impact des grandes politiques de santé publique, par le biais des six Centres de collaboration nationale en santé publique. Ces centres analysent les données disponibles dans les principaux sous-secteurs de la santé publique, comme la santé environnementale, la santé des Autochtones, les maladies infectieuses, etc. (Centres de collaboration nationale en santé publique, 2011). Ils sont établis dans diverses régions du Canada et hébergés par des organismes indépendants et mettent l'accent sur la synthèse, l'application et l'échange de connaissances (SAEC) dans leurs sous-secteurs respectifs. Des travaux d'excellente qualité se déroulent aussi dans des institutions provinciales comme l'Institut national de santé publique du Québec²⁰ et des organismes semblables en Ontario et en Colombie-Britannique.

Dans ce rôle, le Canada mettrait à profit ces fondements solides pour soutenir l'impulsion des efforts du Canada sur la scène internationale en matière de prévention, de dépistage et de réaction aux situations de pandémie et de promotion de la santé, afin de réduire le fardeau des maladies non transmissibles.

²⁰ Pour plus de renseignements sur l'Institut national de santé publique du Québec, voir le site <<http://www.inspq.qc.ca/>>.

6.2.5 Soutenir les centres d'excellence et la formation

En vue de reconnaître l'impact de la santé des populations et de la santé publique sur la morbidité et la mortalité et de mettre à profit les atouts existants du Canada dans ces domaines, l'IRSM et la FCI élaboreraient des programmes de subventions pour appuyer l'orientation de la recherche vers les déterminants sociaux de la santé dans le monde et le dynamisme du secteur des sciences axées sur la santé publique. Ces programmes se concentreraient sur des politiques et des programmes susceptibles de faire une différence dans divers pays. L'IRSM et la FCI appuieraient également la création de centres d'excellence au Canada qui serviraient de plate-forme pour la recherche et la formation partout dans le monde sur les déterminants sociaux de la santé et pour la mise en place de partenariats institutionnels avec les PRFM (voir la section 6.4).

Enfin, dans le cadre d'un effort plus général visant à établir des orientations professionnelles en santé mondiale (voir la section 6.4), les universités créeraient des cheminements professionnels dans divers secteurs — secteurs public et privé, philanthropie, gouvernement, gouvernance internationale et organisations non gouvernementales — pour les chercheurs et les étudiants de différentes disciplines qui se concentrent à la fois sur les déterminants sociaux de la santé et plus généralement sur la santé des populations et la santé publique.

6.2.6 Impact

Les données qui se dégagent de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé montrent que le Canada pourrait jouer un rôle plus stratégique en santé mondiale, grâce aux activités suivantes :

- développer sa capacité d'évaluer les effets sur la santé des grandes décisions de politique publique, au pays et sur la scène internationale, et renforcer la transparence et la responsabilisation en rapport avec ces effets;
- élaborer des outils pour contrôler la qualité de notre travail par rapport aux engagements que nous avons pris sur la scène internationale;
- contribuer à développer nos capacités de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et plus généralement sur la santé des populations et la santé publique et étendre cette expertise à l'échelle internationale;

- servir de catalyseur à l'instauration d'un mécanisme concret et mesurable d'élaboration de politiques sanitaires mondiales ciblant les déterminants sociaux de la santé.

6.3 Soins de santé primaires axés sur les communautés

L'une des réactions courantes face aux problèmes de santé du XXI^e siècle, tant dans les pays à revenu faible ou moyen que dans les pays à revenu élevé, a trait à la prestation efficace de soins de santé primaires. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue en 1978 à Alma-Ata, a défini une vision ambitieuse de la santé pour tous d'ici l'an 2000, s'appuyant sur une stratégie globale de réformes systémiques du système de santé appelée *soins de santé primaires* (OMS, 1978). Même si le contexte mondial a considérablement changé depuis, le *Rapport sur la santé dans le monde 2008*, publié lors du 30^e anniversaire de la *Déclaration d'Alma-Ata*, proposait une mise à jour de la notion de soins de santé primaires en réponse à l'appel « Maintenant plus que jamais » (OMS, 2008b). De fait, les soins de santé primaires au niveau communautaire, offerts à l'initiative de la communauté, refont surface comme méthode efficace et abordable pour répondre à l'évolution rapide des besoins, des attentes et des disparités en matière de santé.

L'OMS définit l'objectif des soins de santé primaires comme étant « une meilleure santé pour tous » et décrit cinq éléments clés pour réaliser cet objectif (OMS, 2011b) :

- réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour une couverture universelle);
- intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques);
- organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services);
- adopter des modèles de collaboration et de dialogue sur le plan des politiques (réformes au niveau de la direction);
- accroître la participation des acteurs concernés.

Cette définition s'appuie sur la définition des soins de santé primaires figurant dans la *Déclaration d'Alma-Ata* :

Les soins de santé primaires sont les soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement

acceptables, rendus universellement accessibles aux personnes et aux familles dans la communauté, par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à chaque stade de leur développement, dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

(OMS, 1978)

Le Canada est depuis longtemps attaché à une couverture universelle, à la primauté de la médecine familiale et à la prise en compte des besoins de ses nombreuses communautés, et il est bien placé pour jouer un rôle de chef de file mondial en soins de santé primaires. Le Canada compte également des personnes et des institutions (gouvernement, organismes professionnels, universités, collèges, ONG) ayant des connaissances et un savoir-faire approfondis dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'études et de programmes de soins de santé primaires au Canada et dans les PRFM.

Les solides capacités du Canada en formation des travailleurs de la santé pourraient contribuer, dans un esprit d'apprentissage réciproque, à élaborer des programmes de formation initiale et de perfectionnement professionnel pour les travailleurs de la santé des PRFM à tous les niveaux, ce qui pourrait renforcer les systèmes de santé primaires. Au Canada, des organismes professionnels, des projets universitaires et des particuliers entretiennent depuis longtemps des relations avec des partenaires à travers le monde et contribuent au renforcement des équipes locales de praticiens dans les pays dont les ressources de formation et le personnel de haut niveau sont limités, ainsi que dans les pays et les communautés qui se rétablissent d'une catastrophe humanitaire. La formation a ciblé divers domaines de la médecine générale et spécialisée, pour les soins infirmiers, les soins de sage-femme, les agents en clinique, les pharmacies, les laboratoires et les médecins. Plusieurs organismes canadiens participent de façon importante au soutien à la formation en milieu communautaire des professionnels de santé et des autres prestataires de soins.

En outre, une possibilité s'offre pour intégrer l'innovation sociale (dans des domaines comme la prestation des soins et les interventions axées sur la demande), les modèles d'entreprise et les technologies afin d'optimiser les résultats sur le plan de la santé. Avec le succès des modèles de soins de santé primaires dans de nombreuses régions du monde, il y a un potentiel important d'apprentissage réciproque avec des partenaires des PRFM, qui pourrait contribuer à renforcer les soins de

santé primaires au Canada, notamment auprès des populations mal desservies.

6.3.1 Soutenir et rendre possibles les soins de santé primaires dans les PRFM

La réflexion sur les leçons tirées de notre propre expérience des soins de santé primaires et l'utilisation du savoir-faire des autres, en particulier de nos partenaires locaux, devraient permettre au Canada de nouer des liens de partenariat avec des communautés, des institutions et des gouvernements des PRFM en vue d'appuyer la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de systèmes de soins de santé primaires durables et basés dans les communautés. Les partenariats faisant intervenir des participants canadiens pourraient s'aligner sur les stratégies et les politiques communautaires des gouvernements nationaux et des administrations régionales en vue de soutenir les systèmes de soins de santé primaires, notamment dans les domaines suivants :

- **Services complets axés sur la personne** – Intégrer les services axés sur les problèmes de santé prioritaires dans des programmes de soins essentiels universellement accessibles, assortis de procédures d'aiguillage appropriées et en temps opportun dans les deux sens, entre les services de soins de santé primaires et les services de soins de santé secondaires et tertiaires. Ces programmes de soins engloberaient les domaines clés suivants :
 - la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, en s'appuyant sur les engagements pris par le Canada dans le cadre de l'Initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, et rôle de chef de file du Canada dans la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies (Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies, 2011) en vue de promouvoir la santé des mères et des enfants, de prévenir les maladies et de bien gérer les accouchements et les maladies graves chez les femmes et les enfants;
 - la prévention, la gestion et le traitement des maladies non transmissibles et des incapacités, y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension, les maladies chroniques et celles nécessitant des soins palliatifs, les

incapacités et les maladies graves et les problèmes de santé mentale;

- les maladies infectieuses, dont le VIH/sida, la tuberculose et la malaria.
- **Couverture de santé universelle** – Promouvoir et défendre le développement de systèmes de financement de la santé plus équitables et efficaces afin d'améliorer l'accès aux services essentiels et de protéger les gens contre l'appauvrissement causé par des problèmes de santé, dans le cadre de systèmes de santé subventionnés par le gouvernement ou de régimes d'assurance avec paiements préalables (financés par les impôts, les employeurs ou la communauté).
- **Politiques publiques de promotion de la santé** – Reconnaître et mettre à contribution des ressources clés d'autres secteurs — en incluant les déterminants généraux de la santé — nécessaires pour améliorer et préserver la santé des populations (sécurité routière, alimentation, eau potable, systèmes d'hygiène publique, etc.).
- **Intégration d'innovations dans la prestation des services** – Collaborer avec des partenaires locaux en vue de soutenir et de concevoir des méthodes originales et adaptées à la communauté locale pour répondre de façon plus pertinente et efficace à la demande de services de la part des patients, notamment dans le cadre de nouveaux modèles d'entreprise et de nouvelles technologies de la santé.
- **Responsabilisation et leadership forts** – Promouvoir une solide gestion de la santé qui :
 - précise les valeurs et les règles communes qui guident le système de santé;
 - met à contribution divers intervenants dans l'élaboration de politiques communes;
 - favorise une culture de l'apprentissage et de l'innovation;
 - tient tous les partenaires responsables en fonction d'indicateurs de rendement mesurables.

6.3.2 Former les professionnels de la santé et soutenir les capacités de formation

Dans tous les pays, l'une des contraintes courantes au moment de mobiliser les gens autour de réformes ambitieuses des soins de santé primaires est la crise des ressources humaines de la santé, qui est particulièrement problématique pour la prestation des soins dans les PRFM. Dans la majorité des systèmes de santé du monde, il est toujours difficile de fournir aux équipes de professionnels de la santé, en particulier dans les communautés rurales et éloignées et celles qui ont des populations vulnérables, les ressources nécessaires pour offrir des soins efficaces — mais ce problème a un impact particulièrement important sur les résultats au niveau de la santé dans les PRFM. Le suivi des ressources humaines dans le secteur de la santé est un champ d'étude et de sensibilisation qui se développe rapidement et où le Canada a jusqu'ici joué un rôle de chef de file important. On pourrait miser plus systématiquement sur l'expérience et le savoir-faire du Canada, en particulier dans le domaine de la planification, de la formation et de l'évaluation des travailleurs de la santé.

Les établissements, les ONG et les organismes professionnels au Canada qui ont une grande expérience en formation, tant au Canada qu'à l'étranger, seraient bien placés pour apporter leur aide à la formation dans des établissements partenaires d'autres pays (universités, collèges, écoles, etc.), dans les communautés locales et au Canada dans le cadre de programmes d'échanges (cours en alternance, cours de courte durée, certificats professionnels ou perfectionnement).

Il pourrait y avoir des initiatives dans des domaines comme l'élaboration dans un cadre de collaboration de programmes d'études et de ressources pour les enseignants, la formation des formateurs, l'évaluation des programmes ou des étudiants, l'offre de cours de courte durée, les formations de rattrapage ou les services de mentorat en clinique ou sous d'autres formes pour les stagiaires ou les membres du corps enseignant. Le soutien du Canada en matière de formation devrait favoriser la prise en compte des besoins prioritaires des communautés locales et des systèmes de santé régionaux et nationaux. La formation devrait couvrir tout l'éventail des travailleurs de la santé, depuis les équipes professionnelles en clinique jusqu'aux prestataires de services en milieu communautaire, comme les agents de santé communautaire, mais aussi les professionnels de la santé publique, les analystes des politiques et les chercheurs.

Un moyen de faciliter la formation serait de créer des partenariats judicieux entre des établissements canadiens et des établissements des PRFM. (Ce point sera abordé plus en détail à la section 6.4.) Le gouvernement du Canada pourrait également se mettre en partenariat avec des organismes de la société civile canadienne et des universités et collèges du Canada ou s'appuyer sur les forces existantes au sein de ces organismes.

La création d'un réseau canadien d'organismes soutenant les soins de santé primaires et les soins de santé communautaires dans le monde pourrait améliorer l'échange d'idées et de connaissances, assurer une meilleure coordination des programmes existants dans divers pays et régions et offrir de nouvelles possibilités de réseautage. Il serait important de profiter de ce savoir-faire à l'échelle nationale, par exemple en créant un programme d'échange pour les chercheurs canadiens et le personnel de l'ACDI.

6.3.3 Impact

L'échelle et la portée des soins de santé primaires soulèvent des questions importantes concernant l'évaluation et l'impact des activités — un autre domaine où le Canada pourrait jouer un rôle de chef de file important. Il est de plus en plus nécessaire d'avoir des cadres détaillés, précis et faciles à mettre en œuvre pour l'évaluation des soins de santé primaires. Les ONG, les universités, les collèges et les organismes professionnels du Canada pourraient participer, en collaboration avec d'autres organismes, à l'élaboration et à la mise en œuvre d'outils d'évaluation des soins de santé primaires pouvant être utilisés au niveau local, régional ou national. Le développement des capacités d'évaluation et de mise en œuvre des programmes serait étroitement lié aux cadres de développement des capacités d'évaluation décrits dans l'explication du rôle du Canada en santé des populations et en santé publique (voir la section 6.2). On pourrait envisager les activités spécifiques suivantes :

- études de recherche opérationnelle et d'intervention sur les programmes de soins de santé primaires menées conjointement par des partenaires locaux et des équipes canadiennes (universités, instituts, etc.);
- conseils fournis par des partenaires du Canada et des PRFM sur les programmes de soins de santé dans le monde, notamment pour l'élaboration et l'évaluation des programmes, par exemple à l'OMS.

6.4 Partenariats judicieux en éducation et en recherche sur la santé

Dans ce rôle, le Canada s'appuierait sur les forces actuelles des établissements d'enseignement canadiens dans le domaine de la recherche et de la formation en santé mondiale et sur les partenariats existants entre des établissements canadiens et des institutions des PRFM (dont les ministères de la Santé). Il étudierait la possibilité d'utiliser et de consolider ces forces et ces partenariats pour favoriser une approche de partenariat judicieux qui permettrait d'établir des liens étroits avec les communautés et des modèles d'apprentissage réciproque. La mise en œuvre d'une telle approche reposerait sur les trois principes énoncés au chapitre 3, à savoir qu'elle serait *équitable*, *efficace* et fortement axée sur *l'engagement* et la réciprocité. Cette approche irait au-delà de l'apprentissage réciproque pour viser à aider les pays à réaliser une prise en charge durable; à cette fin, le Canada collaborerait activement avec les pays pour faire en sorte que la classe politique s'approprie une telle approche, que les institutions locales prennent la direction des activités et que le pays dispose des capacités et des structures de responsabilisation lui permettant d'avoir un système durable d'enseignement et de recherche reposant sur une base solide d'infrastructures et de ressources humaines. Dans le cadre de ces partenariats judicieux, on investirait dans la participation des jeunes, notamment au niveau universitaire, et dans les possibilités de recherche au Canada et dans les PRFM, en veillant à ce que ces jeunes aient accès à des orientations professionnelles appropriées en santé mondiale.

6.4.1 Renforcer les partenariats en éducation

Dans ce rôle, on mettrait à profit l'intérêt croissant pour la santé mondiale chez les étudiants et les membres du corps professoral des universités afin de mettre en place des structures permettant de proposer des orientations professionnelles multidisciplinaires attrayantes en santé mondiale. Ce secteur deviendrait ainsi une discipline reconnue pour les étudiants des cycles supérieurs et pour le corps professoral, avec une forte présence transdisciplinaire dans les différentes facultés concernées.

On pourrait renforcer cet intérêt pour la santé mondiale en aidant des Canadiens engagés et qualifiés à établir des partenariats avec des institutions des PRFM, dans un réseau transdisciplinaire de centres d'excellence (réunissant des établissements canadiens et des

institutions des PRFM), qui offriraient une plate-forme de recherche et de formation bilatérale à tous les niveaux (premier, deuxième et troisième cycles de l'enseignement supérieur et corps professoral). Ces centres serviraient de « pépinières » d'innovations intégrées (combinant les dimensions sociale et culturelle, commerciale et technique) (GDC, 2010b) et aideraient les établissements d'enseignement supérieur à accroître leur capacité d'élaborer et d'offrir des programmes locaux de formation axés sur des domaines et des activités prioritaires :

- former une main-d'œuvre qui réponde aux besoins des communautés en services de santé, en élaboration de politiques publiques et en technologie, et qui renforce le leadership en éducation et en recherche dans toutes les disciplines afin de maintenir la capacité d'élaborer et d'offrir de façon durable des programmes locaux de formation;
- faire intervenir des partenaires dans les communautés qui participent à la conception, en collaboration, de modèles éducatifs accessibles, comme des outils d'enseignement à distance répondant aux besoins des communautés et adaptés à leur culture;
- faire intervenir des entrepreneurs sociaux dans le développement des infrastructures nécessaires pour élargir les programmes d'enseignement à distance, par exemple en étendant les réseaux d'accès à Internet au bénéfice des communautés éloignées;
- développer les capacités de formation dans les communautés (c'est-à-dire former des formateurs);
- s'appuyer sur l'expertise locale en enseignement en ayant recours aux ressources des centres d'excellence locaux pour développer des débouchés pour les professionnels de la santé et aider ceux qui sont partis à l'étranger compléter leur formation à rentrer au pays, en vue d'atténuer la « fuite des cerveaux » — le fait que des professionnels de la santé partis à l'étranger pour parfaire leur formation ne reviennent jamais dans leur pays d'origine.

De tels programmes intégrés incluraient de la formation sur le leadership dans le secteur scientifique, le secteur social et le secteur des organismes à but non lucratif, sur les politiques publiques, sur l'entrepreneuriat et sur la gestion d'entreprise. Ils seraient axés sur la prévention et la santé des populations, en tenant compte du fardeau

croissant des maladies non transmissibles et de la gestion des maladies non transmissibles et des incapacités dans les PRFM. Ces centres créeraient de nouvelles occasions pour les chercheurs canadiens d'effectuer un apprentissage auprès de collègues des PRFM et d'échanger des connaissances avec eux. Du coup, les universités et les chercheurs canadiens et leurs homologues des PRFM deviendraient des points de référence et des partenaires de choix en santé publique et en santé mondiale pour les chercheurs partout dans le monde.

Dans le contexte de ce rôle, la santé mondiale serait intégrée au cadre CanMEDS de compétences des disciplines de formation professionnelle dans le domaine de la santé (p. ex., la médecine, les soins infirmiers et la dentisterie).²¹ Les leçons apprises au sein des partenariats établis avec des collègues des PRFM permettraient de disposer de précieux renseignements sur les déterminants de la santé, ce qui permettrait d'améliorer la santé des Canadiens, notamment ceux qui appartiennent à des groupes marginalisés. D'autres facultés et départements des universités, dans des domaines comme le génie, la pharmacie, les sciences, les affaires, les politiques publiques, l'administration et les lettres, pourraient renforcer leur participation au secteur de la santé mondiale et contribuer à la formation d'éducateurs, de chercheurs et de professionnels spécialisés.

Dans les différentes disciplines, les étudiants canadiens seraient en mesure de faire un choix parmi toute une série d'orientations professionnelles clairement définies qui mettent l'accent sur les études multidisciplinaires en santé mondiale, dont la majorité encouragerait les étudiants à faire des stages dans les PRFM. Cette approche pourrait avoir un succès particulier dans la formation de résidents et de boursiers en médecine, en créant des programmes de formation de troisième cycle (comme ceux décrits dans Frenk *et al.*, 2010) et en élargissant les possibilités de recherche et de travail clinique subventionnées par le gouvernement fédéral et reconnues par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. On s'efforcerait aussi de relier ces nouvelles pistes de formation universitaire à des emplois dans le secteur privé, le secteur public et le secteur des organismes à but non lucratif.

Grâce au renforcement des programmes en santé mondiale dans ses universités et collèges, le Canada

²¹ Pour plus de renseignements sur CanMEDS, voir le site www.deptmedicine.utoronto.ca/canmeds.htm

pourrait attirer des chercheurs et des professionnels de calibre national et international dans le secteur de la santé mondiale qui sont des innovateurs dans les sphères médicale, sociale, organisationnelle, culturelle ou technologique pour qu'ils viennent poursuivre leurs études et leurs travaux au Canada. Les établissements canadiens reconnaîtraient ainsi la nécessité d'une mobilité des cerveaux, en offrant des chances égales aux chercheurs canadiens de vivre, de travailler et de faire une contribution dans les PRFM et aux chercheurs et aux professionnels de la santé des PRFM de venir poursuivre leur apprentissage au Canada.

Une stratégie qui favoriserait la formation de travailleurs en santé mondiale sur la scène internationale en minimisant le risque de fuite de cerveaux à long terme serait d'offrir une formation au niveau du doctorat prévoyant un allègement des frais de scolarité élevés qui s'appliquent étudiants étrangers pour les chercheurs des PRFM en leur permettant de venir au Canada pour des périodes brèves mais intensives de formation. Le Canada pourrait aussi tirer parti de ses vastes connaissances et de sa grande expérience dans l'enseignement à distance pour concevoir et offrir, en collaboration avec des partenaires, des programmes pour apprenants éloignés menant à des diplômes. La stratégie la plus viable serait que les partenaires des PRFM acquièrent la capacité de mobiliser les principaux programmes de doctorat dans leur pays pour profiter de la capacité renforcée des établissements d'enseignement et de recherche des PRFM.

6.4.2 Renforcer les partenariats institutionnels avec les PRFM afin de développer les infrastructures locales de recherche et de formation

Les établissements canadiens pourraient se concentrer sur le renforcement des partenariats en santé mondiale dans le domaine des infrastructures d'enseignement et de recherche transdisciplinaires des PRFM. La collaboration et le soutien des organismes subventionnaires, tant au Canada (FCI, IRSC, CRSNG, CRSH, ACIDI, Santé Canada, CRDI, ASPC, etc.) que sur la scène internationale (banques de développement, fondations et autres sources de financement de la recherche des pays partenaires, comme les National Institutes of Health (NIH) des États-Unis, la Deutsche Forschungsgemeinschaft

(DFG), etc.), et des organismes à but non lucratif, comme la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale, pourraient faciliter le développement des programmes en mettant l'accent sur la recherche et le développement des capacités en santé mondiale. La collaboration entre les organismes subventionnaires faciliterait également les engagements durables à long terme dans le cadre de projets. On pourrait ainsi associer des subventions de développement des capacités servant à financer des infrastructures de recherche dans les PRFM à des subventions de fonctionnement à long terme, afin de fournir les ressources de fonctionnement nécessaires pour maximiser l'impact des subventions de développement des capacités.

Des projets réussis de développement durable des capacités pourraient naître de partenariats entre les organismes suivants : l'Association des universités et collèges du Canada; les organismes gouvernementaux comme le CRDI et l'ACDI; les agences multilatérales comme l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la Banque mondiale; et les banques régionales de développement. Ces projets viseraient avant tout à soutenir et à catalyser le développement durable à long terme des capacités des institutions partenaires des PRFM — capacités qui continueraient de se développer une fois que les partenariats seraient parvenus à leur terme. La réussite des projets de grande envergure serait rendue possible en ciblant des régions spécifiques où des partenariats ont déjà été établis entre des institutions canadiennes agissant à titre individuel et des PRFM²².

On créerait de fortes mesures incitatives en vue de financer la collaboration des chercheurs canadiens et des chercheurs des PRFM sur des questions de santé mondiale et le développement des infrastructures locales de recherche et de formation dans les PRFM qui sont nécessaires pour stimuler la recherche dans les institutions partenaires dans ces pays. Ces efforts de développement des capacités pourraient englober la création de centres d'excellence dotés d'un financement réservé à l'enseignement, à la formation et à la recherche, selon des critères convenus avec les pays partenaires. Ces centres attireraient les meilleurs étudiants des PRFM et du Canada et offriraient des mesures incitatives aux personnes formées à l'étranger pour les encourager à revenir dans leur pays d'origine.

²² Les régions concernées incluraient, entre autres, celles où le Canada est présent depuis longtemps, comme l'Afrique de l'Est (Université de la Colombie-Britannique et Université de Toronto en Ouganda, et Université du Manitoba au Kenya) et l'Asie (Université de la Colombie-Britannique en Chine et Université du Manitoba en Inde).

Bien que les mécanismes de développement des capacités seraient créés grâce à des ressources canadiennes, les gouvernements et les agences du secteur privé et du secteur public des PRFM pourraient fournir des ressources locales durables pour couvrir une partie des frais de fonctionnement. Ces ressources cibleraient des recherches à la fois pertinentes pour le pays concerné et rentables pour les partenaires canadiens qui s'y investissent.

Plus généralement, il y a un besoin croissant et des possibilités accrues de collaboration entre les États et/ou les organisations vouées à la santé mondiale permettant à des fondations, des organisations multilatérales, des organismes d'aide nationaux et d'autres intervenants de travailler ensemble vers un objectif commun. On peut donner comme exemple d'une telle collaboration l'initiative « Sauver des vies à la naissance » (« Saving Lives at Birth »)²³, élaborée et mise en œuvre par l'USAID, Grands Défis Canada, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale et le ministère des Affaires étrangères de la Norvège.

6.4.3 Mettre en place des procédures standardisées et un code de conduite pour les partenariats institutionnels afin de favoriser des partenariats équitables en recherche et en formation

Des programmes complets et uniformes de formation avant le départ seraient mis en place pour tous les étudiants et membres du corps professoral devant participer à des stages et à des activités de recherche dans les PRFM. Cette formation exigerait des participants qu'ils démontrent des compétences, des attitudes et des connaissances témoignant d'une sensibilité aux différences culturelles. Des programmes de mentorat seraient offerts aux étudiants et aux membres du corps professoral qui envisagent de faire carrière en santé mondiale. On pourrait aussi créer, dans les agences subventionnaires institutionnelles et gouvernementales, des mécanismes incitant les membres du corps professoral à s'intéresser et à se consacrer à la santé mondiale, en offrant un soutien financier pour favoriser des cheminements de carrière durables en santé mondiale et dans des activités connexes parmi les jeunes enseignants et ceux qui sont déjà bien établis. Enfin, on pourrait reconnaître la recherche et l'enseignement en santé mondiale comme

des facteurs contribuant à l'avancement professionnel et à l'obtention de la permanence.

Des procédures standardisées et un code de conduite pourraient être élaborés pour les partenariats institutionnels en vue de favoriser une collaboration équitable en recherche et en formation.

6.4.4 Développer les capacités de transfert et d'échange de connaissances en santé mondiale

Plus d'un millier de chercheurs, d'entrepreneurs et de décideurs en santé mondiale, y compris des experts de domaines comme l'anthropologie, l'économie, les affaires, le droit et le génie, feraient don de 10 pour cent de leur temps pour rejoindre un Corps canadien multidisciplinaire en santé mondiale, qui se concentrerait sur des partenariats avec des pays désignés en vue de susciter des transformations de fond. Le fait de donner aux PRFM les moyens de se doter des mêmes capacités que celles de leurs partenaires canadiens (ou de capacités supérieures) pour la formation de professionnels et de chercheurs dans le domaine de la santé permettrait de renforcer les partenariats fructueux et équitables.

6.4.5 Impact

En jouant un rôle plus stratégique de chef de file dans la mise sur pied de partenariats institutionnels, le Canada contribuerait à accroître l'efficacité de ses investissements en santé mondiale, grâce aux effets suivants :

- renforcement des liens entre les disciplines en vue de susciter des innovations sanitaires ayant une valeur et un impact d'envergure mondiale;
- meilleure canalisation de l'intérêt pour la santé mondiale parmi les jeunes au Canada et dans les PRFM, dans les différentes disciplines, grâce à la création de nouveaux cheminements de carrière et débouchés dans le secteur de la santé mondiale pour les chercheurs, les professionnels, les décideurs et les employés (professionnels, ouvriers spécialisés, spécialistes de la logistique) au sein de l'industrie et des organismes responsables des politiques publiques;

²³ Pour plus de renseignements sur cette initiative, voir le site <<http://www.savinglivesatbirth.net/>>.

- plus grande circulation des cerveaux des PRFM aux PRE et des PRE aux PRFM, en offrant aux professionnels des soins de santé et aux chercheurs des possibilités de rester sur place et de faire leur travail et leurs recherches dans un milieu gratifiant et épanouissant dans les PRFM;
- meilleure gestion des ressources dans les services de santé et dans les domaines de plus en plus prioritaires sur le plan sanitaire, par exemple les pandémies de maladies infectieuses et non infectieuses, les ressources naturelles comme l'eau et les catastrophes naturelles et celles causées par l'homme.

Ce rôle favoriserait également l'engagement en offrant plus de possibilités d'apprentissage réciproque. Enfin, il contribuerait à améliorer l'équité dans le domaine de la santé grâce à l'échange de connaissances et de compétences entre le Canada et les PRFM d'une part, et les communautés qui en ont le plus besoin d'autre part.

6.5 Innovation en santé mondiale

L'impact à long terme du Canada sur la santé mondiale dépendra de sa capacité d'élaborer et de mettre en œuvre de nouvelles idées et de les appliquer à une échelle appropriée là où on en a besoin — ce qu'on appelle couramment l'« innovation ». Le Canada dispose d'un large éventail de forces en santé mondiale sur les plans de l'innovation et de la recherche, dans des domaines comme l'éthique en santé mondiale, les déterminants sociaux de la santé, la santé des Autochtones, la santé mentale et d'autres. On note également une augmentation importante de l'intérêt pour la santé mondiale dans les universités, aussi bien chez les étudiants que chez les professeurs. Il s'agit là d'une ressource importante et, dans une large mesure, inexploitée pour soutenir l'innovation en santé mondiale.

En outre, la connaissance est un bien public à l'échelle mondiale : l'application de nouvelles connaissances dans une région ou un pays donné ne diminue pas leur utilité et leur impact potentiels dans d'autres régions ou pays (Thorsteinsdóttir *et al.*, 2003). L'innovation en santé mondiale peut également être une forme de diplomatie en santé mondiale, en réunissant les ressources, les chercheurs, les connaissances et les engagements de plusieurs pays et secteurs et en créant des liens entre les innovateurs au Canada et ceux des PRFM, où une bonne part de la croissance économique mondiale devrait se produire dans l'avenir.

6.5.1 Résoudre des problèmes critiques dans des domaines d'excellence en recherche

Ce rôle laisse entrevoir un avenir où le Canada serait perçu partout dans le monde comme un pays innovant en santé mondiale, motivé par son engagement à innover en matière de développement. Cette réputation pourrait s'appuyer sur des investissements précoces en vue de résoudre des problèmes urgents en santé mondiale :

- des innovations en santé des femmes et des enfants, avec des innovations technologiques (comme des couvertures chauffantes pour les nouveau-nés) et des innovations sociales (comme la défense des droits des femmes), qui miseraient sur nos efforts actuels, comme l'initiative « Sauver des vies à la naissance » (voir la section 6.4.2);
- des recherches d'avant-garde sur les innovations technologiques, sociales et commerciales nécessaires pour lutter contre les maladies non transmissibles, comme les maladies des personnes âgées et les problèmes de santé mentale, en mettant tout particulièrement l'accent sur la réduction du fardeau qu'elles représentent pour le système de soins de santé et sur la généralisation des stratégies et des technologies prometteuses pour la prestation des services (par exemple des politiques comme des taxes judicieuses sur le tabac ou des initiatives comme la recherche appliquée sur l'hypertension artérielle et la santé mentale dans le monde);
- innovations dans le domaine des maladies infectieuses, qui mettent à profit les forces existantes au niveau du VIH/sida, des maladies négligées et d'autres maladies et qui se concentrent sur la prévention et le diagnostic précoce.

Ce rôle pourrait également s'appuyer sur un engagement en matière d'*innovation intégrée* : combiner l'innovation scientifique et technologique à l'innovation sociale et commerciale pour produire des solutions durables, ayant de l'impact et pouvant être déployées à grande échelle (GDC, 2010b).

6.5.2 Mettre à profit les forces existantes en recherche et en innovation

Ce rôle se dégagerait de la base d'investissements du Canada en santé mondiale, dans le cadre d'initiatives comme l'IRSM et le FID, gérées par Grands Défis Canada (voir le chapitre 4). Ces investissements pourraient bénéficier de l'appui de nouveaux partenariats au sein du gouvernement par le renouvellement de l'IRSM et de liens entre l'IRSM et des organismes et institutions externes comme Grands Défis Canada. Ces efforts pourraient être étendus à toute la gamme des approches en matière d'innovation scientifique, sociale et commerciale. Ces partenariats amélioreraient la coordination des programmes de subventions et contribueraient à combler le fossé qui sépare les diverses communautés de recherche en santé mondiale, en réunissant des innovateurs sociaux, commerciaux et technologiques dans un modèle d'innovation intégrée.

6.5.3 Dynamiser et soutenir les jeunes innovateurs

Comme nous l'avons expliqué à la section 5.2, un important obstacle qui limite l'impact du Canada en santé mondiale est le manque d'occasions de mettre à profit l'intérêt croissant pour ce domaine parmi les étudiants et les professeurs des universités canadiennes en leur permettant de contribuer à l'innovation. En s'appuyant sur les initiatives décrites à la section 6.4, les étudiants et les professeurs seraient mieux en mesure d'apporter leur contribution s'ils pouvaient compter sur les mesures suivantes :

- des programmes subventionnés axés sur la santé mondiale comprenant tout un éventail d'options multidisciplinaires;
- des cheminements professionnels clairs et des postes menant à la permanence pour les professeurs qui se concentrent sur la santé mondiale;
- un soutien continu aux jeunes chercheurs canadiens exceptionnels en santé mondiale, par le biais du programme « Les étoiles montantes canadiennes en santé mondiale ».

Une idée innovatrice serait de créer un corps scientifique du G20, mis en œuvre par les universités en collaboration étroite avec le CRDI et qui serait chargé de mettre en place des stratégies bilatérales de soutien aux échanges scientifiques.

6.5.4 Faire participer le secteur privé à l'innovation

Le secteur privé pourrait jouer un rôle crucial à la fois en contribuant à l'innovation et en catalysant l'innovation. En s'inspirant d'une tendance amorcée par le Fonds Acumen et d'autres, le Canada pourrait privilégier la création de PME innovantes dans les pays en voie de développement, en créant un fonds d'investissement social destiné à soutenir les PME prometteuses qui en sont aux premiers stades de leur développement dans les PRFM.

Un exemple de PME ayant connu la réussite est l'entreprise A to Z Textile Mills à Arusha, en Tanzanie, qui compte 7 000 employés et produit annuellement quelque 30 millions de moustiquaires de lit imprégnés d'insecticide à effet durable (Fonds Acumen, 2011; Shah *et al.*, 2010) pour lutter contre la malaria. Le rôle du Canada dans ce domaine pourrait être sensiblement développé en appuyant la création et l'expansion de 100 entreprises de ce genre, suscitant des progrès sur le plan de la santé tout en créant des emplois dans les communautés locales. Le secteur privé serait mis à contribution, en collaboration avec le milieu universitaire, en vue d'élaborer des essais cliniques pour des médicaments et des vaccins destinés à traiter des maladies imposant un fardeau particulièrement lourd dans les PRFM et qui ont souffert d'un manque de financement. Ces essais cliniques seraient organisés dans le cadre de partenariats entre des entreprises du secteur privé et des centres d'excellence, au Canada et dans les PRFM.

Le Canada pourrait aussi adopter des mesures incitatives en vue d'aider les entreprises de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux du Canada à cibler des solutions sanitaires à l'intention des plus pauvres. Ces mesures viseraient également à encourager des entreprises canadiennes à participer à des collaborations et des partenariats innovateurs axés sur de nouvelles technologies ciblant l'hémisphère Sud et trouvant leur origine dans cet hémisphère.

6.5.5 Être un chef de file de l'innovation en santé mondiale

La réussite de l'innovation en santé mondiale favoriserait la mise en œuvre d'approches innovantes complémentaires dans d'autres domaines du développement, comme l'agriculture, l'énergie et l'eau. D'autres pays prendraient également conscience de la valeur d'une approche axée sur l'innovation et lanceraient leurs propres mécanismes

de développement innovants pour faire avancer l'innovation en santé mondiale. Ainsi, en 2010, l'USAID a lancé l'initiative « Grand Challenges in Development » en vue de réorienter ses activités vers une approche axée sur l'innovation (USAID, 2011).

Au Canada, on pourrait intégrer des scientifiques au portefeuille des affaires étrangères, dans le cadre d'une reconnaissance plus générale de l'importance et du potentiel de l'innovation pour le développement.

Bien qu'il soit possible que l'Inde et la Chine hésitent à s'engager dans la voie du développement international tel qu'il se déroule depuis 40 ans (au-delà des mesures d'intervention en cas de catastrophe naturelle), ces pays souhaiteraient peut-être mettre l'accent sur l'innovation dans leur contribution sur la scène internationale. Un indicateur de réussite d'une telle approche serait la création d'organismes de type « Grands Défis » en Inde et en Chine, lesquels collaboreraient avec Grands Défis Canada pour lutter contre l'épidémie fulgurante des maladies non transmissibles. Cela renforcerait les accords conclus en science et en technologie entre le Canada et l'Inde et entre le Canada et la Chine et entraînerait une collaboration accrue entre des entreprises canadiennes innovantes et leurs homologues en Chine et en Inde.

6.5.6 Impact

Le fait de mettre davantage l'accent sur l'innovation en général — et de combiner l'innovation technologique, sociale et commerciale en particulier — pourrait améliorer l'efficacité des investissements canadiens en santé mondiale par le biais :

- de l'élaboration de nouvelles solutions prometteuses aux problèmes de santé mondiale urgents, tout en renforçant les capacités des institutions des PRFM;
- du déploiement des solutions dans les régions et les communautés où on en a le plus besoin.

L'un des résultats inattendus de cette stratégie de développement serait son effet sur le système de santé canadien. En 2009, Jeffrey Immelt, PDG de General Electric, a inventé l'expression *innovation inversée* ou *décentralisée* (*reverse innovation*) pour décrire les innovations de grande valeur mises au point dans les pays en voie de développement dans des situations de pénurie de ressources et qui pourraient être appliquées dans les pays développés (Immelt *et al.*, 2009). Bien qu'il ne soit pas toujours facile de faire changer les cultures et les pratiques dans les PRE, ce rôle du Canada en innovation déboucherait sur l'application d'innovations élaborées dans les PRFM intégrant les dimensions technologique, sociale et commerciale, dans le cadre des systèmes de santé publics au Canada, contribuant à rendre les services plus abordables tout en en préservant leur qualité.

Le résultat net de cette réorientation vers l'innovation ferait surgir une nouvelle conception de la façon dont le Canada offre son aide et une évolution vers un modèle permettant à ses partenaires des PRFM de bâtir des économies et des systèmes de santé de demain. Cela permettrait aussi de renouveler l'image du Canada en tant qu'innovateur dans le monde. L'innovation dans le développement — en particulier l'innovation en santé mondiale — deviendrait un objectif à long terme essentiel de la politique étrangère du Canada.

Enfin, ce rôle contribuerait à renforcer le degré d'engagement de la communauté de la recherche — et du grand public — au Canada envers le secteur de la santé mondiale.

7. Étapes suivantes

Avec la mise en évidence au chapitre 6 de cinq rôles potentiels qui permettraient de maximiser l'impact du Canada sur la santé mondiale, le comité d'experts a conclu son évaluation par une analyse visant à déterminer la meilleure manière de susciter le leadership nécessaire pour que ces rôles se concrétisent dans une stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale, qui comprendrait des recommandations spécifiques sur les mesures à prendre et le suivi de la mise en œuvre de cette stratégie.

Le comité d'experts s'est d'abord demandé qui serait les mieux à même de diriger la mise en œuvre d'une telle stratégie. Le comité s'est servi de la méthode de l'élaboration de scénarios aux fins de son analyse. Les quatre scénarios ci-dessous correspondent aux principaux thèmes développés dans les chapitres précédents :

- le statu quo,
- des personnes, des institutions et des organismes montrent la voie,
- le gouvernement fédéral élabore un plan,
- l'approche « tout le Canada ».

Dans l'analyse de ces scénarios, le constat du comité d'experts est que le maintien du statu quo ou l'absence de mesures ne serait pas conforme aux trois principes de base énoncés au chapitre 3 (équité, efficacité et engagement) et produirait des résultats sous-optimaux pour le Canada et pour ses partenaires en santé mondiale.

Le comité d'experts a également établi que les scénarios qui dépendent d'un seul acteur important (qu'il s'agisse du gouvernement ou de chefs de file crédibles dans d'autres secteurs) pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie multisectorielle en santé mondiale ne seraient viables que si cette stratégie était globale, tenait compte des points de vue des principaux intervenants et mettait à contribution les acteurs clés.

En définitive, la conclusion du comité d'experts est que le scénario le plus conforme aux trois principes de base et offrant le plus grand potentiel de réalisation des cinq possibilités stratégiques décrites aux chapitres 5 et 6 serait une approche englobant « tout le Canada », dans laquelle interviendraient et seraient engagés de façon soutenue l'ensemble des principaux acteurs et secteurs. Dans un tel scénario, tous les membres de la communauté de la santé mondiale, y compris les administrations gouvernementales, collaboreraient en vue d'élaborer une stratégie multisectorielle unique en santé mondiale, laquelle serait mise en œuvre par les organisations et les institutions les plus appropriées. Il faudrait pour cela un effort de concertation et un engagement des chefs de file de tous les secteurs à collaborer au développement, à l'ajustement et à la mise en œuvre de la stratégie. Pour faire avancer le processus à court terme, il serait essentiel d'identifier, dans chaque secteur, un intervenant qui se ferait le champion de la stratégie et assurerait un solide leadership.

Dans une approche impliquant « tout le Canada », il faudrait notamment encourager et faciliter une large représentation, en particulier des secteurs qui sont à l'heure actuelle sous-représentés ou les moins engagés. Il serait utile, par exemple, de mobiliser et de responsabiliser le secteur privé, non seulement en invoquant son sens de la responsabilité sociale, mais aussi dans ses activités et ses investissements au jour le jour. Une stratégie possible serait de faciliter les partenariats entre des entreprises canadiennes et des entreprises innovantes dans les PRFM.

Au bout du compte, les investissements en santé mondiale engendrent plus que de simples améliorations de la santé dans le monde (même si celles-ci sont de toute évidence un objectif très important). Ils jouent également un rôle dans la défense et le renforcement de la sécurité nationale et représentent un potentiel

important sur le plan économique à la fois pour le Canada et pour les PRFM.

Il demeurerait important, à moyen terme, de disposer d'un engagement fort et significatif des différents secteurs. Dans la mise en œuvre de la stratégie, on constaterait évidemment que les divers secteurs, organismes et agences ont des buts et des priorités différents, qu'il y aurait lieu de concilier. À long terme, ce scénario pourrait offrir un cadre permettant une collaboration et une coopération plus efficaces et plus pertinentes au sein de chaque secteur et entre ceux-ci, ce qui contribuerait à produire des résultats importants pour la santé et peut-être même la création d'un organisme assurant la direction de ces initiatives et l'obligation redditionnelle des différents intervenants pour la stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale.

La difficulté la plus importante dans la mise en œuvre d'une telle approche serait d'obtenir l'adhésion d'intervenants clés dans tous les secteurs. Étant donné la diversité des acteurs au sein de la communauté de la santé mondiale au Canada et la force de leurs opinions et de leurs convictions, il faudrait que les dirigeants des différents secteurs fassent preuve d'un leadership fort et soient disposés à faire des compromis. Si une entente rejoignant l'ensemble ou la plupart des intervenants se réalisait, la stratégie multisectorielle qui en ressortirait serait un outil extrêmement utile pour façonner la politique et les investissements en santé mondiale au Canada.

7.1 De l'évaluation à la stratégie

Le mandat du comité d'experts n'était pas de faire des recommandations, mais de baliser une discussion entre les décideurs, en y incluant des personnes et des organismes des différents secteurs : gouvernement, milieu universitaire, société civile et secteur privé. Plusieurs de ces acteurs sont mentionnés dans le rapport, avec leurs contributions actuelles et celles qu'ils ont pu faire dans le passé.

Le comité d'experts est bien conscient de ses limitations. Il est difficile pour un organisme composé principalement d'universitaires, même si nombre d'entre eux sont des praticiens accomplis en santé mondiale, de représenter de façon adéquate la réalité du large éventail de parties intéressées (décideurs, entrepreneurs, chercheurs, organismes à but non lucratif et grand public) qui apportent une contribution au rôle que joue le Canada en santé mondiale. Pour que les résultats de cette évaluation débouchent sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale, il faut d'abord que toutes les parties intéressées soient mobilisées dans une réflexion générale et continue sur la santé mondiale.

Le comité d'experts propose un processus en cinq étapes pour passer des résultats de cette évaluation à la mise en œuvre et au suivi d'une stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale. Les deux premières étapes de ce processus sont déjà achevées : la mobilisation d'un noyau de chefs de file en santé mondiale (ce que l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a fait lors de son colloque sur la santé mondiale à l'automne 2009) et la réalisation de la présente évaluation.

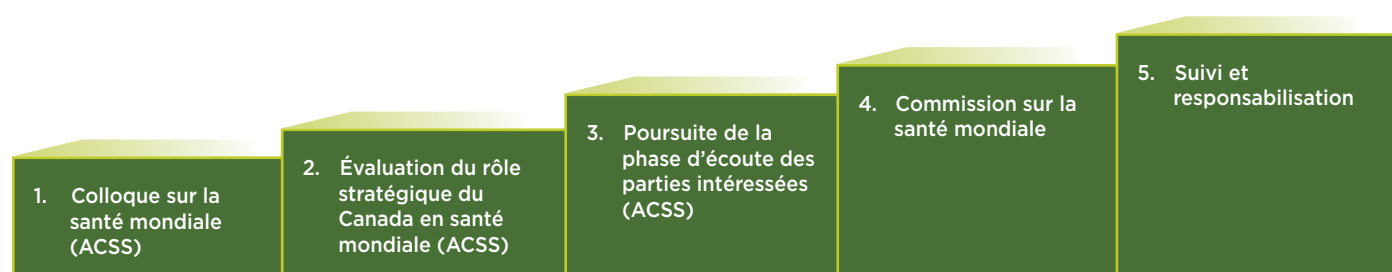


Figure 7.1 Processus en cinq étapes proposé

La troisième étape du processus — la poursuite de la phase d'écoute des parties intéressées — pourrait s'amorcer au début de 2012, avec la convocation des chefs de file en santé mondiale de tous les secteurs de la santé pour qu'ils étudient les résultats de la présente évaluation. Idéalement, les chefs de file des différents secteurs proposeraient spontanément de prendre à leur compte divers aspects des rôles définis dans les cinq domaines où s'offrent des possibilités (voir le chapitre 6). Le comité d'experts pense que cette étape pourrait se dérouler sous l'égide de l'ACSS. Il serait possible d'étendre sensiblement la portée de cette mobilisation en ayant recours aux médias sociaux et à d'autres outils de sensibilisation offerts par les nouveaux médias.

Pour mettre à contribution les Canadiens et leurs dirigeants hors du secteur de la santé, une quatrième étape pourrait être de créer une commission sur la santé mondiale, qui serait en activité en 2013-2014. La fonction de cette commission serait d'élaborer une stratégie nationale multisectorielle en santé mondiale, avec des recommandations, des variables et des indicateurs spécifiques permettant de mesurer le niveau de réussite au fil du temps, en mettant à profit les observations recueillies lors de la phase d'écoute antérieure. Une telle commission pourrait suivre le modèle de la Smart Global Health Commission aux États-Unis (Fallon et Gayle, 2010). La commission serait composée de leaders nationaux de haut rang issus de différents secteurs : responsables gouvernementaux, élus/ministres fédéraux et provinciaux, personnalités des médias, chefs spirituels, dirigeants d'organismes importants de la société civile et chefs de file du secteur privé, dont des chefs ou présidents d'entreprises innovantes.

Après l'acceptation de cette stratégie, la dernière étape consisterait à élaborer un mécanisme de contrôle des résultats et des effets afin de disposer d'une rétroaction et de pouvoir améliorer les choses de façon continue. Ce processus porterait sur la définition et le suivi d'objectifs spécifiques mesurables, en s'inspirant peut-être de la Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies (Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies, 2011). La mise en place et le bon fonctionnement d'un tel mécanisme représenteraient la première étape essentielle de la mise en œuvre de la stratégie.

7.2 Entamer une discussion plus générale

Le mandat attribué au comité d'experts était le suivant :

1. Définir les éléments composant le rôle actuel du Canada en santé mondiale;
2. Énoncer les raisons pour lesquelles le Canada devrait jouer un rôle plus important en santé mondiale;
3. Mettre en évidence les domaines où le Canada est fort par rapport aux chefs de file de la planète en santé mondiale et les occasions qu'aurait le Canada d'assumer un rôle plus stratégique en santé mondiale;
4. Élaborer des scénarios recommandant des mesures spécifiques pour permettre au Canada (par le truchement de secteurs, dont le gouvernement, le milieu universitaire, la société civile et le secteur privé) d'assumer des rôles stratégiques ayant un grand impact en santé mondiale et préciser les domaines où le Canada pourrait devenir un chef de file.

Pour réaliser ce mandat, le comité d'experts a collecté des renseignements auprès de tout un éventail de sources. Il a ainsi examiné les rapports internationaux récents sur la santé mondiale et effectué une analyse documentaire des récents rapports, documents de politique et cadres proposés au Canada dans le domaine de la santé mondiale. Il a lancé un appel public d'informations, qui a suscité 77 réponses. Il a recueilli les témoignages de 30 témoins experts et procédé à six entretiens ciblés. Il a organisé des tables rondes pour les étudiants de quatre campus universitaires au Canada. Enfin, il s'est appuyé sur l'expérience et l'expertise professionnelles des membres du comité.

L'observation essentielle du comité d'experts est que, s'il y a au Canada des personnes, des organismes, des institutions, des agences et des ministères qui jouent des rôles importants et substantiels en santé mondiale, l'impact de ces contributions est atténué en raison d'un phénomène de fragmentation et d'un manque de coordination des efforts. La conclusion du comité d'experts est que le Canada dispose des forces et des ressources nécessaires pour contribuer à la résolution de problèmes de santé mondiale urgents qui affectent la santé des gens au Canada et dans les PRFM.

L'analyse qu'a faite le comité d'experts des informations recueillies incite à penser que le Canada a à la fois les forces nécessaires et la possibilité d'être un chef de file mondial dans cinq domaines spécifiques du secteur de la santé mondiale :

- la recherche sur la santé des Autochtones et la santé circumpolaire,
- la santé des populations et la santé publique,
- les soins de santé primaires axés sur les communautés,
- les partenariats judicieux en éducation et recherche en santé,
- l'innovation en santé mondiale,

Le comité d'experts est conscient du fait qu'il ne dresse pas une liste exhaustive de tous les domaines où le Canada pourrait théoriquement faire une différence. Les informations recueillies laissent à penser, cependant, que le Canada pourrait optimiser l'impact de ses contributions dans le secteur de la santé mondiale en mettant à profit les forces existantes dans ces cinq domaines.

En conclusion, le comité estime qu'il y a des arguments incontestables pour que le Canada joue un rôle plus stratégique en santé mondiale. La probabilité d'atteindre cet objectif serait nettement meilleure et renforcée si l'on adoptait une approche mieux coordonnée englobant tout le Canada.

Liste de références

- ACDI (Agence canadienne de développement international) (2010). *Rapport ministériel sur le rendement 2009-2010*, Ottawa (Ont.), ACDI.
- ACSP (Association canadienne de santé publique) (2005). « FAQ sur la vaccination des enfants et le programme élargi de vaccination ». Consulté en septembre 2011 à http://ciii.cpha.ca/fr/immunization/global_faq.aspx.
- ACSP (Association canadienne de santé publique) (2008). *Une démarche de santé publique pour le développement dans le monde : La stratégie de l'ACSP pour la santé publique mondiale 2007-2017*, Ottawa (Ont.), ACSP.
- Agriculture et Agroalimentaire Canada (2010). « Centre de recherches de Lacombe ». Consulté en septembre 2011 à <http://www4.agr.gc.ca/AAFC-AAC/display-afficher.do?id=1180634888974&lang=fra>.
- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2010). « Indigenous Life Expectancy ». Consulté en avril 2011 à <http://www.aihw.gov.au/indigenous-life-expectancy/>.
- AINC (Affaires indiennes et du Nord Canada) (2006). « Santé des Autochtones ». Consulté en mai 2011 à <http://www.ainc-inac.gc.ca/fra/1100100016257/110010016258>.
- Al-Tuwaijri, S., Currat, L. J., de Francisco, A., Ghaffar, A., Jupp, S. et Mauroux, C. (2004). *The 10/90 Report on Health Research, 2003-2004*, Genève (Suisse), Global Forum for Health Research.
- Alwan, A., Maclean, D. R., Riley, L. M., d'Espaignet, E. T., Mathers, C. D., Stevens, G. A. et Bettcher, D. (2010). « Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: Progress and capacity in high-burden countries ». *The Lancet*, vol. 376, n° 9755, p. 1861-1868.
- ASPC (Agence de la santé publique du Canada) (2004). Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP). Consulté en mai 2011 à http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphin-rmispbk-fra.php.
- ASPC (Agence de la santé publique du Canada) (2009). « Rôle de l'Agence de la santé publique du Canada et du Laboratoire national de microbiologie : réponse à l'éclosion du virus de la grippe H1N1 ». Consulté en mai 2011 à http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2009/2009_0507_h1n1-fra.php.
- ASPC (Agence de la santé publique du Canada) (2011). « Surveillance ». Consulté en mai 2011 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/surveillance-fra.php>.
- AUCC (Association des universités et collèges du Canada) (2008). « Partenariats universitaires en coopération et développement ». Consulté en mai 2011 à <http://www.aucc.ca/fr/programmes-et-services/programmes-internationaux/partenariats-universitaires-en-developpement/>.
- BC Centre for Disease Control (2010). « Preventing Infection ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.bccdc.ca/prevention/default.htm>.

- BC Centre for Excellence in HIV/AIDS (2011). « China Implements BC-CfE's Treatment as Prevention Strategy as the Country's National HIV/AIDS Policy ». Consulté en août 2011 à <http://www.cfenet.ubc.ca/news/releases/china-implements-bc-cfe%E2%80%99s-treatment-prevention-strategy-country%E2%80%99s-national-hiv-aids-pol>.
- BIOTECanada (2011). *Le Comité de l'industrie des vaccins au Canada : un rôle de chef de file dans la santé mondiale*, Ottawa (Ont.), BIOTECanada.
- CAC (Conseil des académies canadiennes) (2006). *L'État de la science et de la technologie au Canada*, Ottawa (Ont.), CAC.
- CAD (Comité d'aide au développement) de l'OCDE (2011a). « ADP par secteur ». Consulté en août 2011 à http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ODA_SECTOR.
- CAD (Comité d'aide au développement) de l'OCDE (2011b). « Aide à la santé ». Consulté en septembre 2011 à http://www.oecd.org/document/44/0,3746,fr_2649_34447_25078885_1_1_1_1,00.html.
- CAHR (Centre for Aboriginal Health Research) (2009). *Global Indigenous Health Research Symposium Report*, Victoria (C.-B.), CAHR, Université de Victoria.
- CAHR (Centre for Aboriginal Health Research) (2011). « Knowledge Translation ». Consulté en mai 2011 à <http://cahr.uvic.ca/programs-research/research/knowledge-translation/>.
- Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF (2011). *Untangling the Web – Un guide sur le prix des antirétroviraux*, Genève (Suisse), MSF Campaign for Access to Essential Medicines.
- CBC News (2011). « Donations to Haiti 1 Year After Quake ». Consulté en mai 2011 à <http://www.cbc.ca/news/canada/story/2011/01/05/f-haiti-earthquake-anniversary-aid-agencies.html>.
- CCRSM (Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale) (2010a). Strategic Plan: 2010-2014, Ottawa (Ont.), CCRSM.
- CCRSM (Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale) (2010b). « À propos de nous ». Consulté en mai 2011 à http://www.ccghr.ca/default.cfm?content=about_us&lang=f&subnav=about_us.
- Centres de collaboration nationale en santé publique (2011). « Accueil ». Consulté en août 2011 à <http://www.ccnspp.ca/1/accueil.ccnspp>.
- CGIPN (Centre de gouvernance de l'information des Premières nations) (2010). « Un coup d'œil ». Consulté en mai 2011 à <http://www.rhs-ers.ca/fr/node/78>.
- Chouinard, A. (1987). « A deadly shadow: AIDS in Africa », *The IDRC Reports*, vol. 16, n° 1, p. 16-17.
- CITAV (Consortium international sur les thérapies antivirales) (2010). « Financement ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.icav-citav.ca/index.php/fr/About-ICAV/financement.html>.
- CITAV (Consortium international sur les thérapies antivirales) (2008). « ICAV Fact Sheet ». Consulté en mai 2011 à <http://www.icav-citav.ca/index.php/Download-document/10-Fact-Sheet.html>.
- Collins, P. A. et Hayes, M. V. (2007). « Twenty years since Ottawa and Epp: Researchers' reflections on challenges, gains and future prospects for reducing health inequities in Canada », *Health Promotion International*, vol. 22, n° 4, p. 337-345.
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S. et al. (2011). « Grand challenges in global mental health », *Nature*, vol. 475, n° 7354, p. 27-30.
- Comité de l'industrie des vaccins au Canada de BIOTECanada (2010). *Le contexte actuel de la vaccination au Canada*, Ottawa (Ont.), BIOTECanada.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*, Ottawa (Ont.), Sénat du Canada.
- Commission d'information et de responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies (2011). *Keeping Promises, Measuring Results*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé.
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblant le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé.

- Commission du secteur privé et du développement (2004). *Libérer l'entrepreneuriat – Mettre le monde des affaires au service des pauvres*, New York (NY), PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement).
- Commission européenne (2010). *Le rôle de l'Union européenne dans la santé mondiale*, Bruxelles (Belgique), COM.
- Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS (2001). *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Genève (Suisse), OMS (Organisation mondiale de la santé).
- Conference Board du Canada (2011). *Life is Short*, Ottawa (Ont.), Conference Board du Canada.
- CRDI (Centre de recherches pour le développement international) (2009). « Programme de partenariat Teasdale-Corti de recherche en santé mondiale ». Consulté en septembre à http://web.idrc.ca/fr/ev-134225-201-1-DO_TOPIC.html.
- CRDI (Centre de recherches pour le développement international) (2010). « Ce que nous faisons ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.idrc.ca/FR/AboutUs/WhatWeDo/Pages/default.aspx>.
- CRDI (Centre de recherches pour le développement international) (2011). « Gouvernance ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.idrc.ca/FR/AboutUs/Governance/Pages/DonorPartners.aspx>.
- Darby, P. (2003). *The Economic Impact of SARS*, Ottawa (Ont.), Conference Board du Canada.
- Direction de la coopération pour le développement de l'OCDE (2011) « Base de données annuelles agrégées des membres du CAD : CAD en ligne ». Consulté en septembre 2011 à http://www.oecd.org/document/33/0,3746,fr_2649_34447_37820188_1_1_1_1,00.html
- DFI (Département fédéral de l'intérieur) et DFAE (Département fédéral des affaires étrangères) (2006). *Politique extérieure en matière de santé – Convention d'objectifs pour la politique extérieure en matière de santé*, Berne (Suisse), Gouvernement de la Suisse.
- DFID (Department for International Development du Royaume-Uni) (2004). *The Impact of Climate Change on the Vulnerability of the Poor*, Londres (Royaume-Uni), DFID.
- Dignitas (2010). « Dignitas Successes in Malawi ». Consulté en mai 2011 à <http://www.dignitasinternational.org/articles.aspx?aid=260>.
- Dodgson, R., Lee, K. et Drager, N. (2002). *Global Health Governance: A Conceptual Review*, Genève (Suisse), Département de la Santé et du Développement, Organisation mondiale de la santé.
- Edmonds, L. J. (2005). *Disabled People and Development*, Manille (Philippines), Banque asiatique de développement.
- Engardio, P. (2005, août). « A New World Economy: The Balance of Power Will Shift to the East as China and India Evolve », *Bloomberg Business Week*.
- Faculté de médecine et des sciences de la santé (2010). « L'UdeS contribuera davantage à former des professionnels de la santé au Mali ». Consulté en mai 2011 à <http://www.usherbrooke.ca/medecine/accueil/nouvelles/nouvelles-details/article/13075/>.
- Fallon, W. J. et Gayle, H. D. (2010). *Report of the CSIS Commission on Smart Global Health Policy: A Healthier, Safer, and More Prosperous World*, Washington (DC), Center for Strategic and International Studies.
- Famous 5 Foundation (2011). « Mary Tidlund ». Consulté en septembre 2011 à http://www.famous5.ca/events.php?date=past&event_id=35.
- Finegold, D. (2005). *BioIndustry Ethics*, Boston (MA), Elsevier Academic Press.
- Fisher, T. (2011). « Developing a new paradigm for UK foreign aid », *Economic Affairs*, vol. 31, n° 1, p. 112-114.
- Fondation Belinda Stronach (2011). « Global Initiatives ». Consulté en mai 2011 à http://www.tbsf.ca/global_initiatives-35.html.
- Fonds Acumen (2011). « A to Z Textile Mills ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.acumenfund.org/investment/a-to-z-textile-mills.html>.
- Forsyth, J., Bang, A., Shaver, T., Day-Stirk, F., Starrs, A. M., Byworth, J. *et al.* (2011, 26 mai). « G8 Must Act on Health Workers », *The Guardian*, consulté à <http://www.guardian.co.uk/society/2011/may/26/health-g8-aid>.

- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. *et al.* (2010). « Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world », *The Lancet*, vol. 376, n° 9756, p. 1923-1958.
- Friedman, T. L. (2005). *The World is Flat: A Brief History of the Twenty-First Century* (1^{re} édition), New York (NY), Farrar, Straus and Giroux.
- GBF (Grassroots Business Fund) (2010). *2010 Annual Report*, Washington (DC), GBF.
- GDC (Grands Défis Canada) (2010a). « Qui nous sommes ». Consulté en juin 2011 à <http://www.grandchallenges.ca/qui-nous-sommes/>.
- GDC (Grands Défis Canada) (2010b). *Innovation intégrée*, Toronto (Ont.), Grands Défis Canada.
- Gouvernement du Canada (2006). « Lutte contre les maladies infectieuses ». Consulté en septembre 2011 à http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2006/infectious_diseases-maladies_infectueuses.aspx?lang=fra&view=d.
- Gouvernement du Canada (2011a). « Nouvelles initiatives pour la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ». Consulté en mai 2011 à <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fra.do?m=/index&nid=585959>.
- Gouvernement du Canada (2011b). « Note d'information – Sauver les plus vulnérables : Initiative canadienne sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ». Consulté en mai 2011 à http://canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/mnch_backgrounders_isne.aspx?lang=fra&view=d.
- Groupe d'experts de haut niveau de la Banque africaine de développement (2007). *Investir dans l'avenir de l'Afrique: la BAD au XXI^e siècle*, Abidjan, Côte d'Ivoire, Banque africaine de développement.
- Groupe de travail sur la grippe pandémique du Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto (2005). *Stand on Guard for Thee: Ethical Considerations in Preparedness Planning for Pandemic Influenza*, Toronto (Ont.), Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto.
- Groupe des Huit (2010). « Déclaration du G8 à Muskoka – Reprise et renaissance ». Consulté en mai 2011 à <http://www.canadainternational.gc.ca/g8/summit-sommet/2010/muskoka-declaration-muskoka.aspx?lang=fra&view=d>.
- Habib, S. H. et Saha, S. (2010). « Burden of non-communicable disease: Global overview », *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, vol. 4, n° 1, p. 41-47.
- Henheffer, T. (2009). « Africa Says Canada is Stealing MDs ». Consulté en mai 2011 à <http://www2.macleans.ca/2009/08/19/africa-says-canada-is-stealing-mds/>.
- Hillmer (2009) *Pearson: The Unlikely Gladiator*. Montréal (Qué.): McGill-Queen's University Press.
- HM Government (2008). *Health is Global: A UK Government Strategy 2008-13*, Londres (Royaume-Uni), HM Government.
- ICBL (Campagne internationale pour interdire les mines) (1997). *Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction*, Ottawa (Ont.), ONU.
- ICCH (International Congress on Circumpolar Health) (2009). Page d'accueil. Consulté en septembre 2011 à <http://icch2009.circumpolarhealth.org/>.
- IM (Initiative pour les micronutriments) (2011). « Le gouvernement du Canada est heureux d'appuyer un nouveau partenariat entre Teck et l'Initiative pour les micronutriments ». Consulté en août 2011 à <http://www.micronutrient.org/Francais/view.asp?x=752>.
- Immelt, J. R., Govindarajan, V. et Trimble, C. (2009). « How GE is Disrupting Itself », *Harvard Business Review*, octobre 2009.
- Industrie Canada (2011). « Réseau des entreprises canadiennes (REC) ». Consulté en août 2011 à <http://www.ic.gc.ca/app/ccc/sld/cmpny.do?tag=025047007&profileId=1861&lang=fra>.

- IOM (Institute of Medicine) (2009). *The U.S. Commitment to Global Health: Recommendations for the Public and Private Sectors*, Washington (DC), National Academies Press.
- IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada) (2009). *L'innovation au service de la santé – De meilleurs soins et services par la recherche / Plan stratégique des IRSC 2009-2010 – 2013-2014*, Ottawa (Ont.), Instituts de recherche en santé du Canada.
- ISF (Ingénieurs sans frontières) (2008). « Aéroplan fait Mille gestes pour appuyer ISF ». Consulté en août 2011 à <http://www.ewb.ca/fr/whatyoucando/donate/aeroplan/index.html>.
- ISPC (Initiative sur la santé de la population canadienne) (2003). *Mémoire de l'Initiative sur la santé de la population canadienne : La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa (Ont.), ISPC.
- Jacob, K. S., Sharan, P., Mirza, I., Garrido-Cumbrera, M., Seedat, S., Mari, J. J. et al. (2007). « Mental health systems in countries: Where are we now? », *The Lancet*, vol. 370, n° 9592, p. 1061-1077.
- Klare, M. T. (2007). « Global warming battlefields: How climate change threatens security », *Current History*, vol. 106, n° 703, p. 355-361.
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K. et Wasserheit, J. N. (2009). « Towards a common definition of global health », *The Lancet*, vol. 373, n° 9679, p. 1993-1995.
- KT Clearinghouse (2011). « Funding ». Consulté en mai 2011 à <http://ktclearinghouse.ca/ktcanada/about/funding>.
- Kurowski, C., Wyss, K., Abdulla, S. et Mills, A. (2007). « Scaling up priority health interventions in Tanzania: The human resources challenge », *Health Policy and Planning*, vol. 22, n° 3, p. 113-127.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*, Ottawa (Ont.), Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada.
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*, Londres (Royaume-Uni), UK Presidency of the EU.
- MAECI (Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international) (2011). « GTSR : Groupe de travail sur la stabilisation et la reconstruction ». Consulté en mai 2011 à <http://www.international.gc.ca/start-gtsr/index.aspx?lang=fra&view=d>.
- McGahan, A., Ahn, R., Cafferty, E., Konstantopoulos, W. M., Williams, T., Alpert, E. et al. (2010). « Hidden Business and Open Secrets: How Human Trafficking is Managed and What You Can Do About It », *Rotman Magazine*.
- McLaughlin-Rotman Centre for Global Health (2011). « Private Sector Development in Developing Countries: Targeting Local Health Needs through Health Technology ». Consulté en mai 2011 à http://www.mrcglobal.org/private_sector.
- McNeil Jr., D. G. (2011, 5 juillet). « Senegal: Canadian Company to Help Finance Zinc Supplements for Children », *New York Times*.
- Ministère des Finances du Canada (2008). *Le budget de 2008 : un leadership responsable*, Ottawa (Ont.), Ministère des Finances du Canada.
- Ministère des Finances du Canada (2010). *Le budget de 2010 : Tracer la voie de la croissance et de l'emploi*, Ottawa (Ont.), Ministère des Finances du Canada.
- Ministre de la Justice (1985). *Loi canadienne sur la santé*, Ottawa (Ont.), Gouvernement du Canada.
- Ministre de la Justice (2011). *Loi sur la responsabilité en matière d'aide au développement officielle*, Ottawa (Ont.), Gouvernement du Canada.
- Moe, C. L. et Rheingans, R. D. (2006). « Global challenges in water, sanitation and health », *Journal of Water Health*, vol. 4, suppl. 1, p. 41-57.
- Moreno, E. et Plewes, B. (2007). « Thinking globally? Canadian foundations and trends in international philanthropy », *The Philanthropist*, vol. 21, n° 2, p. 151-168.
- Nsiah-Gyabaah, K. (2004). *Urbanization Processes: Environmental and Health Effects in Africa*, communication présentée au cyberséminaire « Urban Expansion: The Environmental and Health Dimensions ».

- OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (2009). *Taux d'obtention d'un diplôme de l'enseignement tertiaire pour les 25-64 ans*, Paris (France), OCDE.
- Oda, B. J. (2009). « Une nouvelle approche efficace pour l'aide canadienne », Toronto (Ont.), Centre Munk d'études internationales.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève (Suisse), OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*, Copenhague, Danemark, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, recherche présentée lors de la Conférence internationale pour la promotion de la santé : « La démarche vers une nouvelle santé publique », Ottawa (Ont.).
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2008a). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, Genève (Suisse), OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2008b). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 – Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Genève (Suisse), OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2011a). « Déterminants sociaux de la santé ». Consulté en août 2011 à http://www.who.int/social_determinants/fr/.
- OMS (Organisation mondiale de la santé) (2011b). « Soins de santé primaires ». Consulté en août 2011 à http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/.
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2009). « Faits et chiffres mondiaux ». Consulté en août 2011 à http://data.unaids.org/pub/factsheet/2009/20091124_fs_global_fr.pdf.
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA) (2010). *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*, Genève (Suisse), ONUSIDA.
- Oxfam Canada (2005). « Oxfam Canada Signs Huge Deal with CIDA for Sri Lanka Reconstruction ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.oxfam.ca/news-and-publications/news/oxfam-canada-signs-huge-deal-with-cida-for-sri-lanka-reconstruction>.
- Patz, J. A., Campbell-Lendrum, D., Holloway, T. et Foley, J. A. (2005). « Impact of regional climate change on human health », *Nature*, vol. 438, n° 7066, p. 310-317.
- PCSI (Partenaires canadiens pour la santé internationale) et Rx&D (Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada) (2010). Communiqué de presse. Consulté en mai 2011 à <https://www.canadapharma.org/en/documents/20101014-HPIC-NR-AgreementRenewal-FINAL-EN.pdf>.
- Pedersen, D., Errazuriz, C., Kienzler, H., Lopez, V., Sharma, B., Bustamante, I. et al. (2009). *Mid-Term Evaluation Report*, Montréal (Qc), The Trauma and Global Health Program.
- Platts, I. (2011). « Canadian Parliament and CAMR: Opportunity Lost ». Consulté en août 2011 à <http://thepharmaceutical-news.com/canadian-parliament-camr-opportunity-lost>.
- Porter, M. E. et Kramer, M. R. (2011). « The Big Idea: Creating Shared Value », *Harvard Business Review*, janvier-février 2011.
- Prahalad, C. K. (2006). *The Fortune at the Bottom of the Pyramid*, Upper Saddle River (NJ), Wharton School Publishing.
- Premier ministre du Canada (2010). « Le PM annonce la contribution du Canada à l'initiative de Muskoka sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ». Consulté en mai 2011 à <http://www.pm.gc.ca/fra/media.asp?id=3479>.
- Provost, C. (2011). « US Foreign Aid Takes Immediate Cuts, and Further Battles Loom ». Consulté en mai 2011 à <http://www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2011/apr/14/us-foreign-aid-cuts-further-battles>.
- Raphael, D., Curry-Stevens, A. et Bryant, T. (2008). « Barriers to addressing the social determinants of health: Insights from the Canadian experience », *Health Policy*, vol. 88, n° 2-3, p. 222-235.
- Ravishankar, N., Gubbins, P., Cooley, R. J., Leach-Kemon, K., Michaud, C. M., Jamison, D. T. et al. (2009). « Financing of global health: Tracking development assistance for health from 1990 to 2007 », *The Lancet*, vol. 373, n° 9681, p. 2113-2124.

- RBC (Banque Royale du Canada) (2008). « RBC célèbre ses cent ans dans les Antilles en versant des dons considérables pour le traitement des enfants atteints du cancer et pour l'eau potable ». Consulté en août 2011 à <http://www.rbc.com/newsroom/2008/0916-caribbean.html>.
- RechercheNet (2011). « Détails concernant la possibilité de financement ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.researchnet-recherchenet.ca/rnr16/vwOpprtntyDtls.do?resultCount=25&sort=program&prog=1223&masterList=true&view=seedlist&org=CIHR&type=AND&all=1&language=F>.
- Roemer, R., Taylor, A. et Lariviere, J. (2005). « Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 6, p. 936-938.
- Saker, L., Lee, K., Cannito, B., Gilmore, A. et Campbell-Lendrum, D. (2004). *Globalization and Infectious Diseases: A Review of the Linkages*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, au nom du TDR (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases).
- SALIC (Site de l'aménagement linguistique au Canada) (2002). « Les peuples et les langues autochtones ». Consulté en septembre 2011 à http://www.salic-slmc.ca/showpage.asp?file=langues_en_presence/langues_autoch/peuples_autoch&language=fr&updatemenu=true.
- Shah, R., Singer, P. A. et Daar, A. S. (2010). « Science-based health innovation in Tanzania: Bednets and a base for invention », *BMC International Health and Human Rights*, vol. 10, suppl. 1, p. S4.
- Silversides, A. (2009). « Long road to Sprinkles », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 11, p. 1098.
- Singer, P. A., Daar, A. S., Al-Bader, S., Shah, R., Simiyu, K., Wiley, R. E. et al. (2008). « Commercializing African health research: Building life science convergence platforms », *Global Forum Update on Research for Health*, n° 5, p. 143-150.
- Société canadienne pour la santé circumpolaire (2010a). ICCH14. Consulté en septembre 2011 à <http://csch.ca/icch14/>.
- Société canadienne pour la santé circumpolaire (2010b). Année polaire internationale. Consulté en septembre 2011 à <http://www.csch.ca/international-polar-year/>.
- Statistique Canada (2011). « Dons de charité ». Consulté en mai 2011 à <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/famil90-fra.htm>.
- Sullivan, P. (1999). « Canada a prime destination as MDs flee South Africa », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, p. 1615-1616.
- TD Canada Trust, et SEDI (Social and Enterprise Development Innovations) (2010). « TD verse 14,5 millions \$ au SEDI pour soutenir l'éducation financière ». Consulté en août 2011 à <http://www.donovangroup.ca/TDSEDIFR.html>.
- The White House (2010). « Fact Sheet: U.S. Global Development Policy ». Consulté en août 2011 à <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2010/09/22/fact-sheet-us-global-development-policy>.
- Thorsteinsdóttir, H., Daar, A. S., Smith, R. D. et Singer, P. A. (2003). « Genomics—a global public good? », *The Lancet*, vol. 361, n° 9361, p. 891-892.
- TRNEE (Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie) (2009). FRANC NORD : *Adaptation de l'infrastructure du Nord canadien au changement climatique*, Ottawa (Ont.), TRNEE.
- Trois Conseils (Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie et Conseil de recherches en sciences humaines) (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa (Ont.), Trois Conseils.
- U.S. Department of State (2010). « The First Quadrennial Diplomacy and Development Review (QDDR): Leading Through Civilian Power ». Consulté en août 2011 à <http://www.state.gov/s/dmr/qddr/>.
- Université McMaster (2009). « Chamberlain Froese Wins Prestigious Humanitarian Award from Royal College ». Consulté en mai 2011 à http://www.savethemothers.org/file_download/30/STM_McMaster_April_2009.pdf.
- USAID (2010). « Fact Sheet: The U.S. Government's Global Health Initiative ». Consulté en août 2011 à <http://www.usaid.gov/ghi/factsheet.html>.

- USAID (2011). « Grand Challenges for Development ». Consulté en septembre 2011 à <http://www.usaid.gov/grandchallenges/>.
- UToday (2009). « Healthy Child Uganda ». Consulté en mai 2011 à <http://www.ucalgary.ca/news/utoday/april9-09/healthychild>.
- Waldie, P. (2011, 6 janvier). « Soaring Global Food Prices Spark Fears of Social Unrest », *The Globe and Mail*.
- Wasan, E. K., Gershkovich, P., Zhao, J., Zhu, X., Werbovetz, K., Tidwell, R. R. et al. (2010). « A novel tropically stable oral amphotericin B formulation (iCo-010) exhibits efficacy against visceral Leishmaniasis in a murine model », *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 4., n° 12, p. e913.
- World Hunger Education Service (2011). « 2011 World Hunger and Poverty Facts and Statistics ». Consulté en avril 2011 à <http://www.worldhunger.org/articles/Learn/world%20hunger%20facts%202002.htm>.
- Zlotkin, S. H., Schauer, C., Christofides, A., Sharieff, W., Tondeur, M. C. et Hyder, S. M. (2005). « Micronutrient sprinkles to control childhood anaemia », *PLoS Medicine*, vol. 2, n° 1, p. 0024-0028.

Annexe 1: Témoins experts à la réunion du comité d'experts du 7 au 9 décembre 2010

Le comité d'experts sur le rôle stratégique du Canada en santé mondiale a dressé une liste et invité plusieurs experts à venir s'exprimer sur le sujet. Les témoins experts suivants sont ceux qui étaient présents à la réunion du comité d'experts :

- **David Angell**, directeur général, Affaires étrangères et Commerce international Canada, Ottawa (Ont.)
- **Andrea Baumann**, vice-présidente associée, Global Health Office, Université McMaster, Hamilton (Ont.)
- **Michel G. Bergeron**, directeur, Division de microbiologie et Centre de recherche en infectiologie, Université Laval, Québec (Qc)
- **Katherine Bliss**, directrice adjointe et chercheuse principale, Global Health Policy Center, et chercheuse principale, Americas Program, Center for Strategic and International Studies, Washington (DC)
- **Peter Brenders**, directeur général et président du conseil, BIOTECanada, Ottawa (Ont.)
- **Timothy Brewer**, directeur, Global Health Programs, Université McGill, Montréal (Qc)
- **Eva Busza**, agente principale, Unité de planification stratégique, Cabinet du Secrétaire général, Organisation des Nations Unies, New York (NY)
- **David Butler-Jones**, administrateur en chef de la santé publique, Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg (Man.)
- **Jean Chamberlain**, professeure adjointe, Département d'obstétrique et de gynécologie, et directrice, International Women's Health Program, Université McMaster; directrice-fondatrice, Save the Mothers, Ouganda
- **James Chauvin**, directeur, Global Health Programme, et directeur, Développement des politiques, Association canadienne de santé publique; vice-président et président désigné, Fédération mondiale des associations de la santé publique, Ottawa (Ont.)
- **Michael Clarke**, directeur, Recherche pour l'équité en santé, Centre de recherches pour le développement international, Ottawa (Ont.)
- **Nancy Edwards**, directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada, Ottawa (Ont.)
- **Mark Ferdinand**, vice-président, Recherche et analyse en politiques publiques, Rx&D, Ottawa (Ont.)
- **Janet Hatcher Roberts**, directrice générale, Société canadienne de santé internationale, Ottawa (Ont.)
- **Omer Imtiazuddin**, gestionnaire du portefeuille de la santé, Fonds Acumen, New York (NY)
- **Susan Johnson**, directrice nationale, Programmes internationaux et questions humanitaires, Croix-Rouge canadienne, Ottawa (Ont.)
- **Judy Kopelow**, directrice, Strategic Initiatives, Global Health Office, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto (Ont.)

- **Ronald Labonté**, professeur de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ont.)
- **Bridget Lynch**, présidente, Confédération internationale des sages-femmes, Toronto (Ont.)
- **David Morley**, président et directeur général, Aide à l'enfance – Canada, Toronto (Ont.)
- **Vic Neufeld**, professeur émérite, Département de médecine et d'épidémiologie, Université McMaster; coordonnateur national, Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale, Hamilton (Ont.)
- **Shawna O'Hearn**, directrice, Global Health Office, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.)
- **Frank Plummer**, professeur, Département de médecine et de microbiologie médicale, Université du Manitoba; directeur général scientifique, Laboratoire national de microbiologie, Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg (Man.)
- **Maura Ricketts**, directrice, Bureau de la santé publique, Association médicale canadienne, Ottawa (Ont.)
- **Andrew Taylor**, vice-président exécutif, Grands Défis Canada, Toronto (Ont.)
- **Carol Valois**, professeure agrégée, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Qc)
- **Kishor Wasan**, professeur et chercheur universitaire distingué; chaire de recherche IRSC/iCo Therapeutics sur la fourniture de médicaments pour les maladies négligées dans le monde; fondateur de NGDI UBC, Vancouver (C.-B.)
- **June Webber**, directrice, Politiques et leadership, Association des infirmières et des infirmiers du Canada, Ottawa (Ont.)
- **Stan Zlotkin**, professeur, Nutritional Sciences and Paediatrics, Université de Toronto; vice-président, Medical and Academic Affairs, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ont.)

Le comité d'experts a également cherché à recueillir les points de vue de plusieurs autres chercheurs afin de s'assurer qu'il tenait compte des opinions de tous les secteurs et sous-secteurs de la santé mondiale. Il a eu des entretiens téléphoniques ciblés avec les personnes suivantes :

- **Sonia Chehil**, directrice, International Psychiatry, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.)
- **Patricia Garcia**, professeure, École de santé publique, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima (Pérou)
- **Stanley Kutcher**, professeur de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax (N.-É.)
- **Jacques Pépin**, professeur adjoint, Faculté de médecine et de sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Qc)
- **Harvey Skinner**, doyen, Faculty of Health, Université York, Toronto (Ont.)
- **Sylvie Stachenko**, doyenne, School of Public Health, Université de l'Alberta, Edmonton (Alb.)

Annexe 2: Investissements du Canada en santé mondiale

INVESTISSEMENTS ACTUELS DU SECTEUR PUBLIC AU CANADA EN SANTÉ MONDIALE

Le montant total de l'aide au développement pour la santé dans le monde est de 26,87 milliards de dollars US (Ravishankar *et al.*, 2009). Lors de l'analyse des investissements actuels du Canada en santé mondiale, il est apparu clairement au comité d'experts qu'on ne disposait pas d'une source unique de données définitives. Le comité d'experts a donc examiné trois ensembles de données distincts, mais apparentés, émanant des trois sources suivantes :

- le Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
- l'Institute for Health Metrics and Evaluation de l'Université de Washington

- le Groupe de travail pour le G8 de l'Université de Toronto

La Direction de la coopération pour le développement (DCD) de l'OCDE fait un suivi des dépenses de tous les pays membres en aide au développement par l'intermédiaire du DCD-CAD. Le tableau A1 ci-dessous récapitule les dépenses canadiennes en santé de base, en santé générale et en santé des populations.

En 2009, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington a entrepris une étude approfondie des investissements en aide au développement pour la santé de 1990 à 2007. L'étude de l'IHME s'est appuyée sur les données de l'OCDE, mais aussi sur plusieurs autres sources de données indépendantes : des études de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et des rapports annuels et

Tableau A1 Récapitulatif des données de l'OCDE sur les dépenses canadiennes en santé mondiale (en millions de dollars US) (Source : Direction de la coopération pour le développement de l'OCDE, 2011)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Santé générale	28,04	11,84	42,55	27,67	32,83	48,48	114,57	70,58
Santé de base	23,51	52,98	118,19	70,83	258,58	153,44	418,62	293,61
Total - Santé	51,55	64,82	160,74	98,50	291,41	201,92	533,19	364,19
Santé des populations / santé de la reproduction			26,69	152,45	43,41	48,26	93,15	65,05
Total (avec la santé des populations)			187,43	250,95	334,82	250,18	626,34	429,24

« La définition d'aide à la santé du CAD englobe la 'santé de base' et la 'santé en général'. Le premier élément recouvre les soins de santé de base, l'infrastructure de santé de base, la nutrition de base, la lutte aux maladies infectieuses, l'éducation sanitaire et le perfectionnement du personnel de santé. Le second élément recouvre la politique, la planification et les programmes du secteur de la santé, l'enseignement, la formation et la recherche médicale et les services médicaux (autres que de base). Les politiques/programmes démographiques et la santé reproductive ont formé un secteur distinct à partir de 1996 » (CAD de l'OCDE, 2011b).

Tableau A2 Récapitulatif des données de l'IHME sur les dépenses canadiennes en santé mondiale
(en millions de dollars US)
Source: Ravishankar *et al.*, 2009

Pays/région	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Canada	147	243	308	380	515	438	559

financiers de la Banque mondiale; des bases de données sur des projets des banques régionales de développement comme la Banque africaine de développement et la Banque asiatique de développement; une étude des rapports et des déclarations fiscales des agences de bénévoles de l'United States Agency for International Development (USAID); et une étude des subventions et des contributions de fondations américaines, dont la Fondation Bill and Melinda Gates. L'IHME affirme que ses données tiennent compte « de tous les canaux importants du privé et du public pour l'aide au développement destinée à améliorer les résultats pour la santé et à renforcer les systèmes de santé dans les pays à revenu faible ou moyen » (Ravishankar *et al.*, 2009). Le tableau A2 fournit un récapitulatif des données de l'IHME pour le Canada.

Enfin, le Groupe de travail pour le G8 de l'Université de Toronto a également examiné de façon approfondie les dépenses et les engagements du Canada en santé mondiale avant le sommet du G8 de 2009. Ses résultats globaux sont les suivants :

2007-2008 (montant réel)	634,08 millions de dollars
2008-2009 (montant prélim.)	740,15 millions de dollars

Au lieu d'élaborer sa propre définition, le Groupe de travail pour le G8 a mis en évidence toutes les composantes importantes du tableau du CAD de l'OCDE et complété ces données en y ajoutant des données sur les dépenses en santé mondiale de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (MAECI).

Il est intéressant de noter que, même si les trois méthodologies s'appuient dans une large mesure sur les données du CAD de l'OCDE, les trois analyses ne produisent pas de résultats cohérents, que ce soit pour l'année 2007-2008 ou pour les périodes antérieures incluses dans les deux premières. Étant donné la précision de l'application des méthodologies, il est inquiétant de constater que les résultats vont de 559 millions de dollars (selon l'IHME, chiffre qui inclut en théorie les investissements du secteur privé) à 626,34 millions de dollars (selon l'OCDE, chiffre qui inclut les investissements en santé des populations, mais exclut le secteur privé), puis à 634,08 millions de dollars (Groupe de travail pour le G8 de l'Université de Toronto, chiffre qui inclut les investissements dans l'eau, l'hygiène, les services sociaux de base et l'aide alimentaire, qui sont tous considérés comme des investissements en santé mondiale par l'ACDI).

Il vaut également la peine de noter qu'aucune de ces méthodologies ne tient compte des investissements provinciaux en santé mondiale et que la seule source qui fournisse des mises à jour plus ou moins régulièrement est l'OCDE.

Sigles et abréviations

ACDI	Agence canadienne de développement international
ACSS	Académie canadienne des sciences de la santé
APCI	Années perdues pour cause d'incapacité
API	Année polaire internationale
APVP	Années potentielles de vie perdues
ARV	Antirétroviral
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ACSP	Association canadienne de santé publique
AUCC	Association des universités et collèges du Canada
AVCI	années de vie corrigées du facteur invalidité
BiH	Bosnie-Herzégovine
CAD	Comité d'aide au développement (OCDE)
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement
CCR	Centre communautaire de réadaptation
CCRSM	Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale
CIARC	Centre international pour l'avancement de la réadaptation communautaire
CITAV	Consortium international sur les antiviraux
CRDI	Centre de recherches pour le développement international
CRI	Centre de recherche en infectiologie
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie
CSIS	Center for Strategic and International Studies (États-Unis)
CUGH	Consortium of Universities for Global Health
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft (Allemagne)
FCI	Fondation canadienne pour l'innovation
FID	Fonds d'innovation pour le développement
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GDC	Grands Défis Canada
GHEC	Global Health Education Consortium
GHI	Global Health Initiative

GSK	GlaxoSmithKline
GTSR	Groupe de travail pour la stabilisation et la reconstruction
HAART	Traitement antirétroviral hautement actif
ICHR	Institute for Circumpolar Health Research
ICID	International Centre for Infectious Diseases
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IM	Initiative pour les micronutriments
INIHKD	International Network of Indigenous Health Knowledge and Development
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IOM	Institute of Medicine (États-Unis)
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSM	Initiative de recherche en santé mondiale
ISA	Institut de la santé des Autochtones
IUCH	Union internationale pour la santé circumpolaire
JCB	Centre conjoint de bioéthique
MAECI	ministère des Affaires étrangères et du Commerce international
MSF	Médecins Sans Frontières
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PME	Petites et moyennes entreprises
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRE	Pays à revenu élevé
PREVENT	Pan-Provincial Vaccine Enterprise
PRFM	Pays à revenu faible ou moyen
PUCD	Partenariats universitaires en coopération et développement
RBC	Banque Royale du Canada
RI	Rendement des investissements
RMISP	Réseau mondial d'information en santé publique
RNB	Revenu national brut
RSE	Responsabilité sociale d'entreprise
SAEC	Synthèse, application et échange de connaissances
SCSI	Société canadienne de santé internationale
SSP	Soins de santé primaires
TGH	Trauma and Global Health Program
USAID	Agence américaine pour le développement international

