




CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research
Instituts de recherche en santé du Canada

Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète

Plan stratégique
2010-2014



Instituts de recherche en santé du Canada
160 rue Elgin, 9e étage
Indice de l'adresse 4809A
Ottawa (Ontario) K1A 0W9

CIHR Institute of Nutrition Metabolism, and Diabetes
University of Toronto
Banting Building, Room 207L
100 College St., Toronto, ON M5G 1L5

Plans de conception graphique: Sarah Sims

© Sa Majesté la Reine en Chef du Canada (2010)
Cat. No.: MR1-26/2010F-PDF
Isbn: 978-1-100-94563-7

TABLE DES MATIÈRES

Message du directeur scientifique	2
Les Instituts de recherche en santé du Canada	4
Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète	7
Priorité stratégique - <i>Alimentation et santé</i>	8
Priorité stratégique - <i>Environnements, gènes et maladies chroniques</i>	9
Priorité stratégique - <i>Continuum des soins</i>	10
Priorité stratégique - <i>Obésité et le poids corporel sain: La recherche de solutions</i>	12
Principes fondamentaux	14
Perspectives d'avenir	15
ANNEXE 1: Approche de planification stratégique	16
ANNEXE 2: Équipe de gestion de l'INMD	19
ANNEXE 3: Conseil consultatif de l'INMD	20
Références	23

MESSAGE DU DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

C'est avec beaucoup d'enthousiasme que je présente le nouveau plan stratégique actualisé de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ce plan expose une vue d'ensemble des activités stratégiques de l'INMD au cours des cinq prochaines années, soit de 2010 à 2014. Les priorités stratégiques orienteront la façon dont l'INMD utilisera ses ressources durant cette période et fournira des possibilités de créer de nouveaux partenariats et des alliances stratégiques afin d'améliorer et de mettre à contribution notre capacité de financer des travaux de recherche ciblés.

Le mandat de l'INMD est vaste et couvre un éventail de maladies et de problèmes associés aux hormones, au système digestif, aux reins et au foie. Le régime alimentaire est lié à un bon nombre de maladies chroniques qui contribuent, dans une large part, au fardeau économique de la maladie au Canada. Les maladies chroniques visées par le mandat de l'INMD comptent parmi les maladies les plus coûteuses pour la population canadienne, sur les plans tant économique que social.


L'excellence dans la recherche en santé constitue la raison d'être des IRSC. Ce nouveau plan stratégique donne la possibilité à l'INMD de tirer parti de ses réalisations en appuyant l'excellence en recherche au Canada, dans le domaine de l'obésité et du poids santé, tout en continuant à s'attaquer à certains des plus grands problèmes de santé qui touchent actuellement les Canadiens. Les nouvelles priorités permettent à l'INMD de contribuer au succès global des IRSC dans l'atteinte des orientations stratégiques établies dans leur récent plan stratégique intitulé L'innovation au service de la santé - De meilleurs soins et services par la recherche.



Avoir un plan stratégique permet aux instituts de concentrer leurs efforts sur des priorités de recherche particulières, ce qui idéalement renforce la capacité de recherche tout en générant et en mettant en application de nouvelles connaissances pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. En circonscrivant notre champ d'action, nous risquons de perdre certains partenaires qui pourraient se sentir exclus si leurs intérêts particuliers en recherche ne correspondent pas aux priorités de recherche établies. En augmentant le nombre de priorités de recherche stratégiques de l'INMD, qui passe d'une à quatre, je désire envoyer aux milieux de recherche un message clair et sans équivoque : nous voulons être ouverts et sensibles aux besoins de nos commettants et de nos intervenants.

Je m'engage à évaluer l'impact du financement de la recherche ciblée appuyé par l'INMD au fur et à mesure que le plan stratégique sera mis en œuvre. Les membres du conseil consultatif de l'Institut se rencontreront régulièrement pour discuter de nos progrès, pour s'assurer que l'application du plan stratégique mis à jour est sur la bonne voie et pour veiller à ce que l'INMD réponde adéquatement aux nouveaux besoins.

Je désire remercier tous ceux qui ont contribué à ce plan stratégique, en particulier le conseil consultatif et le personnel de l'INMD. J'ai hâte de rencontrer les partenaires potentiels afin de discuter des possibilités de collaboration pour la mise en œuvre de ce nouveau plan stratégique. Je suis persuadé que, grâce à ces priorités stratégiques, l'INMD continuera de contribuer grandement à la réalisation de l'objectif des IRSC qui est d'améliorer la santé de la population canadienne.



Philip M. Sherman, M.D., FRCPC



INTRODUCTION ET CONTEXTE

Les Instituts de recherche en santé du Canada

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont le principal organisme fédéral responsable du financement de la recherche en santé au Canada. Les IRSC, qui ont été fondés en vertu de la Loi sur les IRSC adoptée en juin 2000, sont composés de 13 instituts virtuels dont le mandat est d'appuyer la recherche en santé dans quatre principaux secteurs :

- biomédical;
- clinique;
- systèmes et services de santé;
- santé des populations et santé publique.

Chaque institut est dirigé par un directeur scientifique qui est aidé par son conseil consultatif d'institut (CCI). Les CCI sont constitués de représentants nationaux et internationaux provenant des secteurs public, privé et sans but lucratif, dont des chercheurs et des professionnels de la santé. Les instituts rendent compte au président et au conseil d'administration des IRSC ainsi qu'au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé.

Les IRSC ont été créés afin de transformer la recherche en santé au Canada de la façon suivante :

- financer davantage la recherche dans des secteurs prioritaires ciblés;
- renforcer les capacités de recherche dans des secteurs sous-développés tels que la santé des populations et les services de santé;
- former la prochaine génération de chercheurs en santé et;
- axer les efforts sur l'application des connaissances afin de transformer les résultats de la recherche en politiques, pratiques, procédures, produits et services.

Le mandat des IRSC est d'exceller, selon les normes internationales reconnues d'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada.

Pour garantir à la population canadienne que leur investissement dans la recherche en santé est utilisé à bon escient, les IRSC adoptent des valeurs qui influent sur tous les aspects des activités de l'organisation et de ses relations avec les autres. Ces valeurs de base fournissent le cadre essentiel au plan stratégique de l'INMD et sont énumérées ci-dessous :

- **Excellence** – Dans tous les aspects des travaux entrepris, incluant la recherche, l’application des connaissances et les services organisationnels, les IRSC s’efforcent de respecter les normes internationales d’excellence les plus élevées.
- **Intégrité scientifique et éthique** – Les IRSC maintiennent et encouragent le respect de principes pertinents en matière d’organisation et de recherche, et ce, avec l’honnêteté, la probité et le professionnalisme les plus rigoureux. Selon les IRSC, l’excellence de la recherche, l’application des connaissances et la bonne gouvernance exigent l’élaboration et l’application de processus et de principes éthiques solides.
- **Collaboration** – Les IRSC stimulent, encouragent et valorisent la collaboration entre chercheurs au Canada et à l’étranger. Ils entreprennent des activités de recherche, y collaborent et les coordonnent avec les gouvernements et les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, des organismes sans but lucratif et le secteur privé. Dans leurs relations avec tous leurs chercheurs et partenaires, les IRSC sont guidés par des principes d’ouverture, de responsabilité, d’équité et de respect mutuel. Les IRSC ne peuvent remplir leur mandat sans la collaboration et le soutien de leurs partenaires au pays et à l’étranger.
- **Innovation** – Les IRSC valorisent les nouvelles idées et les approches créatrices visant à examiner les difficultés liées à la santé et au système de santé au Canada et partout dans le monde.
- **Bien public** – l’intérêt du public dans la création et l’utilisation de connaissances en matière de santé est d’une importance primordiale au cours de la recherche et des activités connexes appuyées par les IRSC.

En octobre 2009, les IRSC ont divulgué leur nouveau plan stratégique. Le document s’intitule *L’innovation au service de la santé - De meilleurs soins et services par la recherche* et précise les orientations stratégiques que les IRSC entendent suivre au cours des cinq prochaines années. En voici les orientations :

1. Investir dans l’excellence mondiale
2. S’attaquer aux priorités de recherche sur la santé et les services de santé
3. Profiter plus rapidement des avantages de la recherche pour la santé et l’économie
4. Favoriser l’excellence organisationnelle, promouvoir l’éthique et démontrer l’impact

INSTITUT DE LA NUTRITION, DU MÉTABOLISME ET DU DIABÈTE

L'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD) a pour **mandat** d'appuyer la recherche visant à améliorer la santé relativement au régime alimentaire, aux fonctions digestives, à l'excrétion et au métabolisme, ainsi qu'à étudier les causes, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les systèmes de soutien et les soins palliatifs pour un large éventail de maladies et de problèmes liés aux hormones, à l'appareil digestif et aux fonctions rénales et hépatiques.

La **vision** de l'INMD est de faire du Canada un chef de file dans la création de connaissances au profit de tous les Canadiens et de la collectivité mondiale grâce à la recherche en santé ciblant le régime alimentaire, la digestion, l'excrétion et le métabolisme.

Contrairement aux douze autres instituts des IRSC, l'INMD s'est attaqué à une seule priorité stratégique depuis sa création. Le premier plan stratégique de l'Institut, diffusé en 2002, décrivait les buts et les objectifs initiaux de la priorité stratégique de l'INMD : l'obésité et le poids santé. Selon l'évaluation à mi-mandat de l'INMD réalisée en 2005, il est ressorti que le choix d'une priorité unique était propre à l'INMD et que, même si la plupart des intervenants appuyaient la décision de se concentrer sur cette priorité, d'autres étaient d'avis que certains milieux pouvaient s'être sentis exclus par ce choix.

Bien qu'une étude d'impact soit en cours pour évaluer le succès de cette approche, on peut affirmer que la priorité unique sur laquelle l'INMD s'est concentré depuis 2002 a fait augmenter la capacité de recherche



sur l'obésité. Selon les données provenant d'une analyse bibliométrique commandée par l'INMD, le nombre d'articles revus par des pairs publiés par des chercheurs financés par les IRSC a considérablement augmenté de 1998 à 2007.

En 2008, le conseil consultatif de l'INMD a entrepris une analyse de l'environnement afin de définir les futures orientations et priorités de recherche de l'Institut. Le sondage réalisé en ligne avait pour but de recueillir les points de vue des chercheurs et des intervenants afin de guider les futures orientations et priorités stratégiques de l'Institut. En tout, 645 chercheurs ont répondu au sondage. Malgré la variété de perspectives offertes par les répondants lors du sondage concernant leur opinion sur l'obésité en tant que future priorité unique de l'INMD, la majorité était d'avis que l'INMD devrait conserver l'obésité et le poids santé comme priorité, tout en faisant de la place à d'autres priorités.



PRIORITÉ STRATÉGIQUE

Alimentation et santé

L'INMD se propose de renforcer les assises scientifiques des futures pratiques nutritionnelles et politiques en matière d'alimentation. Nous favoriserons la recherche sur l'alimentation totale et les nutriments particuliers afin d'améliorer la santé et de réduire le risque de maladie chronique. Cela comprend, par exemple, l'évaluation de biomarqueurs de la suffisance nutritionnelle, les innovations du génie alimentaire et les enjeux éthiques posés par de tels changements, particulièrement en ce qui concerne les personnes vulnérables.

Contexte / raisonnement :

De nombreuses organisations concernées par la santé et les maladies s'intéressent de plus en plus au rôle de la nourriture et de la nutrition, des nutriments, des composants alimentaires et des habitudes alimentaires dans la prévention et le traitement des maladies chroniques à l'origine de la morbidité et de la mortalité prématurées^{1,2}.

Il a été dit que les maladies chroniques non transmissibles sont principalement responsables du fardeau des maladies et des incapacités, dans presque tous les pays du monde. Comme l'ont démontré de grandes initiatives dans le domaine de la santé, il faut de toute urgence consacrer davantage de ressources et d'attention à ces maladies et faire plus de recherche dans ce domaine. L'inaction entraîne des milliers de décès prématurés dans le monde³.

Au Canada, les maladies chroniques, dont le diabète et ses complications, les maladies du système digestif, les maladies cardiovasculaires et les cancers sont en grande partie responsables du fardeau des maladies.

Au cours des dix dernières années, on a constaté une augmentation phénoménale de documents scientifiques portant sur les aliments et la nutrition et les maladies chroniques. Toutefois, en ce qui concerne les aliments et la santé, beaucoup de questions de recherche demeurent sans réponse. Dans presque tous les cas, ces questions doivent être abordées sous différents angles. Ceux-ci incluent mais ne se limitent pas à :

- la physiologie de base, le métabolisme, et les mécanismes homéostatiques (p. ex. la croissance des vaisseaux lymphatiques en réponse à un apport de sel, la formation de gouttelettes de lipides);
- la recherche clinique concernant les aliments et la nutrition, les besoins nutritifs, et le maintien de la santé (p.ex. recherche interventionnelle sur les micronutriments) et;
- la recherche sur les politiques en matière d'aliments et de nutrition à l'échelle de la population (p. ex. la réduction du sodium, l'enrichissement alimentaire, les aliments fonctionnels, la sécurité des aliments).

Cette priorité stratégique vise d'abord à favoriser la recherche sur l'alimentation et la santé qui permettra d'améliorer l'état nutritionnel de la population, de réduire la morbidité liée aux maladies chroniques et d'élaborer des politiques et des pratiques fondées sur des données probantes.



PRIORITÉ DE RECHERCHE STRATÉGIQUE

Environnements, gènes et maladies

L'INMD reconnaît l'influence des gènes et de l'environnement sur le développement des maladies chroniques. Nous favoriserons l'acquisition de connaissances sur les variations phénotypiques des maladies rares et complexes, les interactions avec le microbiome humain et les conséquences des changements à l'environnement naturel et bâti sur la santé.

Contexte / raisonnement :

Le mandat de l'INMD porte à la fois sur des maladies extrêmement rares et sur des maladies très courantes de l'intestin, du système génito-urinaire, du foie et du système endocrinien. Ces maladies compromettent gravement la qualité de vie des Canadiens touchés et entraînent des coûts immenses pour le système de soins de santé et l'économie du Canada.

Au cours de la dernière décennie, des percées scientifiques ont permis de comprendre les prédispositions génétiques et la biologie d'un grand nombre de maladies polygéniques visées par le mandat de l'INMD, notamment la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le diabète, la maladie polykystique des reins, et les troubles du métabolisme des lipides. Toutefois, il subsiste toujours des lacunes importantes dans les connaissances sur l'effet des modificateurs génétiques et des microenvironnements locaux sur le phénotype de la maladie, l'évolution clinique de la maladie et la variabilité dans l'expression de la maladie chez des sujets génétiquement prédisposés. Chercher des réponses à de telles questions de recherche permettrait de réduire le fardeau des maladies, courantes et rares, d'améliorer la qualité de vie des patients atteints et de

réduire les iniquités dans les soins de santé aux populations vulnérables.

Les avancées en recherche qui permettent de mieux comprendre la biologie de maladies rares chez les humains et d'optimiser les soins aux personnes atteintes ont des retombées très positives sur la qualité de vie. L'expérience a aussi démontré clairement que la recherche ciblée a souvent un impact plus grand qui influe sur la santé de la population en général. Par exemple, la recherche portant sur les bases génétiques de la maladie de Tangier, une maladie rare, a permis de mieux comprendre le mécanisme des lipides. S'appuyant sur cette découverte, les chercheurs ont tenté ensuite de mettre au point de nouvelles interventions pour prévenir l'athérogénèse et ses complications (maladie cardiovasculaire et accident vasculaire cérébral) dans la population en général.

Lors d'une consultation, les intervenants de partout au Canada nous ont donné une multitude d'exemples de questions pouvant être abordées dans le cadre de cette priorité :

- améliorer la base de connaissances sur les environnements naturels et les environnements bâtis en ce qui concerne la pathobiologie des maladies chroniques, tant courantes que rares.
- appuyer la recherche qui évalue le rôle des environnements sur les maladies chroniques (p. ex. maladies intestinales inflammatoires, syndrome métabolique).
- faire progresser la recherche sur les maladies rares, en comprenant que cette approche contribue en fin de compte à améliorer la santé de tous les Canadiens.



PRIORITÉ STRATÉGIQUE

Continuum des soins

L'INMD désire améliorer la santé des personnes atteintes d'une maladie chronique ainsi que les services de santé qui leur sont offerts en favorisant la recherche sur l'accès aux soins appropriés, notamment la prévention et le traitement. Nous appuierons la recherche sur de nouvelles approches pour la prévention et le traitement des maladies chroniques (p. ex. coordination des secteurs de soins primaires et spécialisés), porterons une attention particulière sur les transitions entre les différents aspects du continuum d'âge et des soins, et ferons avancer la recherche portant sur la réforme des soins de santé, les lacunes dans le système de soins de santé et les populations prioritaires.

Contexte / raisonnement :

On peut définir le continuum des soins comme l'éventail des services de santé qui, pendant le cycle de la vie, vont des soins primaires (y compris la prévention), secondaires et tertiaires en établissement jusqu'aux services communautaires et à domicile qui favorisent le maintien de la santé, la réadaptation et les soins palliatifs en fin de vie⁴.

L'INMD appuiera la création de connaissances en ce qui concerne cette priorité :

- en mettant au point de nouvelles approches pour prévenir et traiter les maladies chroniques, principalement le diabète ainsi que les maladies du rein et du système digestif;
- en optimisant la coordination entre les spécialistes et les fournisseurs de soins primaires;
- en réduisant les écarts tout au long du continuum des soins et de la vie.

Le système de soins de santé du Canada fait face à des défis cruciaux, notamment la capacité limitée en raison du vieillissement de la population et de la prévalence accrue des maladies chroniques. Ces défis relèvent précisément du mandat de l'INMD dans le domaine du diabète et des maladies du rein et du système digestif, et sont conformes à la nouvelle Stratégie de recherche axée sur le patient des IRSC.

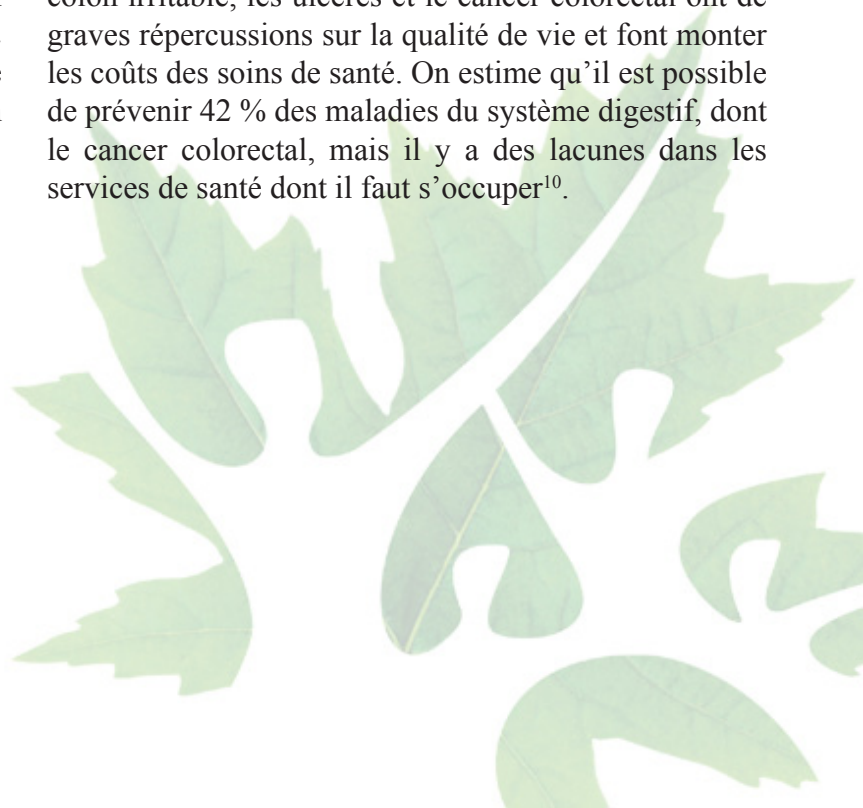


Le nombre croissant de cas d'obésité, les modes de vie sédentaires, le vieillissement de la population, et les changements dans le mélange ethnique des nouveaux immigrants continueront de faire augmenter la prévalence du diabète au Canada. Le fardeau économique du diabète au Canada devrait atteindre environ 12,2 milliards de dollars en 2010, mesuré en dollars constants de 2005. Le coût direct du diabète représente environ 3,5 % des dépenses pour les soins de santé du Canada et cette proportion continuera d'augmenter puisque l'on prévoit une augmentation des cas de diabète au Canada. Les frais médicaux des personnes atteintes de diabète peuvent être jusqu'à trois fois plus élevés que ceux des personnes non diabétiques⁵. De plus, les cas de diabète sont de 3 à 5 fois plus nombreux dans la population autochtone que dans la population non autochtone⁶.

Il faut investir dans la recherche sur les services de santé appropriés et l'accès à ces services en temps opportun, l'éducation et sur les fournitures et dispositifs qui aident les diabétiques à prendre en charge leur maladie plus efficacement. Bien qu'il y ait une prédisposition génétique pour le diabète, on estime que plus de 50 % des cas de diabète de type 2 pourraient être retardés – ou même prévenus – par de bonnes habitudes alimentaires et une augmentation de l'activité physique⁷.

Bien que moins de 0,1 % des Canadiens soient au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR), les coûts directs pour les soins de santé attribuables à cette maladie s'élevaient à 1,3 milliard de dollars, en 2000. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, parmi le nombre de cas d'insuffisance rénale (STIR) nouvellement diagnostiqués, on a constaté une augmentation de 114 % en dix ans du nombre de patients également atteints de diabète; en effet, ce nombre qui était de 1 066 en 1995 est passé à 2 139 en 2004⁸. Ces données font ressortir la nécessité de mettre au point des approches novatrices pour la prévention, le dépistage précoce et le traitement du STIR, et pour le traitement à long terme des maladies rénales.

Le fardeau économique lié aux maladies du système digestif est aussi considérable. En effet, en ce qui a trait aux coûts directs de la maladie au Canada, ces maladies se classaient au cinquième rang en 2000⁹. Les coûts directs comprennent les coûts engagés pour les soins à l'hôpital, les médicaments, les honoraires des médecins, les soins dans d'autres établissements et toutes les dépenses additionnelles pour les soins de santé. Parmi les maladies du système digestif, mentionnons que le syndrome du côlon irritable, les ulcères et le cancer colorectal ont de graves répercussions sur la qualité de vie et font monter les coûts des soins de santé. On estime qu'il est possible de prévenir 42 % des maladies du système digestif, dont le cancer colorectal, mais il y a des lacunes dans les services de santé dont il faut s'occuper¹⁰.



PRIORITÉ STRATÉGIQUE

Obésité et le poids corporel sain: La recherche de solutions

L'INMD veut appuyer la recherche sur les interventions axées sur des solutions pour combattre l'obésité, et ce, sur les plans clinique, des politiques de santé et de la santé des populations. Nous encouragerons la recherche sur les populations prioritaires (p. ex. les enfants, les Autochtones et les personnes souffrant d'obésité morbide) et mettrons l'accent sur l'application des connaissances pour améliorer les moyens de prévention ainsi que les stratégies de maîtrise du poids.

Contexte / raisonnement :

L'obésité continue de représenter un problème de santé publique pressant au Canada. En 2004, près d'un quart des Canadiens adultes, ou 5,5 millions de personnes de 18 ans et plus, étaient considérés obèses alors qu'une autre tranche de la population (36 %) ou 8,6 millions de personnes faisaient de l'embonpoint¹¹. Selon des données observées aux États-Unis, si rien n'est fait pour lutter contre l'obésité, ses effets négatifs sur la santé de la population américaine l'emporteront sur les effets positifs associés à l'abandon du tabagisme. Si l'on

ne fait rien contre l'augmentation constante du nombre de cas d'obésité, on pourrait voir disparaître les gains réalisés dans le domaine de la santé depuis le début du 20^e siècle¹².

Cette priorité tire parti du plan stratégique précédent de l'INMD et des investissements des IRSC. L'INMD a commandé une analyse bibliométrique sur la recherche dans le domaine de l'obésité au Canada et a constaté une augmentation des publications entre 1998 et 2007. En effet, le nombre des publications sur l'obésité est 2,6 fois plus élevé, celui des publications canadiennes sur l'obésité 3,7 fois plus élevé et celui des publications sur l'obésité faites par des chercheurs financés par les IRSC 4,4 fois plus élevé¹³.

Grâce à la vigueur du milieu de la recherche sur l'obésité au Canada, les IRSC ont financé huit fois plus de projets de recherche évalués par des pairs. Compte tenu de la force et de la taille relatives du milieu de la recherche biomédicale fondamentale au Canada, la majorité du financement a appuyé la recherche visant à comprendre le mécanisme causal et les conséquences de l'obésité. Nous reconnaissons qu'il y a encore d'importantes



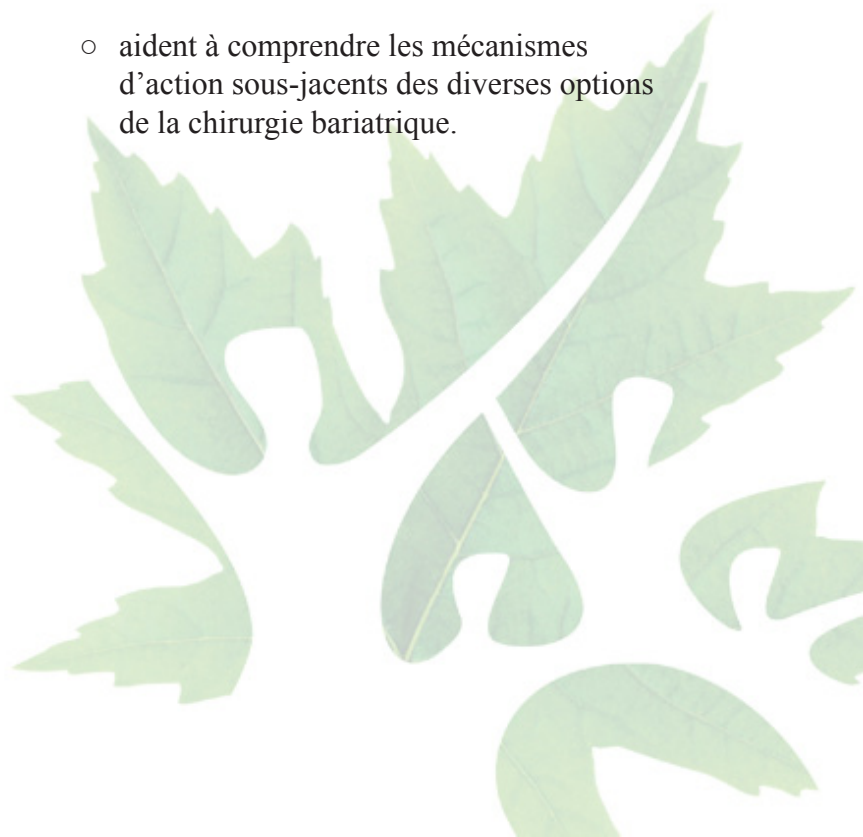
questions de recherche fondamentale qui doivent être résolues. Ces types de propositions conviennent bien aux concours ouverts des IRSC. Les IRSC ont toujours appuyé et continueront d'appuyer fortement la recherche axée sur la découverte.

Selon les Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants¹⁴, le niveau et la qualité des données probantes pour diverses interventions sont très faibles. Pour de nombreuses recommandations en ce qui a trait à la prévention, les données probantes étaient faibles ou inexistantes. Les praticiens, les gouvernements, et le public cherchent des moyens efficaces pour traiter l'embonpoint et l'obésité et favoriser le poids santé. Il faut faire plus de recherche pour définir des stratégies plus efficaces et efficaces visant à prévenir et à traiter l'obésité. Il s'agit d'un domaine de recherche que l'INMD peut appuyer pour avoir un impact positif sur la santé de la population canadienne.

Nos commettants nous ont fortement conseillé d'appuyer la recherche axée sur des solutions, tant à l'échelle des individus qu'à celle des populations. Les gouvernements, les organismes non gouvernementaux (ONG) et les professionnels de la santé s'entendent de plus en plus sur la nécessité de faire davantage de recherche pour aider les enfants à maintenir un poids santé, trouver des approches adaptées à la culture des Autochtones et élaborer des stratégies afin de répondre plus efficacement aux besoins en matière de santé des personnes aux prises avec une obésité morbide. Les organismes de santé publique, les gouvernements et les ONG entreprennent des travaux à grande échelle pour répondre aux besoins de la population en général et des populations prioritaires en particulier.

L'INMD appuiera la création de connaissances en ce qui concerne cette priorité de recherche :

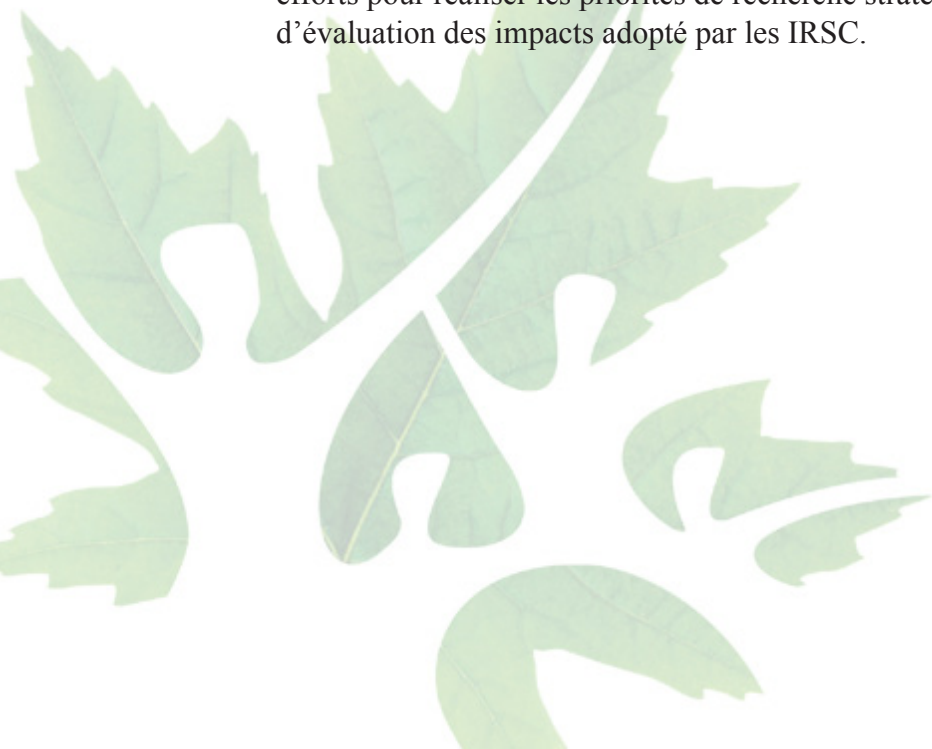
- en mettant l'accent sur les solutions pour promouvoir le poids santé au niveau de la population (p. ex. approches en milieu scolaire, recherche interventionnelle).
- en se concentrant sur des interventions pour la prévention et la prise en charge de l'obésité conformes à la Stratégie de recherche axée sur le patient des IRSC qui :
 - évaluent les résultats des services de traitement spécialisés;
 - fournissent une analyse comparative des résultats cliniques pour les interventions chirurgicales bariatriques;
 - aident à comprendre les mécanismes d'action sous-jacents des diverses options de la chirurgie bariatrique.



PRINCIPES FONDAMENTAUX

Les priorités stratégiques de l'INMD s'appuieront sur les principes fondamentaux suivants :

- **Excellence scientifique par les partenariats** – L'INMD fera participer des partenaires et coordonnera des partenariats au Canada et à l'étranger. Pour promouvoir nos priorités de recherche stratégiques, nous mettrons à contribution les possibilités de partenariat avec les autres instituts des IRSC, les gouvernements, les organismes bénévoles de santé, le secteur privé et les intervenants internationaux.
- **Éthique** – Tout comme les IRSC, l'INMD croit que l'excellence de la recherche, l'application des connaissances et la bonne gouvernance exigent l'élaboration et l'application de processus et de principes éthiques solides. L'INMD fera mieux connaître les enjeux éthiques inhérents à la recherche correspondant à son mandat et soutiendra une grande variété de recherches sur les dimensions éthiques de ses priorités de recherche stratégiques.
- **Capacité** – En collaboration avec ses nombreux partenaires, l'INMD s'efforcera de soutenir adéquatement les efforts pour attirer et retenir les chercheurs de talent, en appui à la promotion de ses priorités de recherche stratégiques.
- **Application des connaissances** – L'INMD contribuera à l'exécution du rôle des IRSC en matière d'application des connaissances en favorisant la dissémination et l'application de nouvelles connaissances issues de la recherche sur les priorités stratégiques de l'INMD.
- **Évaluation** – L'INMD contribuera à la priorité stratégique globale des IRSC, qui consiste à démontrer l'impact par la surveillance et l'évaluation des répercussions des efforts pour réaliser les priorités de recherche stratégiques, en se fondant sur le cadre d'évaluation des impacts adopté par les IRSC.



PERSPECTIVES D'AVENIR

Le présent plan décrit les priorités stratégiques de l'INMD pour les cinq prochaines années. Les orientations qu'il contient guideront les activités futures de l'Institut, les possibilités de financement et les initiatives d'application des connaissances.

Au cours des prochains mois, un plan de mise en œuvre et d'évaluation détaillé sera élaboré avec le conseil consultatif de l'Institut. Les IRSC ont pour mandat de créer de nouvelles connaissances et de les appliquer en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada. L'INMD élaborera un plan d'évaluation exhaustif pour mesurer les résultats et démontrer l'impact.



ANNEXE 1

APPROCHE DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

Principes :

- Faire preuve de transparence
- Faire participer les intervenants clés et les milieux de recherche
- Être conséquent et équitable en travaillant avec les milieux de recherche
- Faire en sorte que l'INMD appuie le mandat des IRSC
- Établir des liens entre l'INMD et d'autres instituts
- S'appuyer sur les réalisations de l'INMD

Méthodologie :

Analyse de l'environnement de l'INMD, 2008

En juillet 2008, l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète (INMD) a effectué un sondage en ligne auprès des chercheurs et d'autres intervenants clés dans le cadre d'une analyse de l'environnement sur les priorités en ce qui concerne la recherche et l'application des connaissances. Dans ce sondage, les répondants (N = 645) devaient faire un choix à partir de huit domaines thématiques et répondre à une série de questions communes dans chaque domaine choisi. Les répondants du sondage étaient d'avis que l'obésité et le poids santé étaient toujours aussi importants, mais ils ont recommandé que l'INMD élargisse ses priorités stratégiques.

Sommaire d'un examen de haut niveau des priorités d'investissement des organismes de financement actifs dans le même domaine

En vue de sa planification stratégique, l'INMD a commandé une étude pour donner un aperçu des priorités d'investissement des organismes de financement actifs dans le même domaine. Cet examen a fourni un très bon aperçu des priorités stratégiques en matière d'investissement en recherche, des activités et des futures possibilités d'investissement en recherche définies par un grand nombre d'organisations nationales et internationales poursuivant des objectifs similaires à ceux du mandat de l'INMD. L'étude portait uniquement sur des données accessibles au public; par conséquent, elle ne fournit pas un tableau complet de la situation du financement.

Consultation des groupes d'intervenants

De mai à octobre 2009, nous avons consulté de nombreux intervenants lors des sommets de planification stratégique de l'INMD.

Afin de maximiser les possibilités de rencontre avec les chercheurs et les autres intervenants tout en limitant les dépenses, l'INMD a décidé dès le début de rencontrer les intervenants à l'occasion de réunions scientifiques et de conférences où ils étaient déjà réunis. Voici certains de ces événements et/ou des organismes concernés :

- Société canadienne des sciences de la nutrition/Société canadienne de nutrition clinique
- Semaine des maladies digestives
- Conférence de l'Association canadienne de santé publique
- Conférence canadienne sur les lipoprotéines
- Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme
- Congrès mondial sur le diabète/Fédération internationale du diabète
- Obesity Society (É.-U.)

L'INMD a aussi rencontré de nombreux intervenants lors de consultations ou de réunions de moindre envergure avec les groupes suivants :

- Groupe fédéral/provincial/territorial (F/P/T) sur la nutrition
- Groupe d'experts en contrôle et en prévention des maladies chroniques (F/P/T)
- Portefeuille fédéral de la santé (Santé Canada, Agence de santé publique du Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits) - Nutrition
- Société canadienne de néphrologie – réunion du conseil exécutif

En tout, 200 intervenants ont participé à un sommet de planification stratégique ou à une rencontre de consultation en personne. Il s'agissait de chercheurs de partout au Canada, travaillant dans des domaines visés par le mandat de l'INMD, ainsi que de représentants de gouvernements, d'associations professionnelles et d'organismes bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé. De plus, l'INMD a effectué un sondage en ligne auprès d'organismes bénévoles qui œuvrent dans le domaine de la santé et sont partenaires de l'Institut.

Détermination des priorités stratégiques par le conseil consultatif de l'INMD

En novembre 2009, les membres du conseil consultatif de l'INMD se sont rencontrés à l'Université du Manitoba pour étudier les nombreuses suggestions des intervenants et établir les nouvelles priorités stratégiques de l'INMD. Le conseil a examiné les commentaires reçus de sources multiples en fonction des critères élaborés pour la prise de décisions. Ces critères ont évolué à partir des commentaires reçus des intervenants qui ont participé aux sommets de planification stratégique de l'INMD, de l'examen des critères utilisés par les autres instituts des IRSC et d'une réflexion sur le nouveau plan stratégique des IRSC.

L'INMD s'est basé sur les critères suivants pour établir les nouvelles priorités de recherche. Selon ceux-ci, une priorité doit :

- aborder une lacune reconnue dans le domaine des connaissances;
- pouvoir donner des résultats mesurables conformes au cadre d'évaluation d'impact sur la santé (p. ex. faire progresser les connaissances, renforcer la capacité, éclairer la prise de décisions, améliorer la santé et le système de santé, contribuer à l'économie);
- pouvoir mener à des interventions abordables et viables pour améliorer la santé de la population et le système de santé du Canada;
- pouvoir contribuer à réduire efficacement le fardeau de la maladie;
- mettre à profit la force du milieu de la recherche au Canada;
- appuyer l'innovation, la prise de risques et la créativité en contribuant aux mandats des IRSC et de l'INMD;
- assurer éventuellement une place au Canada sur la scène mondiale en s'employant à résoudre des problèmes de santé visés par le mandat de l'INMD.

Lors de la réunion du CCI, le Dr Brian Rush a servi de modérateur afin que les membres du conseil terminent leur travail à temps. Les membres du CCI ont accepté unanimement les quatre nouvelles priorités stratégiques de l'INMD.

Après la réunion du CCI, la version provisoire des priorités stratégiques a été envoyée électroniquement à des chercheurs afin d'obtenir une rétroaction. Il s'agissait de chercheurs qui, selon la banque de données des IRSC, ont déjà demandé du financement aux IRSC et indiqué que leurs travaux étaient dans le domaine de l'INMD. Près de 200 chercheurs ont répondu à ce sondage en ligne; la majorité d'entre eux ont déclaré appuyer ou même appuyer fortement les quatre priorités. Toutefois, selon les intervenants, certaines de ces priorités devaient être clarifiées. Les résultats de ce sondage ont été utilisés pour affiner la version provisoire des priorités stratégiques de l'INMD et les préciser davantage.

REMERCIEMENTS:

Nous remercions le Dr Brian Rush pour son expertise en tant que modérateur qui a aidé le conseil consultatif de l'Institut à déterminer les nouvelles priorités stratégiques de l'INMD.

ANNEXE 2

ÉQUIPE DE GESTION DE L'INMD



Philip M. Sherman
Directeur scientifique
sd.inmd@sickkids.ca



Mary-Jo Makarchuk
Directrice adjointe
Toronto
mary-jo.makarchuk@sickkids.ca



Paul L. Bélanger
Directeur adjoint
Ottawa
paul.belanger@cihr-irsc.gc.ca



Vera Ndaba
Responsable des finances
et coordonnatrice
d'événements
vera.ndaba@sickkids.ca



Mélanie Bergeron
Agente de projet
Ottawa
melanie.bergeron@cihr-irsc.gc.ca



Alexandra Novis
Adjointe exécutive
alexandra.novis@sickkids.ca

ANNEXE 3

CONSEIL CONSULTATIF DE L'INMD



Eve A. Roberts (présidente)

Chercheuse principale/gastroentérologue
Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants,
Professeure, Département de pédiatrie, de médecine et de pharmacologie,
Université de Toronto



Stephanie A. Atkinson

Professeure et présidente associée (Recherche) au département de pédiatrie
Membre associée au département de biochimie et des sciences
biomédicales à la faculté des sciences de la santé
Université McMaster



Daniel-Georges Bichet

Néphrologue
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Professeur
Département de médecine - Université de Montréal



Karen Chad

Vice-présidente associée à la recherche
Université de la Saskatchewan



Katherine Cianflone

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le tissu adipeux
Professeure, Université Laval



Loren D. Grossman

Vice-président, recherche et développement
Eli Lilly, Canada



Robert J. Haché

Vice-président associé à la recherche
Université de Calgary



Murray W. Huff

chercheur/directeur, Groupe de recherche en biologie vasculaire
Université Western Ontario/Institut de recherche Robarts



Jeffrey A. Johnson

Professeur
École de santé publique
Université de l'Alberta



Naana A. Jumah

Résidente au département d'obstétrique et de gynécologie
Université de Toronto



Donna G. Lillie

Conseillère indépendante en soins de santé
Association canadienne du diabète (à la retraite)



Aleck S. Ostry

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les déterminants sociaux de la santé des collectivités
Boursier de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé
Professeur agrégé, Faculté des sciences sociales, Université de Victoria



William G. Paterson

Professeur de médecine, de biologie et de physiologie
Université Queen's



Keith A. Sharkey

Professeur de physiologie et de biophysique
Titulaire de la Chaire de recherche sur les MII de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin
Expert médical pour l'AHFMR - Université de Calgary



Gregory Taylor

Directeur général
Agence de la santé publique du Canada



Tanya Verrall

Chercheuse
Conseil sur la qualité de la santé de la Saskatchewan

RÉFÉRENCES

1. OMS, Série de Rapports techniques 916, Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO. OMS, 2003.
2. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. 2007.
3. Daar AS, et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*. 2007; 450 (22) 494-496
4. Annexe 1, Le financement du continuum des soins, Rapports de l'AMC au Conseil général, 2007
5. Association canadienne du diabète. Un tsunami économique : le coût du diabète au Canada. Novembre 2009. ACD.
6. Agence de la santé publique au Canada. Fiches nationales de renseignements sur le diabète, Canada 2008. Accessible en ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/ndfs-fnrd-08/fnrd_fc-ndfs_ff-fra.php
7. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008; 32 (suppl. 1) : S1 à S201.
8. Institut canadien d'information sur la santé, Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique du Canada de 1995 à 2004 (Rapport annuel de 2006) (Ottawa : ICIS, 2006).
9. Agence de la santé publique du Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2000.
10. Canadian Digestive Health Foundation. Establishing Digestive Health as a Priority for Canadians. Novembre 2009.
11. Tjepkema M. et Shields M. Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Numéro 1. Obésité mesurée : l'obésité chez les adultes au Canada. No 82-620-MWE2005001 au catalogue de Statistique Canada.
12. Stewart S, Cutler D, Rosen A. Forecasting the Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy. *N Engl J Med* 2009; 361:2252-60.
13. Girard G, Gendron JP, Macaluso B, Robitaille JP, Lariviere V. Observatoire des sciences et des technologies (OST). Étude bibliométrique de la recherche sur l'obésité au Canada, 1998-2007. Juin 2009.
14. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants. *JAMC*, 2007; 176(8) : S1 à S13