

**RECOMMANDATIONS POUR ORIENTER
LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE
POUR LA RECHERCHE SUR
LES SERVICES ET LES POLITIQUES DE
SANTÉ EN LIEN AVEC LE CANCER
AU CANADA**



Canadian Cancer
Research Alliance

Alliance canadienne
pour la recherche sur le cancer

JUIN 2021

Faire des découvertes ensemble



La Vision canadienne de la recherche sur le cancer



**RECOMMANDATIONS POUR ORIENTER
LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE
POUR LA RECHERCHE SUR
LES SERVICES ET LES POLITIQUES DE
SANTÉ EN LIEN AVEC LE CANCER
AU CANADA**

JUIN 2021

Autorisation de reproduction

À moins d'indication contraire, l'information contenue dans cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, sans frais et sans autre permission de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC), pourvu qu'une diligence raisonnable soit exercée afin d'assurer l'exactitude de l'information reproduite, que l'ACRC soit mentionnée comme source et que la reproduction ne soit présentée ni comme une version officielle ni comme une copie ayant été faite en collaboration avec l'ACRC ou avec son consentement.

Citation suggérée :

Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (2021). *Recommandations pour orienter le plan de mise en œuvre pour la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer au Canada*. Toronto, ACRC.

© Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, 2021

ISBN 978-1-927650-59-2 (PDF)

Also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	1
Introduction.....	4
1.1 CONTEXTE	4
1.2 SITUATION ACTUELLE.....	5
1.3 COLLECTE DE DONNÉES	7
2. Thèmes et recommandations.....	8
2.1 ASSURER L'ÉGALITÉ	8
2.2 REBÂTIR EN MIEUX.....	10
2.3 COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LA PRATIQUE.....	14
2.4 FAVORISER LES SYSTÈMES DE SANTÉ APPRENANTS	16
2.5 INVESTIR DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA PROCHAINE GÉNÉRATION	21
Références.....	23
Abréviations	27
Remerciements	28
Annexe A. Liste des spécialistes consultés	29
Annexe B. Sondage en ligne – Méthodologie et résultats.....	34
Annexe C. Promoteurs du projet.....	40

RÉSUMÉ

Le présent rapport jette les bases pour l'élaboration d'un plan de mise en œuvre qui facilitera la réalisation de travaux de recherche rigoureux, opportuns et pertinents sur les services et les politiques de santé pour favoriser les avancées transformatives dans la lutte contre le cancer. Ce rapport, parrainé par des membres de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) pour le compte de la communauté élargie d'organismes de financement de la recherche sur le cancer, en collaboration avec le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) et l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), a été orienté par des consultations auxquelles ont participé plus de 400 personnes (chercheurs, personnes touchées par le cancer, autres spécialistes) ainsi que par des articles de recherche pertinents et d'autres publications.

Les 13 recommandations sont groupées en cinq thèmes connexes – assurer l'égalité; rebâtir en mieux; combler le fossé entre la recherche, les politiques et la pratique; favoriser les systèmes de santé apprenants; investir dans les capacités de la prochaine génération – et reposent sur des travaux actuels et prévus (Figure 1). Le présent rapport relève également plusieurs éléments à considérer pour chaque recommandation afin de donner une meilleure vue d'ensemble des idées soumises lors du processus de consultation.

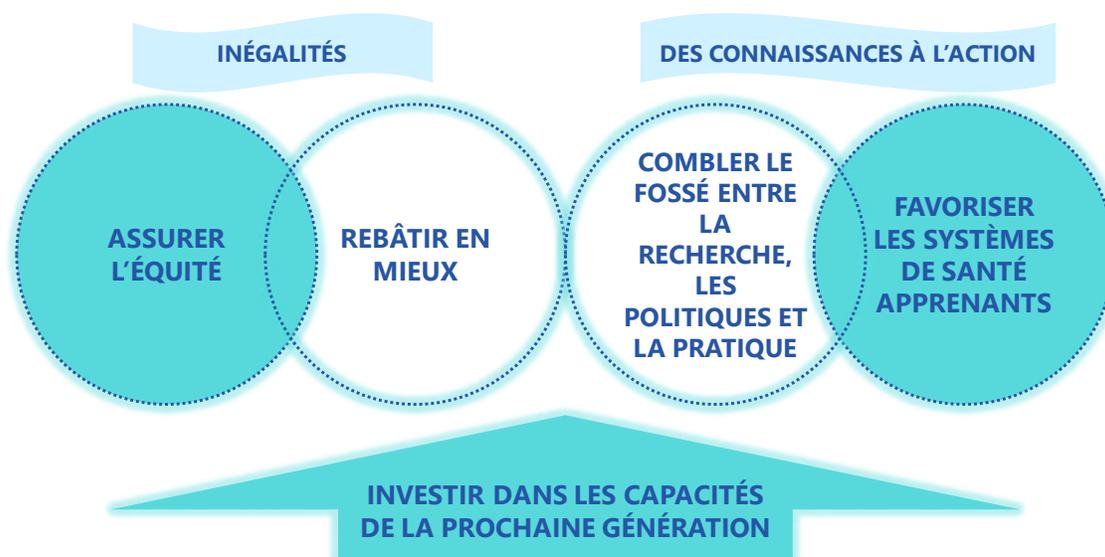


FIGURE 1. INTERRELATION ENTRE LES CINQ THÈMES



Assurer l'équité

Prioriser les travaux de recherche sur le cancer qui abordent les inégalités et le racisme historiques et systémiques et réformer le système de financement de la recherche sur le cancer pour soutenir ces travaux.

1. Soutenir un programme de recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer qui permettra de favoriser l'équité pour les personnes qui sont mal desservies ou désavantagées par les structures et les systèmes actuels.

2. Promouvoir la mobilisation des personnes touchées par le cancer tout au long du cycle de recherche sur les services et les politiques de santé, à l'aide de stratégies adaptées pour inclure la voix des personnes mal desservies ou marginalisées.
3. S'assurer que les personnes faisant de la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer reflètent la diversité des gens vivant au Canada.



Rebâtir en mieux

Régler les perturbations qu'a produites la pandémie sur le système de lutte contre le cancer et la prestation des services grâce à la recherche fondée sur des solutions qui amélioreront la résilience.

4. Atténuer les effets néfastes de la COVID-19 sur les patients atteints de cancer, les survivants et le système dans son ensemble par le biais d'investissements prioritaires dans les méthodes, les démarches et les stratégies de recherche sur les services et les politiques de santé.
5. Soutenir l'élaboration d'un plan pancanadien pour le système de lutte contre le cancer en conjonction avec des stratégies adaptées à chaque territoire de compétence pour améliorer la résilience du système à l'avenir.
6. Faire le suivi des répercussions qu'a eues la COVID-19 sur la trajectoire de carrière des groupes de chercheurs sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer qui ont été le plus touchés et y remédier.



Comblent le fossé entre la recherche, les politiques et la pratique

Faciliter la mise en place d'un programme de recherche sur le cancer axé sur les besoins et fondé sur la compréhension mutuelle et la coopération pour aider à combler le fossé entre la production de connaissances et leur utilisation.

7. Mettre sur pied et maintenir un forum pour faire participer les décideurs, les dirigeants et les prestataires du système de lutte contre le cancer, les chercheurs sur les services et les politiques de santé ainsi que les patients et les aidants pour établir des relations de confiance et de compréhension mutuelle, élaborer un mécanisme pour établir et prendre en compte les priorités importantes dans le domaine de la recherche sur le cancer et faciliter l'application des données probantes aux politiques et aux pratiques.
8. Mettre en œuvre des mécanismes officiels de partage sans restrictions des résultats entre les territoires de compétence pour tous les programmes de lutte contre le cancer.



Favoriser les systèmes de santé apprenants

Investir dans les infrastructures, les plateformes et la recherche qui faciliteront l'établissement de services et de systèmes apprenants dans le domaine du cancer, fondés à la base sur des approches centrées sur la personne.

9. Favoriser la mobilisation des ressources et des partenariats pour accélérer l'accès à une infrastructure pancanadienne d'information sur la santé et à des plateformes fédérées pour relier les ensembles de données sur le cancer, actuelles et nouvelles, entre les territoires de compétence.
10. Hausser les investissements dans la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer, en particulier la recherche sur la mise en œuvre (axée sur la diffusion et la mise à l'échelle) qui

utilisera pleinement les répertoires de données existantes et fera la promotion des systèmes de santé apprenants.

11. Intégrer les chercheurs en services et politiques de santé au sein du système de lutte contre le cancer de chaque territoire de compétence.



Investir dans les capacités de la prochaine génération

Continuer à renforcer et à accroître les capacités de recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer dans tous les territoires de compétence du Canada.

12. Améliorer le réseau pancanadien existant de chercheurs en services et politiques de santé en lien avec le cancer pour faciliter le partage des connaissances et l'innovation méthodologique et promouvoir les collaborations en recherche entre les disciplines mais aussi entre les établissements.
13. Accroître les démarches visant à améliorer les capacités pour cultiver une passion envers une approche durable de lutte contre le cancer centrée sur la personne et préparer la nouvelle cohorte de chercheurs en services et politiques de santé à affronter les défis futurs.

Bien que les recommandations proposées visent à soutenir les priorités et les mesures de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) et à promouvoir la Vision canadienne de la recherche sur le cancer, elles ne relèvent pas uniquement de la compétence des organismes de financement de la recherche sur le cancer et du Partenariat et leur mise en œuvre nécessitera des approches multisectorielles en partenariat et une mobilisation soutenue.

Ces recommandations seront appuyées par un plan de mise en œuvre de cinq ans (2022-2027) dans le domaine de la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer. Ce plan, qui sera élaboré par les organismes membres de l'ACRC, l'ACAPC et d'autres intervenants associés, détaillera l'infrastructure requise pour faciliter les travaux de recherche qui répondent aux priorités et aux mesures de la SCLC en matière de lutte contre le cancer et aux besoins du système de prestation et des décideurs. Ce plan vise à faciliter un changement de culture pour que l'intégration de la recherche à la lutte contre le cancer soit perçue comme une nécessité essentielle pour faire progresser le programme de qualité et assurer l'évolution des systèmes de santé apprenants au sein des programmes et des services de lutte contre le cancer.

INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

« La recherche sur les systèmes et les services de santé a pour but d'améliorer l'efficacité des professionnels et du système de santé par des changements aux pratiques et aux politiques. Il s'agit d'un domaine multidisciplinaire d'investigation scientifique visant l'étude de la façon dont les facteurs sociaux, le financement des systèmes, les structures et les processus organisationnels, les technologies de la santé et les comportements personnels influent sur l'accès aux soins de santé, la qualité et le coût des soins de santé et, en fin de compte, la santé et le bien-être de la population canadienne¹. »

Les membres de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) ont décelé le besoin d'établir un ensemble de recommandations concrètes pour la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer qui contribueraient à orienter un plan de mise en œuvre afin d'accélérer l'adoption des innovations fondées sur des données probantes requises pour mettre en œuvre les priorités stratégiques décrites dans la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer 2019-2029*² (SCLC) et faire progresser la Vision canadienne de la recherche sur le cancer³. Les membres de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC) ont été intégrés au processus de consultation pour s'assurer qu'il correspond aux priorités stratégiques de l'ACAPC. Bien que le système de lutte contre le cancer puisse et doive apprendre et adopter des leçons tirées de la recherche sur les services et les politiques de santé menée dans l'ensemble du système de santé, il reste des enjeux qui s'appliquent précisément au système de lutte contre le cancer.

Les priorités et les mesures de la SCLC visent à assurer que la lutte contre le cancer soit équitable et centrée sur la personne pendant toute la trajectoire des soins, dans le but qu'à terme, moins de Canadiens soient atteints d'un cancer, que plus de personnes y survivent et que ceux qui sont touchés par la maladie jouissent d'une meilleure qualité de vie. La recherche, l'innovation et les données sont reconnues comme étant des éléments cruciaux pour fonder la lutte contre le cancer sur des données probantes et constituent des moyens d'orienter le processus décisionnel sur la façon de fournir des soins de grande qualité et d'assurer la prestation de services efficaces et durables en lien avec le cancer. La Vision canadienne de la recherche sur le cancer est une vision ambitieuse qui cerne les éléments principaux nécessaires pour soutenir un système de lutte contre le cancer inclusif et réactif qui intègre pleinement la recherche et en tire profit.

Le fait est qu'il faut de nombreux intervenants pour véritablement faire progresser les services et les politiques de santé fondés sur des données probantes, qui atténueront le risque de cancer et amélioreront les soins durables centrés sur la personne pendant toute la trajectoire des soins, et ce, pour tous les patients atteints de cancer et leur famille. La figure 2 ci-dessous présente les principaux groupes d'intervenants et les grands secteurs de la recherche sur les services de santé qui contribuent à la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer. Chacun de ces groupes d'intervenants joue un rôle important dans l'état d'avancement des recommandations proposées.

¹ <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48809.html>

² <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/cancer-strategy/>

³ <https://www.ccra-acrc.ca/fr/research-vision/>

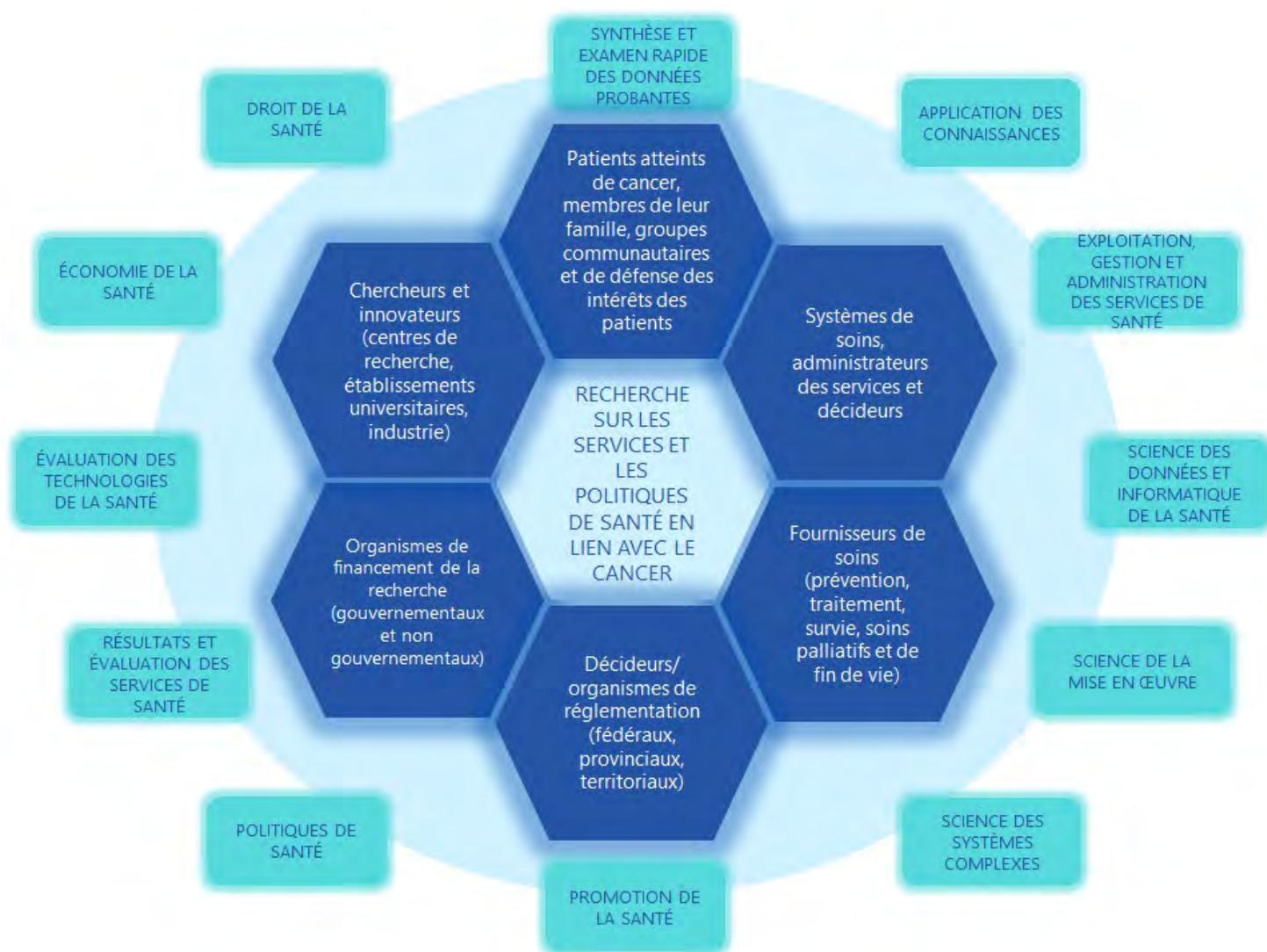


FIGURE 2. INTERVENANTS ET SECTEURS PARTICIPANT À LA RECHERCHE SUR LES SERVICES ET LES POLITIQUES DE SANTÉ EN LIEN AVEC LE CANCER

1.2 SITUATION ACTUELLE

L'environnement actuel est rempli de défis. Le modèle fédéré des soins de santé pose des difficultés lorsqu'il est question d'offrir une approche unifiée et un accès équitable à la lutte contre le cancer fondée sur des données probantes à l'ensemble de la population du Canada. Il est nécessaire d'aplanir et de corriger les différences en matière de ressources entre les territoires de compétence. Les patients atteints de cancer estiment qu'il est prioritaire d'avoir une approche de lutte contre le cancer qui soit exempte d'obstacles et véritablement pancanadienne; comment peut-on contribuer à relever ce défi?

La production de données probantes est restreinte par l'absence d'une infrastructure de données intégrée : des résultats sont requis pour produire des données probantes, et les données probantes sont requises pour orienter le processus décisionnel. Dans la plupart des cas, les systèmes de santé opèrent comme des îlots fragmentés de données, et il existe une grande variabilité dans les ressources de données provinciales et territoriales. Y a-t-il une volonté politique de corriger cette situation?

Il n'arrive pas souvent que le cycle de transition des données probantes à l'action se réalise complètement. Il y a beaucoup de gaspillage de résultats de recherche et une approche de dissémination passive. De nombreuses études pilotes ne sont pas pérennisées et il y a un manque flagrant d'efforts de mise en œuvre et de connaissances sur la meilleure façon de diffuser, de partager et de mettre à l'échelle les apprentissages provenant de différents territoires de compétence. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour définir et évaluer les stratégies planifiées pour assurer la pérennité des interventions fondées sur des données probantes en contexte réel (Shelton, Cooper et Stirman, 2018). Que faut-il pour augmenter les capacités et l'application de la science de la mise en œuvre dans l'ensemble du Canada?

Puis la COVID-19 est arrivée... La pandémie a mis à l'avant-plan et amplifié les fractures existantes dans le système de soins de santé et dans la société en général. Le racisme systémique et les inégalités flagrantes doivent être corrigés et les solutions requises nécessiteront des changements profonds et une mobilisation soutenue à tous les échelons de la société. Peut-on relever ce défi?

Par la force des choses, la pandémie a contribué à l'accélération sans précédent de l'innovation technologique (notamment les solutions de santé numérique, de soins virtuels et d'intelligence artificielle [IA]); cet élan doit être exploité. La technologie s'avère très prometteuse pour s'attaquer aux problèmes d'inégalité d'accès aux soins de santé, mais elle peut en revanche exacerber ces inégalités. L'équité doit-elle constituer un facteur crucial dans l'évaluation des technologies de la santé? Quel est le coût de renonciation lié aux nouveaux traitements et technologies onéreux utilisés dans la lutte contre le cancer? Dans la quête de la nouveauté, y a-t-il des activités rudimentaires ou des solutions faciles qui ne sont pas mises en œuvre ni même recensées? La prévention primaire demeure un domaine où l'innovation technologique n'est pas exploitée. L'augmentation des investissements dans le domaine de la prévention primaire pourrait-elle contribuer à atténuer l'imminent fardeau que le cancer représente et que la COVID a exacerbé?

La prochaine décennie sera marquée par des défis fiscaux. Plus que jamais, il est primordial que la recherche sur les services et les politiques de santé oriente et améliore la réponse aux prochains défis dans la lutte contre le cancer. Avant la pandémie, pour chaque dollar investi dans la recherche sur le cancer, cinq cents étaient consacrés à la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer⁴. À la lumière de la redistribution du financement vers la recherche sur la COVID-19, que réserve l'avenir? Par ailleurs, la modification des investissements en recherche aura sans doute un effet sur les infrastructures requises pour la réalisation de travaux de recherche productifs sur les services et les politiques de santé. En outre, depuis plus d'une décennie, le Centre canadien de recherche appliquée dans la lutte contre le cancer (Canadian Centre for Applied Research in Cancer Control, ARCC) fournit des infrastructures cruciales pour soutenir la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer. À l'avenir, comment peut-on répondre au besoin constant des chercheurs en services et politiques de santé en lien avec le cancer d'accroître leurs capacités et de créer des occasions de réseautage?

Beaucoup d'attention et d'investissement ont été consacrés à la recherche axée sur le patient au Canada au cours de la dernière décennie, mais la faible participation des patients pendant la pandémie de COVID-19 laisse supposer qu'il reste du travail à faire pour renforcer la mobilisation envers l'intégration des patients aux systèmes de recherche et de prestation des soins de santé. La lutte contre le cancer centrée sur la personne requiert un

⁴ https://www.ccracrc.ca/wp-content/uploads/2020/09/Annual_2018_FR.pdf

engagement complet envers l'intégration des patients, de leur famille et de leurs aidants à chaque étape de la recherche et de la prestation des soins. Comment faire en sorte que la participation des patients au processus de recherche sur le cancer devienne la norme de rigueur?

1.3 COLLECTE DE DONNÉES

Ce projet a été parrainé par un comité de surveillance formé de membres de l'ACRC qui ont bénéficié des conseils et des commentaires fournis par les membres d'un groupe d'experts (voir la section Remerciements). Les recommandations ont été élaborées à partir de consultations (en groupe ou individuelles) auprès de chercheurs renommés et de personnes ayant une expérience vécue (Annexe A), de publications pertinentes (articles et rapports évalués par les pairs), des résultats d'un sondage en ligne (Annexe B) et de points de contact virtuels avec des membres de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer et de l'ACRC (Tableau 1). La représentation géographique des principaux informateurs est présentée au tableau 2.

TABLEAU 1. SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES POUR ORIENTER LES RECOMMANDATIONS

PRISE DE CONTACT AVEC LES CHERCHEURS	PRISE DE CONTACT AVEC LES PATIENTS	SONDAGE EN LIGNE	REVUE DE LA DOCUMENTATION	POINTS DE CONTACT
Cinq séances en ligne de 90 minutes, auxquelles ont participé 34 chercheurs (les séances en ligne ont été proposées à 115 chercheurs) et 16 entrevues avec des chefs de file du Canada et de l'étranger.	Cinq séances en ligne de 90 minutes dans cinq régions, auxquelles ont participé 44 personnes touchées par le cancer.	382 répondants (sondage proposé à plus de 1 000 répondants potentiels). La période de réponse au sondage s'étendait du 6 au 21 novembre 2020.	Plus de 60 articles et documents évalués par les pairs, recensés par le groupe d'experts à l'aide de PubMed et de Google Scholar, ont été examinés.	Trois discussions avec les membres de l'ACAPC. Une discussion avec les membres de l'ACRC.

TABLEAU 2. PRINCIPAUX INFORMATEURS PAR RÉGION

	PRISE DE CONTACT AVEC LES CHERCHEURS	PRISE DE CONTACT AVEC LES PATIENTS	SONDAGE EN LIGNE	
Ensemble du Canada	3	0	0	3
C.-B.	6	4	44	54
Alb.	3	3	61	67
Sask.	0	6	13	19
Man.	2	4	25	31
Ont.	22	13	114	149
Qc	7	10	101	118
N.-B.	1	1	2	4
N.-É.	1	1	14	16
Î.-P.-É.	0	0	1	1
T.-N.-L.	0	2	7	9
Extérieur du Canada	5	0	0	5
TOTAL	50	44	382	476

2. THÈMES ET RECOMMANDATIONS



2.1 ASSURER L'ÉQUITÉ

On ne peut améliorer véritablement les issues du cancer qu'en mettant la priorité sur la recherche qui s'attaquera aux inégalités et au racisme historiques et systémiques. Pour y arriver, il faudra modifier la façon dont les projets de recherche sont financés, évalués, réalisés et mis en œuvre (Baumann et Cabassa, 2020). Il est absolument nécessaire d'assurer la participation des personnes que ces travaux sont censés aider.

Dans l'ère de défis financiers post-COVID-19, la communauté du cancer doit travailler de façon proactive pour protéger le financement de la recherche sur les inégalités en lien avec le cancer et soutenir les organismes de sensibilisation au cancer qui offrent des activités de participation communautaire ciblant ces inégalités (Newman, Winn et Carethers, 2021). La diversité doit également s'appliquer à la communauté des chercheurs en services et politiques de santé elle-même. L'équité est une pierre d'assise primordiale de la SCLC et des plans stratégiques récemment diffusés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)⁵ et l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des IRSC⁶.

EXEMPLES DE PROPOS RECUEILLIS

« Il y a des inégalités flagrantes en ce qui a trait à l'accès et à l'issue de cancers évitables et traitables dans les populations autochtones. Si on attache de l'importance aux déterminants sociaux de la santé et aux dispositions du rapport de la Commission de vérité et réconciliation, on corrigerait d'abord cette injustice pour ensuite s'occuper des autres populations racisées et défavorisées. »

– Participant à la discussion

« Prenons la définition de "données probantes" dans son sens large au lieu de toujours refaire la même chose encore et encore en gardant les mêmes suppositions de ce que constitue ou ne constitue pas la norme de référence – ce qui renforce les structures de pouvoir qui perpétuent l'âgisme, le sexisme, le racisme, etc., et les inégalités structurelles. Nous pouvons faire mieux. »

– Répondant au sondage

« Étant donné les caractéristiques géographiques et démographiques du Canada, nous avons l'occasion de montrer l'exemple au monde entier en matière de santé des populations rurales/éloignées et autochtones. »

– Participant à la discussion

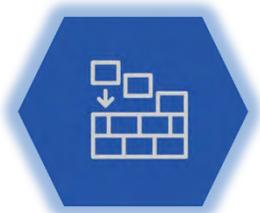
RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>1. Soutenir un programme de recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer qui permettra de favoriser l'équité pour les personnes qui sont mal desservies ou désavantagées par les structures et les systèmes actuels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à soutenir et à prioriser la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer gérés par les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et déterminés par ces derniers, notamment en veillant à ce qu'ils respectent les principes PCAP^{MD} (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations de même que les principes et les protocoles de recherche des communautés métisses et inuites. • S'assurer que les demandes de subvention de la recherche proposent des méthodes inclusives appropriées permettant d'aborder l'équité en matière de santé et ont recours à des approches orientées selon les principes d'intersectionnalité

⁵ <https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/cihr-strategic-plan-2021-2031-fr.pdf>

⁶ <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52481.html>

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	<p>(Heard et coll., 2020) et à des critères de mise en œuvre qui examinent les facteurs contextuels (sociaux, politiques et environnementaux) propres à la communauté ou à la population sur laquelle portent les travaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner la priorité au financement de projets de recherche stratégiques visant à caractériser et à atténuer les déterminants structurels de la stigmatisation dans la prestation de soins contre le cancer et à définir des stratégies pour réduire les inégalités. Parmi les stratégies pouvant être mises en œuvre sur le plan de la recherche et de la prestation de soins, notons l'établissement d'un lien de confiance avec la communauté, l'amélioration des compétences culturelles, le renforcement de la prise de conscience critique, le soutien à la défense des intérêts et l'atténuation des barrières linguistiques (Wasserman et coll., 2019). • Soutenir la recherche portant sur l'effet des inégalités sur l'exposition aux facteurs de risque, pour laquelle il pourrait être nécessaire de tester, d'adapter et de mettre en œuvre des interventions liées aux politiques (Alcaraz et coll., 2020).
<p>2. Promouvoir la mobilisation des personnes touchées par le cancer tout au long du cycle de vie de la recherche sur les services et les politiques de santé, à l'aide de stratégies adaptées afin d'inclure la voix des personnes mal desservies ou marginalisées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la recherche qui est fondée sur les principes de priorité à la personne et de qualité des soins et qui intègre un cadre de participation des patients (c.-à-d. recherche participative, recherche participative dans la communauté, conception participative fondée sur l'expérience, équité planifiée). • Adapter les processus de sélection des projets de recherche de façon à valoriser la recherche qui mobilise la communauté. • Mettre en œuvre des stratégies à l'échelle des systèmes pour s'attaquer aux facteurs faisant obstacle au recrutement éthique de patients pour les études cliniques – le manque de diversité des patients atteints de cancer inscrits aux études cliniques entrave l'application généralisée des résultats et restreint l'accès aux interventions de pointe (Bell, Kelly, Gelmon et coll., 2020). • Reformuler les notions de mérite (au-delà du statu quo « classique ») : il faut une compréhension améliorée et plus inclusive de ce qu'est l'excellence (Razack, Risør, Hodges et Steinert, 2020). • Restructurer les exigences de financement de la recherche afin d'inclure le temps, les ressources et l'infrastructure nécessaires à la mise en place de partenariats entre les chercheurs et les communautés mal desservies, y compris du soutien à la formation pour permettre aux communautés de participer à

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	titre de partenaires à part entière et pour entreprendre toute recherche sur le terrain ou collecte de données au sein de la communauté qui s'avère nécessaire.
3. S'assurer que les chercheurs en services et politiques de santé en lien avec le cancer reflètent la diversité des gens vivant au Canada.	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à s'attaquer aux obstacles par des efforts visant à renforcer les capacités à créer des effectifs de recherche diversifiés, en consacrant plus d'efforts et de ressources au recrutement et à la fidélisation et en offrant du soutien financier au personnel de l'EDI (équité, diversité et inclusion) (Universités Canada, 2019). • Insister pour qu'il y ait de la diversité au sein de la haute direction des établissements universitaires et hospitaliers, en particulier dans les programmes de lutte contre le cancer.



2.2 REBÂTIR EN MIEUX

La pandémie n'a épargné personne. Bien que les groupes nantis aient toujours réussi à mieux naviguer par eux-mêmes pour obtenir un diagnostic de cancer plus rapidement et recevoir un traitement dans un meilleur délai que les groupes défavorisés (Hanna et coll., 2020), la pandémie a complètement exposé ces démarcations, en exacerbant les inégalités existantes et en créant un plus grand nombre de difficultés qui sont inégalement réparties (McMahon, Nadigel, Thompson et Glazier, 2020). McCabe et ses collègues (2020) ont par ailleurs souligné que la pandémie a aussi montré qu'il existe des différences d'accès à des « outils de résilience », dont le soutien au revenu existant et les biens et services publics.

La COVID-19 a perturbé fondamentalement l'exercice de l'oncologie et, dans certains cas, redéfini quels traitements les patients atteints de cancer doivent et peuvent recevoir (Broom et coll., 2020). Les retards et les reports des tests de dépistage, des interventions chirurgicales et des études cliniques saperont les gains réalisés au fil des décennies en ce qui a trait à l'amélioration des issues et à la diminution de la mortalité (Hanna et coll., 2020, Maringe et coll., 2020, Sud et coll., 2020). Un modèle de simulation présenté par Statistique Canada (2021) révèle qu'une suspension de six mois du dépistage primaire du cancer colorectal pourrait accroître l'incidence du cancer de 2 200 cas et causer 960 décès de plus au cours de la vie. Selon une estimation, il faudra 1,5 an pour éliminer le retard accumulé en matière de chirurgies du cancer et d'autres maladies en Ontario (Wang et coll., 2020), ce qui s'avère une tâche insurmontable; des décisions concernant les priorités devront être prises pour déterminer qui pourra recevoir une intervention chirurgicale et à quel moment. La nécessité de la recherche sur les services et les politiques de santé n'a jamais été aussi pressante. Malgré ces reculs importants dans les soins

contre le cancer, la pandémie a tout de même révélé quelques bons côtés. Par exemple, l'adoption accélérée des soins virtuels et de l'évaluation virtuelle des patients dans le cadre des études cliniques a soulagé le fardeau que représentaient les déplacements pour les personnes vivant en région éloignée. Des innovations comme la surveillance à distance des patients atteints de cancer à leur domicile et les soins hospitaliers à la maison⁷ représentent des avenues potentiellement prometteuses pour soulager le fardeau des patients et améliorer l'accès aux soins.

L'entreprise de la recherche dans son ensemble a effectué un virage majeur pour s'attaquer à l'urgence de la COVID-19 et, pour certains chercheurs dans le domaine du cancer, cela s'est traduit par une réorientation de leur programme de recherche sur le cancer pour travailler sur la pandémie. Bien que les fonds consacrés à la COVID-19 aient afflué, aucun organisme ne fait le suivi des centres et des équipes de recherche sur les systèmes et les services de santé qui ont délaissé d'autres projets importants pour se concentrer sur ce sujet de recherche (Sutherland, 2021). La fermeture de laboratoires, la perturbation des interactions professionnelles et la diminution des activités de financement par le secteur caritatif ont eu un effet néfaste sur l'écosystème de la recherche sur le cancer (Colbert et coll., 2020).

De plus, les répercussions ont touché certains groupes de chercheurs de façon disproportionnée. Les femmes, qui assument toujours en grande partie un rôle prépondérant dans les soins aux enfants et aux aînés, les chercheurs des groupes racisés et minoritaires et les chercheurs en début de carrière ont tous été reconnus comme ayant subi les conséquences négatives des perturbations engendrées par la COVID-19 (Krukowski, Jagsi et Cardel, 2021; Levine et Rathmell, 2020).

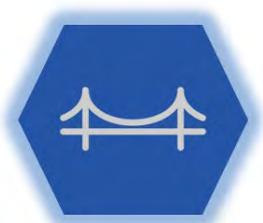
RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>4. Atténuer les effets néfastes de la COVID-19 sur les patients atteints de cancer, les survivants et le système dans son ensemble par le biais d'investissements prioritaires dans les méthodes, les démarches et les stratégies de recherche sur les services et les politiques de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accorder la priorité au soutien à la recherche sur les services et les politiques de santé portant sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ des façons efficaces d'éliminer les obstacles au dépistage du cancer dans l'ère post-COVID-19, en particulier chez les groupes et les populations qui sont déjà mal desservis. La revue <i>The Lancet Oncology</i> (2020) a suggéré de redoubler les efforts en matière de prévention et de dépistage du cancer; ○ les évaluations du recours à la télémédecine en oncologie (Levine, McGillion et Levine, 2020), notamment la sélection adéquate des patients pouvant bénéficier de la télémédecine et des soins oncologiques virtuels ainsi que les conséquences et les risques non souhaités, associés à l'adoption à grande échelle de la technologie relativement à la possibilité d'aggraver les disparités en santé (profiter des occasions de réaliser des expériences naturelles qui ont cours partout au pays);

⁷ <https://www.islandhealth.ca/our-services/hospital-home-services/hospital-home> (en anglais seulement)

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ des modèles de soins efficaces qui intègrent la survie au sein du système de lutte contre le cancer ou du système de santé général. Cet aspect est particulièrement important pour les survivants du cancer à chaque extrémité de la courbe d'âge – c'est-à-dire les jeunes patients (Ryan, Chafe et Moorehead, 2021) et les patients des groupes de population âgés (Puts et coll., 2021). Dans ces groupes, on doit tenir compte de facteurs particuliers pour susciter leur mobilisation et obtenir leur participation à des études sur des interventions et, dans l'ère post-COVID-19, ces travaux de recherche ne doivent pas baisser dans l'ordre des priorités; ○ des approches appropriées en matière de politiques pour réduire le fardeau financier accru (en raison du cancer <u>et</u> de la COVID-19) des patients, de leur famille et de leurs aidants; ○ des façons d'améliorer et d'innover l'efficacité des flux de travail et des activités au sein des centres de cancérologie (éliminer les retards accumulés, soulager le manque de ressources, etc.); ○ des approches collaboratives intersectorielles et fondées sur des données probantes en matière de politiques qui abordent les déterminants sociaux et, plus particulièrement, soutiennent la mise en œuvre d'interventions de prévention du cancer (maladie chronique) pour amoindrir le fardeau accru que représentera le cancer dans un avenir rapproché (Newman, Winn et Carethers, 2021). (Cet argument est renforcé par la forte corrélation entre la gravité de la maladie liée à la COVID-19 et l'obésité.) Il est primordial de procéder à des travaux de recherche qui permettront de trouver des stratégies efficaces pour améliorer la coordination au sein d'un territoire de compétence de même qu'entre les différents territoires. <ul style="list-style-type: none"> ● Tirer profit des plateformes de données et d'informations et des outils de simulation qui existent et qui pourraient être utiles dans l'établissement des priorités relatives à la recherche et au système (p. ex., OncoSim⁸).

⁸ <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/tools/oncosim/>

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>5. Soutenir l'élaboration d'un plan pancanadien pour le système de lutte contre le cancer en conjonction avec des stratégies adaptées à chaque territoire de compétence pour améliorer la résilience du système à l'avenir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser les « leçons apprises » dans chaque territoire de compétence : ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et comment ces leçons peuvent orienter le processus d'amélioration. • Proposer des solutions pour diminuer les retards et les interruptions dans le processus de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer, ainsi que des soins aux survivants et de fin de vie, qui sont orientés par la recherche sur les services et les politiques de santé. • S'assurer de fournir des sources durables de financement et de ressources pour soutenir le plan en découlant.
<p>6. Faire le suivi des répercussions qu'a eues la COVID-19 sur la trajectoire de carrière des groupes de chercheurs sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer qui ont été le plus touchés, et y remédier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recueillir et rapporter les données permettant de définir les groupes de chercheurs qui ont été touchés de façon disproportionnée et offrir des programmes de financement stratégiques s'adressant aux chercheurs ayant subi les conséquences les plus graves. • Évaluer dans quelle mesure les conférences et les collaborations virtuelles ont facilité ou entravé les possibilités de réseautage, les demandes de subvention entre plusieurs établissements et la publication des résultats (Bakouny et coll., 2020).



2.3 COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LA PRATIQUE

Les coûts associés à un système de lutte contre le cancer qui ne fonctionne pas bien sont considérables. L'écart entre la production de connaissances (recherche sur les services, les politiques et les systèmes de santé en lien avec le cancer) et l'utilisation de ces connaissances (prestation des soins contre le cancer et processus décisionnel) ne représente pas un défi seulement au Canada; des résultats indiquent que la collaboration entre tous les intervenants et la mise à profit de l'expérience de chacun pour atteindre des buts communs désignés peuvent contribuer à amenuiser cet écart (Kilbourne, Jones et Atkins, 2020).

La tâche de surmonter les défis que pose notre système de santé fédéré peut être facilitée par le dialogue, la coopération aux échelons fédéral, provincial et territorial (FPT) ainsi que par la création et la priorisation d'un programme de recherche commun qui ne donne pas préséance à un territoire de compétence ou un autre. Il est acquis que l'établissement de ces partenariats nécessitera un changement de culture (Lamontagne et Guyatt, 2020).

EXEMPLES DE PROPOS RECUEILLIS

« La recherche appliquée sera plus fructueuse si des administrateurs sont présents lors de l'élaboration. »
– Répondant au sondage

« L'intégration étroite entre les chercheurs et les agences provinciales du cancer qui réaliseront par la suite les travaux de recherche est très importante. Les agences provinciales doivent fournir du financement en contrepartie pour qu'elles aient des sommes en jeu. Une véritable intégration avec ces programmes constituera une des façons importantes de procéder à l'avenir. »
– Participant à la discussion

« Les gens au gouvernement n'ont pas tendance à voir la recherche de la même façon que nous. Au mieux, ils la voient comme la cerise sur le gâteau, une sorte de secteur périphérique. Quand nous mettons en œuvre des pratiques au sein du système de lutte contre le cancer, nous ne le faisons pas dans une perspective de concevoir la mise en œuvre de façon à ce que nous puissions en faire une très bonne évaluation. Je crois que cela est dû en partie à notre philosophie, que nous devons changer, et peut-être que l'ACRC peut nous aider à changer notre philosophie.
– Participant à la discussion

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>7. Mettre sur pied et maintenir un forum dans le domaine du cancer pour faire participer les décideurs, les dirigeants et les prestataires du système de lutte contre le cancer, les spécialistes de la recherche sur les services et les politiques de santé ainsi que les patients et les aidants, établir des relations de confiance et de compréhension mutuelle, élaborer un mécanisme pour définir et aborder les priorités importantes dans le domaine de la recherche sur le cancer et faciliter l'application des données probantes aux politiques et aux pratiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les programmes de financement de la recherche aux priorités relevées dans le cadre du forum, y compris la nécessité de passer d'un mode de financement ponctuel à un financement durable en vue de soutenir des relations de recherche de longue durée, orientées vers la résolution de problèmes pour le système de lutte contre le cancer. • Tirer parti des connaissances acquises durant la pandémie de COVID-19 : réaction ciblée et accélérée de la communauté scientifique stimulée par une augmentation du financement de la recherche par le gouvernement fédéral; collaboration et coopération sans précédent entre chercheurs de différents domaines, entre chercheurs et fournisseurs de soins et entre secteurs public et privé; production accélérée de données probantes pour orienter les politiques publiques et catalyser les innovations méthodologiques; mise en place de mesures accélérées relativement aux systèmes de données intégrés dans

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	<p>de courts délais; valeur démontrée de l'innovation dans les technologies numériques et de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tirer profit des leçons apprises de : <ul style="list-style-type: none"> ○ la Stratégie nationale visant les médicaments onéreux pour le traitement des maladies rares (citée comme étant un bon exemple de coopération FPT); ○ la première activité « La science rencontre le Parlement », qui a réuni des titulaires d'une Chaire de recherche du Canada de niveau 2 de diverses disciplines, des membres du parlement canadien et des sénateurs (Zhao et coll., 2020); ○ la « pratique d'une politique ouverte » de la Finlande, qui consiste en un ensemble de méthodes visant à favoriser la mobilisation des décideurs et à orienter le processus d'élaboration de politiques vers une approche plus collaborative (Tuomisto, Pohjola et Rintala, 2020).
<p>8. Mettre en œuvre des mécanismes officiels de partage sans restrictions des données probantes entre les territoires de compétence pour tous les programmes de lutte contre le cancer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investir dans la recherche comparative entre les territoires de compétence et définir et exploiter les leçons tirées des diverses approches pour affronter des défis communs et/ou des approches communes dans différents contextes. • Faciliter la planification nationale collaborative de la façon de faire progresser les nouvelles technologies (p. ex., protonthérapie, diagnostic moléculaire). • Fournir l'infrastructure nécessaire pour soutenir le recours aux revues systématiques vivantes comme autre moyen de combler l'écart entre les données probantes et la pratique. Les revues systématiques vivantes sont « des résumés dynamiques et durables de données probantes publiés en ligne seulement, qui sont actualisés rapidement et fréquemment » (Elliot et coll., 2014).



2.4 FAVORISER LES SYSTÈMES DE SANTÉ APPRENANTS

Les systèmes de santé apprenants sont « des écosystèmes de santé dynamiques au sein desquels les aspects scientifiques, sociaux, technologiques, politiques, juridiques et éthiques sont coordonnés pour permettre l'intégration systématique de cycles d'apprentissage continu dans l'ensemble du système et ainsi fournir une valeur ajoutée par l'optimisation de l'équilibre entre les répercussions sur l'expérience des patients et des fournisseurs de soins, sur la santé de la population et sur les coûts liés au système de santé. » (Menear et coll., 2019) La mise en place d'un système de santé apprenant nécessite une structure volontaire de même qu'une équipe de direction « brave » et des promoteurs sur le plan de l'exploitation et des services cliniques (Osuji et coll., 2020). Pour appliquer les connaissances existantes, il faut élaborer de nouvelles questions de recherche au sujet de la façon dont les interventions peuvent être mises à l'échelle et diffusées dans de nouveaux contextes ou d'autres populations de patients. L'objet de la question de recherche passe de « cette intervention est-elle efficace? » à « comment peut-on réussir à mettre en œuvre cette intervention dans cette population cible? » (Gagliardi et coll., 2014; Reid, 2016). Lavis et ses collègues de l'Université McMaster ont inventé l'expression « systèmes de santé apprenant rapidement » dans lesquels des cycles d'amélioration rapides entraînent des transformations et des retombées qui améliorent l'expérience et les résultats des patients⁹.

Les soins contre le cancer sont prodigués dans plusieurs milieux différents : en milieu hospitalier et dans des services d'oncologie, en milieu de soins primaires ou dans le contexte de services communautaires. La mise en place d'un système de santé apprenant offrant des soins de qualité centrés sur la personne requiert des efforts d'amélioration dans l'ensemble du continuum de soins de même que des programmes de recherche qui étudient ces divers milieux et tiennent compte des effets des différents contextes organisationnels (Mitchell et Chambers, 2017). Des infrastructures appropriées sont requises pour soutenir les partenariats de recherche en cours sur les systèmes de santé et l'évaluation des répercussions a un rôle crucial à jouer pour continuellement enrichir et orienter la base de connaissances. L'expertise des chercheurs, en particulier dans le domaine de la mise en œuvre, doit être intégrée à tous les aspects du processus décisionnel appliqué aux systèmes de santé, y compris la

PRÉREQUIS IMPORTANTS POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT

- Engagement à soutenir la mise en place d'un système de santé apprenant dans les plans et les priorités stratégiques et par le biais d'investissements stratégiques en recherche sur la mise en œuvre (la science de la mise en œuvre est le catalyseur potentiel de la réforme du système de santé);
- Systèmes de données efficaces et accessibles, qui sont en temps réel et « adaptés à l'utilisation » pour appuyer le processus décisionnel sur le terrain, en reconnaissant qu'il faut du temps (et des investissements) pour que l'information générée par les données guide le processus;
- Renforcement des capacités de réception et de recherche dans l'ensemble du système, d'un sens de la responsabilité partagée et de la flexibilité pour changer rapidement de direction (« échouer, mais échouer rapidement »);
- Allocation de ressources exclusives, avec intégration de chercheurs à la prestation des services qui sont volontairement jumelés à des équipes internes (p. ex., exploitation, amélioration de la qualité, information sur la santé, informatique décisionnelle, etc.) à différents paliers et dans différents domaines, ainsi qu'à des partenaires externes (p. ex., groupes de patients, organismes communautaires, établissements universitaires, autres systèmes de santé) (O'Brien et coll., 2018; Psek et coll., 2015);
- Reconnaissance de la valeur de l'application intégrée des connaissances, y compris la création d'incitatifs et d'occasions pour l'apprentissage continu de même que l'élaboration de processus et de portails de diffusion.

⁹ <https://www.mcmasterforum.org/find-evidence/products/project/creating-rapid-learning-health-systems-in-canada> (synthèse rapide disponible en français, sauf les annexes)

structure même du Partenariat et des agences provinciales du cancer, afin de soutenir les « apprentissages authentiques » (Bowen, Botting et Graham, 2021).

Pour que les innovations dans la détection et le traitement du cancer se réalisent, les technologies de soins de précision devront faire l'objet d'évaluations des technologies de la santé (ETS) – en particulier, un soutien sera nécessaire pour mettre en place une base de données probantes, mettre au point des stratégies de test rigoureuses et validées et former la main-d'œuvre en vue de mobiliser l'information et d'amener ces technologies aux patients. De façon générale, il a été proposé que lorsque le ministre de la Santé d'une province ou d'un territoire autorise le financement d'un nouveau programme, dispositif ou médicament, au moins 1 % du budget soit réservé au financement des chercheurs à l'interne ou d'une équipe de chercheurs répartis dans la province afin d'étudier les résultats et d'analyser si la technologie est répandue de manière équitable.

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>9. Favoriser la mobilisation des ressources et des partenariats pour accélérer l'accès à une infrastructure pancanadienne d'information sur la santé et de plateformes fédérées pour relier les ensembles de données entre les territoires de compétence, y compris les ensembles de données existants et nouveaux sur le cancer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriser l'élaboration et l'utilisation de systèmes et de réseaux de données. La politique de la Norvège sur l'innovation dans le domaine de la science et de la technologie numérique a été citée comme un exemple de cadre modèle¹⁰. • Corriger l'absence d'uniformité dans l'état de préparation des données entre les territoires de compétence. • S'assurer que les données sur la stadification du cancer (TNM) pour tous les patients atteints de cancer sont incluses dans tous les registres du cancer. Corriger le manque de données de registre du cancer au Québec, qui a été signalé comme étant d'une nécessité absolue. • Améliorer la collecte de données sociodémographiques sur la race et l'identité autochtone ainsi que la production de rapports sur la santé afin de déterminer et de surveiller avec précision les inégalités en matière de santé dans les bases de données des différents systèmes de santé¹¹. Recueillir de façon prospective des données sur le statut lié à l'appartenance à un groupe autochtone, à l'origine ethnique, à la situation socioéconomique et à l'immigration, de même que d'autres variables contextuelles au sein des bases de données des registres du cancer. • Tester, perfectionner et évaluer les techniques d'IA (plus précisément, l'apprentissage automatique et l'apprentissage profond) comme moyen d'accélérer l'extraction, l'uniformisation et l'analyse des données provenant des systèmes d'information médicale et de données hospitalières et comme mécanisme permettant d'améliorer l'accès des fournisseurs de soins contre

¹⁰ [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/STP\(2019\)13/FINAL&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/STP(2019)13/FINAL&docLanguage=En) (en anglais seulement)

¹¹ <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/proposed-standard-for-race-based-data-fr.pdf>

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	<p>le cancer à des données indispensables et disponibles en temps utile. Naylor (2018) a relevé les principaux facteurs susceptibles de favoriser l'adoption de l'IA et de l'apprentissage profond au sein du système de santé.</p>
<p>10. Hausser les investissements dans la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer, en particulier la recherche sur la mise en œuvre (axée sur la diffusion et la mise à l'échelle) qui utilisera pleinement les répertoires de données existants et fera la promotion des systèmes de santé apprenants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner la priorité au financement de projets qui comportent les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ chercheurs intégrés qui sont étroitement associés au processus décisionnel et aux décideurs; ○ inclusion d'un nombre accru de régions géographiques; ○ liens avec des bases de données administratives (essais pragmatiques); ○ moyens de corriger les biais dans la collecte et l'analyse des données ou les algorithmes d'apprentissage automatique; ○ méthodes systématiques définies pour cibler les inégalités; ○ liens directs pour répondre aux besoins du système; ○ thème portant sur l'évolution des soins contre le cancer au cours de la vie (population vieillissante, affections associées multiples) et des soins aux survivants; ○ thème portant sur l'efficacité ou l'évaluation d'interventions ciblant les facteurs de risque de cancer faisant intervenir le personnel de soins primaires et d'autres professionnels paramédicaux. • Explorer des mécanismes de partenariat avec l'ISPS des IRSC sur les soins intégrés. • Moderniser le processus d'évaluation des demandes de subvention pour mettre l'accent sur les méthodes novatrices et inclusives (Sarma et coll., 2020) et souligner la contribution des chercheurs à l'amélioration du système de santé et à la mise en œuvre des politiques. • Offrir des programmes de subvention de base de longue durée pour les équipes (subventions d'unité) qui couvrent l'échéancier requis pour réaliser des travaux de recherche sur la mise en œuvre. • Tirer profit des connaissances acquises d'initiatives actuelles telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'évaluation prochaine de l'étude PAROLE-Onco, qui intègre des patients conseillers à titre de membres à part entière des équipes d'oncologie clinique au Québec (Pomey et coll., 2021);

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ○ l'analyse de l'environnement approfondie réalisée par l'Academic Health Science Network de la Colombie-Britannique pour répertorier les groupes de la province qui cherchent à faire fonctionner et à mettre en œuvre un modèle de système de santé apprenant; ○ la campagne Choisir avec soin¹² et d'autres partenaires qui cherchent à recenser les soins et les méthodes à faible valeur au sein des services de soins du cancer; ○ le Réseau CLEO (Réseau canadien pour les systèmes de santé apprenants et l'innovation en matière d'« omique » rentable), qui produira des informations sur la façon de concevoir des systèmes de santé apprenants à l'ère de la génomique¹³; ○ le modèle de réseau clinique stratégique de l'Alberta comme moyen de promouvoir la recherche sur la mise en œuvre et l'évaluation grâce à la collaboration étroite entre les responsables des activités cliniques et opérationnelles¹⁴. <ul style="list-style-type: none"> • Examiner l'applicabilité d'approches utilisées dans d'autres territoires – p. ex., l'approche intégrale de mise au point de systèmes de santé apprenants utilisée au Royaume-Uni (Scobie et Castle-Clarke, 2020), le programme de centres sur la science de la mise en œuvre dans la lutte contre le cancer du National Cancer Institute des États-Unis¹⁵ et le réseau de recherche sur les systèmes de soins de santé ayant son siège aux États-Unis (Rahm et coll., 2019).
<p>11. Intégrer les chercheurs en services et politiques de santé au sein du système de lutte contre le cancer de chaque territoire de compétence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financer des postes de chercheur permanent et de chercheur principal au sein des programmes de lutte contre le cancer (là où il n'y en a pas) et faciliter l'établissement de liens solides avec les facultés universitaires appropriées. • Élargir l'offre de bourses d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé des IRSC au sein des programmes de lutte contre le cancer.

¹² <https://choisiravecsoin.org/>

¹³ <https://www.bccrc.ca/dept/ccr/programs/canadian-network-learning-healthcare-systems-and-cost-effective-omics-innovation-cleo> (en anglais seulement)

¹⁴ <https://albertainnovates.ca/programs/partnership-for-research-and-innovation-in-the-health-system-prihs/> (en anglais seulement)

¹⁵ <https://cancercontrol.cancer.gov/is/about> (en anglais seulement)

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
	<ul style="list-style-type: none">• Examiner la viabilité d'un « modèle de franchises », dans lequel les systèmes de santé adoptent les pratiques élaborées et mises en œuvre par le programme intégré de recherche d'un autre système de santé et reçoivent de l'aide pour leur mise en place (Isaacson et Simpson, 2020).• Faciliter la participation active de la communauté, des patients, du personnel clinique et du personnel de l'exploitation dans l'établissement des priorités de recherche ainsi que dans les projets de recherche eux-mêmes. Créer des complémentarités pour valoriser et renforcer les compétences de chacun (Côté-Boileau et coll., 2019).



2.5 INVESTIR DANS LES CAPACITÉS DE LA PROCHAINE GÉNÉRATION

Des méthodes innovantes de formation à la recherche sur les services et les politiques de santé sont requises pour préparer le personnel de recherche à affronter les défis que pose le système de lutte contre le cancer du futur. Comme on l'a mentionné précédemment, les bourses de formation pratique constituent un mécanisme important de renforcement des capacités (Cassidy, Burgess et Graham, 2019). L'établissement de liens entre les stagiaires de recherche de différentes provinces et la possibilité de fournir des occasions d'apprentissage mutuel représentent d'autres aspects d'une expérience riche et précieuse (Sim et coll., 2019). Ces programmes de bourses ont fait de la décision de travailler dans le système de santé un choix de carrière légitime et crédible (McMahon, Bornstein, Brown, Simpson et coll., 2019).

Il importe de soutenir une relève de chercheurs diversifiée et de rehausser l'attrait d'une carrière en recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer. Il faut un réseau de chercheurs en services et politiques de santé à tous les stades de carrière pour faciliter l'interdisciplinarité, promouvoir l'utilisation de nouvelles méthodes et faire connaître ces nouvelles approches à l'ensemble de la communauté pour qu'elles contribuent à enrichir la base de données probantes.

EXEMPLES DE PROPOS RECUEILLIS

« En tant que directeur d'une équipe interdisciplinaire, j'ai beaucoup de difficulté à attirer des chercheurs en services et politiques de santé dans le cadre de mes projets étant donné qu'il y en a si peu. Nous devons accroître les capacités de recherche sur la mise en œuvre et nous avons besoin d'une approche novatrice pour susciter l'intérêt des jeunes à travailler dans ce domaine. »

– Participant à la discussion

« Nous perdons nos meilleurs travailleurs au profit du secteur privé. Nous devons former des stagiaires qui ont une passion pour la recherche au bénéfice des patients. Les personnes que je suis en mesure de recruter au sein de mon programme ont une très grande passion pour les soins contre le cancer durables et centrés sur le patient ainsi que pour les nouvelles méthodes, non pas juste pour les applications. »

– Informateur clé

« Il faut du leadership sur les concepts et les approches théoriques pour orienter l'analyse des mégadonnées. »

– Informateur clé

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>12. Améliorer et mettre à profit le réseau pancanadien existant de chercheurs en services et politiques de santé en lien avec le cancer pour faciliter le partage des connaissances et l'innovation méthodologique et promouvoir les collaborations interdisciplinaires et entre établissements dans le domaine de la recherche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tirer parti de la portée et de la force du réseau et de la communauté de praticiens mis sur pied par l'ACRC et des actifs (p. ex., cadre d'évaluation des retombées) mis au point par l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (ARSPSC)¹⁶. • S'assurer que tous les titulaires d'une Chaire de recherche du Canada faisant de la recherche sur les services et les politiques de santé soient associés au réseau. • Élaborer des méthodes pour accroître et élargir la participation interdisciplinaire afin de solidifier le réseau mais aussi de renforcer les capacités. • Explorer la viabilité d'une structure financée par les membres.

¹⁶ <https://www.chspra.ca/copy-of-resources-publications>

RECOMMANDATION	RÉFLEXIONS
<p>13. Accroître les démarches visant à améliorer les capacités pour cultiver une passion envers une approche durable de lutte contre le cancer centrée sur la personne, et préparer la nouvelle cohorte de chercheurs en services et politiques de santé à affronter les défis futurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réunir les chefs de file de la recherche sur les services et les politiques de santé pour déterminer les besoins en matière de formation et de renforcement des capacités. Parmi les domaines importants, notons : <ul style="list-style-type: none"> ○ la science de la mise en œuvre; ○ l'économie de la santé, y compris la pharmacéconomie, l'analyse de l'optimisation des ressources, l'économétrie et la microéconomie; ○ l'ETS; ○ la conception centrée sur l'utilisateur; ○ l'intégration de méthodes mixtes où les données sont recueillies « à la volée » (c.-à-d. par l'utilisation des données disponibles et émergentes en temps réel provenant de téléphones intelligents, de dispositifs portables, des médias sociaux, des données technologiques, de biographies personnelles, de données visuelles) (Rapport et Braithwaite, 2018); ○ les études cliniques appliquées, les essais séquentiels ou utilisant la méthodologie SMART; ○ la théorie de la complexité; ○ la compétence culturelle (biais implicites). • Travailler avec les facultés universitaires de sciences de la santé pour former la nouvelle génération de cliniciens et d'autres fournisseurs de soins de santé qui sont habiles à utiliser l'information, les méthodes d'amélioration continue et les approches relatives à la pratique qui sont fondées sur les systèmes (Braithwaite, Glasziou et Westbrook, 2020). • Augmenter le soutien aux chercheurs en services et politiques de santé en lien avec le cancer dans les premières étapes de leur carrière (voir Gibson, Bennett, Gillespie, Güler et coll., 2020).

RÉFÉRENCES

1. Alcaraz, K. I., Wiedt, T. L., Daniels, E. C., Yabroff, K. R., Guerra, C. E. et Wender, R.C. (2020). Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: A blueprint for practice, research, and policy. *CA Cancer J Clin*, 70(1), 31-46. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.3322/caac.21586>.
2. Bakouny, Z., Hawley, J. E., Choueiri, T. K., Peters, S., Rini, B. I., Warner, J. L. et Painter, C. A. (2020). COVID-19 and cancer: current challenges and perspectives. *Cancer Cell*, 38(5), 629-646. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2020.09.018>.
3. Baumann, A. A. et Cabassa, L. J. (2020). Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC Health Serv Res*, 20, 190. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>.
4. Bell, J. A. H., Kelly, M. T., Gelmon, K., Chi, K., Ho, A., Rodney, P. et Balneaves, L. G. (2020) Gatekeeping in cancer clinical trials in Canada: The ethics of recruiting the "ideal" patient. *Cancer Med*, 9(12), 4107-4113. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1002/cam4.3031>.
5. Bowen, S., Botting, I., Graham, I. D., MacLeod, M., de Moissac, D., Harlos, K., Leduc, B., Ulrich, C. et Knox, J. (2019). Experience of health leadership in partnering with university-based researchers in Canada – a call to "re-imagine" research. *Int J Health Policy Manag*, 8(12), 684-699. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.66>.
6. Bowen, S., Botting, I. et Graham, I. D. (2021). Re-imagining health research partnership in a post-COVID world: a response to recent commentaries. *Int J Health Policy Manag*, 10(1), 39-41. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.69>.
7. Braithwaite, J., Glasziou, P. et Westbrook, J. (2020). The three numbers you need to know about healthcare: the 60-30-10 challenge. *BMC Med*, 18, 102. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4>.
8. Broom, A., Kenny, K., Page, A., Cort, N., Lipp, E. S., Tan, A. C., Ashley, D. M., Walsh, K. M. et Khasraw, M. (2020). The paradoxical effects of COVID-19 on cancer care: current context and potential lasting impacts. *Clin Cancer Res*, 26, 5809-5813. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-20-2989>.
9. Cassidy, C. E., Burgess, S. et Graham, I. D. (2019). It's all about the IKT approach: three perspectives on an embedded research fellowship. Comment on "CIHR Health System Impact Fellows: reflections on 'driving change' within the health system." *Int J Health Policy Manag*, 8(7), 455-458. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.31>.
10. Colbert, L. E., Kouzy, R., Abi Jaoude, J., Ludmir, E. B. et Taniguchi, C. M. (2020). Cancer research after COVID-19: where do we go from here? *Cancer Cell*, 37(5), 637-638. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2020.04.003>.
11. Côté-Boileau, É., Denis, J. L., Callery, B. et Sabeau, M. (2019). The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. *Health Res Policy Syst*, 17(1), 84. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0482-6>.
12. Elliott, J. H., Turner, T., Clavisi, O., Thomas, J., Higgins, J. P. T., Mavergames, C. et Gruen, R. L. (2014). Living systematic reviews: an emerging opportunity to narrow the evidence-practice gap. *PLoS Med*, 11(2), e1001603. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001603>.
13. Gagliardi, A. R., Webster, F., Brouwers, M. C., Baxter, N. N., Finelli, A. et Gallinger, S. (2014). How does context influence collaborative decision-making for health services planning, delivery and evaluation? *BMC Health Serv Res*, 14, 545. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0545-x>.
14. Gibson, E. M., Bennett, F. C., Gillespie, S. M., Güler, A. D., Gutmann, D. H., Halpern, C. H., Kucenas, S. C., Kushida, C. A., Lemieux, M., Liddelow, S., Macauley, S. L., Li, Q., Quinn, M. A., Roberts, L. W., Saligrama, N., Taylor, K. R., Venkatesh, H. S., Yalçın, B. et Zuchero, J. B. (2020). How support of early career researchers can reset science in the post-COVID19 world. *Cell*, 181(7), 1445-1449. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.045>.

15. Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G. A., Harvey-Jones, E., O'Sullivan, D. E., Booth, C. M., Sullivan, R. et Aggarwal, A. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 371, m4087. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>.
16. Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B. et Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promot Int*, 35(4), 866-876. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>.
17. Isaacson, A. et Simpson, L. A. (2020). Governance and funding best practices for embedded research programs. *Healthc (Amst)*, 100433. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100433>.
18. Kilbourne, A. M., Jones, P. L. et Atkins, D. (2020). Accelerating implementation of research in Learning Health Systems: lessons learned from VA Health Services Research and NCATS Clinical Science Translation Award programs. *J Clin Transl Sci*, 4(3), 195-200. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1017/cts.2020.25>.
19. Krukowski, R. A., Jagsi, R. et Cardel, M. I. (2021). Academic productivity differences by gender and child age in science, technology, engineering, mathematics, and medicine Faculty during the COVID-19 pandemic. *J Womens Health (Larchmt)*, 30(3), 341-347. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8710>.
20. Lamontagne, F., Rowan, K. M. et Guyatt, G. (2020). Integrating research into clinical practice: challenges and solutions for Canada. *CMAJ*. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1503/cmaj.202397>. Prépublication le 9 décembre 2020.
21. Levine, O. H., McGillion, M. et Levine, M. (2020). Virtual cancer care during the COVID-19 pandemic and beyond: a call for evaluation. *JMIR Cancer*, 6(2), e24222. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.2196/24222>.
22. Levine, R. L. et Rathmell, W. K. (2020). COVID-19 impact on early career investigators: a call for action. *Nat Rev Cancer*, 20, 357-358. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1038/s41568-020-0279-5>.
23. Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B. et Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol*, 21(8), 1023-1034. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0).
24. McCabe, C., Boadway, R., Lange, F., Gold, E. R., Cotton, C., Adamowicz, W., Breznitz, D., Elgie, S., Forget, E., Jones, E., de Marcellis-Warin, N., Peacock, S. et Tedds, L. (2020). *Renouveau du contrat social : relance économique au Canada après la COVID-19* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Société royale du Canada [consulté le 15 mars 2021]. Disponible à l'adresse : https://rsc-src.ca/sites/default/files/Econ%20PB_FR_0.pdf.
25. McMahon, M., Bornstein, S., Brown, A., Simpson, L. A., Savitz, L. et Tamblyn, R. (2019). Training for health system improvement: emerging lessons from Canadian and US approaches to embedded fellowships. *Healthc Policy*, 15(SP), 34-48. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.25981>.
26. McMahon, M., Nadigel, J., Thompson, E. et Glazier, R. H. (2020). Informing Canada's health system response to COVID-19: priorities for health services and policy research. *Healthc Policy*, 16(1), 112-124. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26249>.
27. Menear, M., Blanchette, M-A., Demers-Payette, O. et Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Pol Syst*, 17, 79. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-019-0477-3>.
28. Mitchell, S. A. et Chambers, D. A. (2017). Leveraging implementation science to improve cancer care delivery and patient outcomes. *J Oncol Pract*, 13(8), 523-529. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.024729>.
29. Naylor, C. D. (2018). On the prospects for a (deep) learning health care system. *JAMA*, 320(11), 1099-1100. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1001/jama.2018.11103>.
30. Newman, L. A., Winn, R. A. et Carethers, J. M. (2021). Similarities in risk for COVID-19 and cancer disparities. *Clin Cancer Res*, 27, 24-27. Disponible à l'adresse (en

- anglais seulement) : <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-20-3421>.
31. O'Brien, M. A., Carson, A., Barbera, L., Brouwers, M. C., Earle, C. C., Graham, I. D., Mittmann, N. et Grunfeld, E. (2018). Variable participation of knowledge users in cancer health services research: results of a multiple case study. *BMC Med Res Methodol*, 18, 150. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0593-8>.
 32. Osuji, T. A., Frantsve-Hawley, J., Perez Jolles, M., Kitzman, H., Parry, C. et Gould, M. K. Embedded Research Conference Priorities and Methods Workgroup. (2020). Methods to identify and prioritize research projects and perform embedded research in learning healthcare systems. *Healthc (Amst)*, 8(4), 100476. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2020.100476>.
 33. Psek, W. A., Stametz, R. A., Bailey-Davis, L. D., Davis, D., Darer, J., Faucett, W. A., Henninger, D. L., Sellers, D. C. et Gerrity, G. (2015). Operationalizing the learning health care system in an integrated delivery system. *eGEMS (Wash. DC)*. 3(1), 1122. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.13063/2327-9214.1122>.
 34. Pomey, M. P., de Guise, M., Desforges, M., Bouchard, K., Vialaron, C., Normandin, L., Iliescu-Nelea, M., Fortin, I., Ganache, I., Régis, C., Rosberger, Z., Charpentier, D., Bélanger, L., Dorval, M., Ghadiri, D. P., Lavoie-Tremblay, M., Boivin, A., Pelletier, J. F., Fernandez, N. et Danino, A. M. (2021). The patient advisor, an organizational resource as a lever for an enhanced oncology patient experience (PAROLE-onco): a longitudinal multiple case study protocol. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 10. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06009-4>.
 35. Puts, M., Strohschein, F., Oldenmenger, W., Haase, K., Newton, L., Fitch, M., Sattar, S., Stolz-Baskett, P., Jin, R., Loucks, A., Nightingale, G. et Kenis, C. (2021). Position statement on oncology and cancer nursing care for older adults with cancer and their caregivers of the International Society of Geriatric Oncology Nursing and Allied Health Interest Group, the Canadian Association of Nurses in Oncology Oncology & Aging Special Interest Group, and the European Oncology Nursing Society. *J Geriatr Oncol*, S1879-4068(21)00079-5. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.03.010>.
 36. Rahm, A. K., Ladd, I., Burnett-Hartman, A. N., Epstein, M. M., Lowery, J. T., Lu, C. Y., Pawloski, P. A., Sharaf, R. N., Liang, S. Y. et Hunter, J. E. (2019). The Healthcare Systems Research Network (HCSRN) as an environment for dissemination and implementation research: a case study of developing a multi-site research study in precision medicine. *eGEMS (Wash. DC)*, 7(1), 16. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.5334/egems.283>.
 37. Rapport, F. et Braithwaite, J. (2018). Are we on the cusp of a fourth research paradigm? Predicting the future for a new approach to methods-use in medical and health services research. *BMC Med Res Methodol*, 18, 131. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0597-4>.
 38. Razack, S., Risør, T., Hodges, B. et Steinert, Y. (2020). Beyond the cultural myth of medical meritocracy. *Med Educ*, 54, 46-53. <https://doi.org/10.1111/medu.13871>.
 39. Reid, R. J. (2016). Embedding research in the Learning Health System. *Healthc Pap.* (numéro spécial), 30-35. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.12927/hcpap.2016.24724>.
 40. Ryan, D., Chafe, R. et Moorehead, P. (2021). Transition from pediatric to adult aftercare for survivors of pediatric cancer in Newfoundland and Labrador: a qualitative study. *CMAJ Open*, 9(2), E309-E316. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200134>.
 41. Sarma, H., D'Este, C., Ahmed, T., Bossert, T. J. et Banwell, C. (2020). Developing a conceptual framework for implementation science to evaluate a nutrition intervention scaled-up in a real-world setting. *Public Health Nutr*, 1-16. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1017/S1368980019004415>.
 42. Scobie, S. et Castle-Clarke, S. (2020). Implementing learning health systems in the UK NHS: Policy actions to improve collaboration and transparency and support innovation and better use of analytics. *Learn Health Sys*, 4, e10209. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1002/lrh2.10209>.
 43. Shelton, R. C., Cooper, B. R. et Stirman, S. W. (2018). The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care. *Annu Rev Public Health*, 39, 55-76. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014731>.

44. Sim, S. M., Lai, J., Aubrecht, K., Cheng, I., Embrett, M., Ghandour, E. K., Highet, M., Liu, R., Casteli, C. P., Saari, M., Ouédraogo, S. et Williams-Roberts, H. (2019). CIHR health system impact fellows: reflections on “driving change” within the health system. *Int J Health Policy Manag*, 8(6), 325-328. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.124>.
45. Statistique Canada. (2021). *La COVID-19 au Canada : le point sur les répercussions sociales et économiques après un an* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : ministère de l'Industrie [consulté le 15 mars 2021]. Disponible à l'adresse : <https://publications.gc.ca/site/fra/9.897253/publication/n.html>.
46. Sud, A., Torr, B., Jones, M. E., Broggio, J., Scott, S., Loveday, C., Garrett, A., Gronthoud, F., Nicol, D. L., Jhanji, S., Boyce, S. A., Williams, M., Riboli, E., Muller, D. C., Kipps, E., Larkin, J., Navani, N., Swanton, C., Lyratzopoulos, G., McFerran, E., Lawler, M., Houlston, R. et Turnbull, C. (2020). Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. *Lancet Oncol*, 21(8), 1035-1044. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30392-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30392-2).
47. Sutherland, J. M. (2021). The mounting opportunity cost of pivoting to COVID-19-related health systems and services research. *Healthc Policy*, 16(3), 615. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26438>.
48. The Lancet Oncology. Éditorial. (2020). Building a more resilient cancer healthcare system. *Lancet Oncol*, 21(8), 999. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30396-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30396-X).
49. Tuomisto, J. T., Pohjola, M. V. et Rintala, T. J. (2020). From insight network to open policy practice: practical experiences. *Health Res Pol Syst*, 18, 36. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00547-3>.
50. Universités Canada. (2019). *Équité, diversité, et inclusion dans les universités canadiennes : Rapport sur le sondage de 2019* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Universités Canada [consulté le 15 mars 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.univcan.ca/wp-content/uploads/2019/11/equite-diversite-et-inclusion-dans-les-universites-canadiennes-report-sur-le-sondage-national-de-2019-1.pdf>.
51. Wang, J., Vahid, S., Eberg, M., Milroy, S., Milkovich, J., Wright, F. C., Hunter, A., Kalladeen, R., Zanchetta, C., Wijeyesundera, H. C. et Irish, J. (2020). Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling study. *CMAJ*, 192(44), E1347-E1356. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1503/cmaj.201521>.
52. Wasserman, J., Palmer, R. C., Gomez, M. M., Berzon, R., Ibrahim, S. A. et Ayanian, J. Z. (2019). Advancing health services research to eliminate health care disparities. *Am J Public Health*, 109, S64-S69. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304922>.
53. Zhao, J., Azad, M. B., Bertrand, E. M., Burton, C., Crooks, V. A., Dawson, J., Ford, A. T., Kaida, A., Krishnaswamy, A., Kuok, C., Mah, C. L., McTaggart, M., Moehring, A. J., Robert, D., Schulte-Hostedde, A., Sparling, H., De Vera, M. A., Waterman, S. et Patel, T. R. (2020). Canadian science meets Parliament: building relationships between scientists and policymakers. *Science and Public Policy*, 47(2), 1-4. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : <https://doi.org/10.1093/scipol/scz062>.

ABRÉVIATIONS

IA	Intelligence artificielle
ARCC	Canadian Centre for Applied Research in Cancer Control (Centre canadien de recherche appliquée dans la lutte contre le cancer)
ACRSPS	Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé
ACAPC	Association canadienne des agences provinciales du cancer
ACRC	Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer
SCC	Société canadienne du cancer
SCLC	Stratégie canadienne de lutte contre le cancer
ARSPSC	Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
EDI	Équité, diversité et inclusion
ETS	Évaluation des technologies de la santé
ISPS	Institut des services et des politiques de la santé

REMERCIEMENTS

Les consultations et les recommandations initiales pour le présent rapport ont été réalisées par Terrence Sullivan & Associates et orientées par les commentaires des membres du comité de surveillance et du groupe de travail d'experts. Nous souhaitons exprimer notre gratitude envers ces personnes pour leur contribution réfléchie et remercier les nombreux chefs de file de la recherche, patients et aidants qui ont pris le temps de nous faire part de leurs expériences et de leurs commentaires dans le cadre des séances de consultation en ligne, des entrevues individuelles et du sondage en ligne. Nous espérons que les recommandations résumées reflètent avec exactitude l'information qui nous a été fournie.

Promoteurs du projet/Comité de surveillance

- D^{re} Cindy Bell*, vice-présidente exécutive, Développement corporatif, Génome Canada
- D^{re} Judy Bray, vice-présidente, Recherche, Société canadienne du cancer
- D^r Stephen Robbins, directeur scientifique, Institut du cancer des IRSC
- M. Rami Rahal, vice-président, Systèmes de lutte contre le cancer, rendement et innovation, Partenariat canadien contre le cancer
- D^{re} Sara Urowitz, directrice générale, ACRC et directrice, Recherche et innovation, Partenariat canadien contre le cancer
- D^{re} Christine Williams, directrice adjointe et chef de l'application clinique, Institut ontarien de recherche sur le cancer

Groupe de travail d'experts

- D^{re} Lisa Barbera, chef, service de radio-oncologie, Tom Baker Cancer Centre; professeure, oncologie, Cancer Control Alberta (Alberta Health Services) et Université de Calgary
- D^r Bob Bell, consultant, administration/politiques et pratiques des soins de santé
- D^r Don Desserud, représentant des patients, conseil d'administration de l'ACRC
- D^r Craig Earle, vice-président, Lutte contre le cancer, Partenariat canadien contre le cancer
- D^{re} Diane Finegood, directrice générale, Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada (ARSPSC)
- D^{re} Pascale Lehoux, professeure, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal
- D^{re} Nicole Mittmann, scientifique en chef et vice-présidente, normes de preuves scientifiques, ACMTS
- D^r Geoff Porter, titulaire de la chaire Ramia en chirurgie oncologique; chef du service et directeur, programme Cancer Outcomes Research (COR), Université Dalhousie et QEII Health Sciences Centre
- D^{re} Robyn Tamblyn, professeure et détentrice de la Chaire James McGill, Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill
- D^r Jon Tonita, président-directeur général, Saskatchewan Cancer Agency

**La D^{re} Bell a pris sa retraite de Génome Canada le 31 mars 2021 et a été remplacée par le D^r Karl Tibelius.*

ANNEXE A. LISTE DES SPÉCIALISTES CONSULTÉS

International

- D^r Gaston Arnolda, moniteur de recherche principal, NHMRC Centre for Research Excellence in Implementation Science in Oncology, Université Macquarie et Australian Institute of Health Innovation
- D^{re} Bettina Borisch, professeure et directrice générale, Bureau international, Fédération mondiale des associations de santé publique; Institut de santé globale, Université de Genève
- D^r David Chambers, directeur adjoint de l'équipe de science de la mise en œuvre, Bureau du directeur du service de lutte contre le cancer et des sciences de la population, National Cancer Institute des États-Unis
- D^r Jeffrey S. Hoch, professeur et responsable, service des politiques et de la gestion de la santé; codirecteur, Centre des politiques et de la recherche en santé, Département des sciences de la santé publique, Faculté de médecine, Université de California Davis
- D^r Maarten IJzerman, professeur titulaire, Département de recherche sur les technologies et les services de santé, Université de Twente; directeur du VCCC, Département de recherche sur les services de santé en lien avec le cancer, Faculté de la santé mondiale et de la population et Faculté de médecine, de médecine dentaire et des sciences de la santé, Université de Melbourne

Ensemble du Canada

- D^r Rick Glazier, directeur scientifique, Institut des services et des politiques de la santé des IRSC
- D^{re} Meghan McMahon, directrice associée, Institut des services et des politiques de la santé des IRSC
- M^{me} Cindy Morton, PDG, Partenariat canadien contre le cancer

Alberta

- M^{me} Sherianna Duiker, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Colleen Packer, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- D^r Christopher J. McCabe, directeur administratif et PDG, Institute of Health Economics (IHE)
- D^{re} Paula J. Robson, directrice scientifique, recherche et analyse des données sur le cancer; directrice scientifique, Réseau clinique stratégique sur le cancer, Cancer Care Alberta, Alberta Health Services
- D^{re} Jessica E. Simon, professeure agrégée et chef du service de médecine palliative, Département d'oncologie et Département de médecine et des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary
- M. Donald (Don) R. Wood, proche/aidant ayant une expérience vécue

Colombie-Britannique

- D^r Stirling Bryan, président et professeur, BC Academic Health Science Network et École de la santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique
- M. Vikram Bubber, patient/survivant ayant une expérience vécue
- M^{me} Lin Chen, proche/aidante ayant une expérience vécue
- M^{me} Robin Fried, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- D^{re} Lindsay Hedden, directrice scientifique adjointe, BC Academic Health Science Network
- D^{re} Arminée Kazanjian, professeure, École de la santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique
- D^{re} Kimberlyn M. McGrail, professeure et directrice scientifique, Réseau de recherche sur les données de santé du Canada (et Plateforme canadienne de données de la SRAP) et Population Data BC; directrice de la recherche, UBC Health, École de la santé publique et des

populations, Université de la Colombie-Britannique

- D^r Stuart J. Peacock, titulaire de la Chaire Leslie Diamond sur la survie au cancer; codirecteur, Centre canadien de recherche appliquée dans la lutte contre le cancer (ARCC); responsable de la recherche sur la lutte contre le cancer, BC Cancer, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser
- M^{me} Adriane Peak, proche/aidante ayant une expérience vécue
- D^r Dean A. Regier, professeur adjoint et scientifique, recherche sur la lutte contre le cancer, BC Cancer, École de la santé publique et des populations, Université de la Colombie-Britannique
- D^{re} Kelli I. Stajduhar, professeure, Faculté des sciences infirmières et Institut du vieillissement et de la santé à vie, Université de Victoria

Manitoba

- M^{me} Linda Abraham, proche/aidante ayant une expérience vécue
- M^{me} Alyson Haiart, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- D^r Alan Katz, directeur, Manitoba Centre for Health Policy; professeur, Faculté des sciences de la santé communautaire et de médecine familiale, Université du Manitoba
- M. David Laird, patient/survivant ayant une expérience vécue
- D^r Marshall W. Pitz, chef du Département de recherche clinique, Institut de recherche; directeur général de l'information médicale et professeur agrégé, Action cancer Manitoba et Faculté des sciences de la santé, Université du Manitoba
- D^{re} Sandra Sukhan, proche/aidante ayant une expérience vécue

Terre-Neuve-et-Labrador

- M^{me} Lois Coombs, proche/aidante ayant une expérience vécue

- M^{me} Melissa Coombs, patiente/survivante ayant une expérience vécue

Nouveau-Brunswick

- D^r Ted McDonald, professeur et directeur des études, Centre de données de recherche du Nouveau-Brunswick, Faculté de droit, Université du Nouveau-Brunswick (Fredericton)
- M^{me} Lesley McGuire, patiente/survivante ayant une expérience vécue

Nouvelle-Écosse

- D^{re} Robin L. Urquhart, professeure adjointe, titulaire de la chaire de recherche sur le cancer à l'échelle des populations, fondée par la Société canadienne du cancer (section de la Nouvelle-Écosse), Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie
- M. James Archibald (Archie) Stewart, patient/survivant ayant une expérience vécue

Ontario

- D^{re} Yvonne Bombard, scientifique et professeure agrégée, Institut des connaissances Li Ka Shing, Institut de gestion et d'évaluation des politiques de santé, Université de Toronto
- D^r Christopher M. Booth, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les soins aux personnes atteintes du cancer; professeur et clinicien-chercheur, Université Queen's, Kingston General Hospital Research Institute et Cancer Centre of Southeastern Ontario
- D^{re} Ann N. Burchell, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en prévention des infections transmissibles sexuellement; professeure agrégée, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto; directrice de la recherche et chercheuse, Hôpital St. Michael/Unity Health Toronto
- D^r Kelvin (Kar-Wing) Chan, oncologue médical et chercheur associé, Odette Cancer Centre; codirecteur, Centre canadien de recherche appliquée dans la lutte contre le cancer (ARCC);

professeur agrégé, Sunnybrook Health Sciences Centre et Institut de gestion et d'évaluation des politiques de santé, Université de Toronto

- M^{me} Julie Chessell, proche/aidante ayant une expérience vécue
- D^{re} Natalie G. Coburn, chirurgienne oncologue, chercheuse principale et professeure, Service de chirurgie générale, Sunnybrook Health Sciences Centre, Université de Toronto
- D^{re} Roslyn Doctorow, proche/aidante ayant une expérience vécue
- D^{re} Beverley Essue, professeure agrégée, Institut de gestion et d'évaluation des politiques de santé, Université de Toronto (anciennement membre du personnel du Partenariat canadien contre le cancer)
- D^{re} Mary Gospodarowicz, chercheuse émérite et professeure, Service de radio-oncologie, Princess Margaret Cancer Centre, Université de Toronto
- D^r Jeremy Grimshaw, Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'assimilation des connaissances dans le domaine de la santé; chercheur principal et professeur, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Département de médecine, Université d'Ottawa
- D^{re} Patti A. Groome, chercheuse principale et professeure, Département des sciences de la santé publique, Institut de recherche sur le cancer de l'Université Queen's et Université Queen's
- D^r Sumit Gupta, oncologue membre du personnel, clinicien-chercheur et professeur agrégé, Département de pédiatrie, Institut de gestion et d'évaluation des politiques de santé, The Hospital for Sick Children et Université de Toronto
- M^{me} Jill Hamer-Wilson, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- D^r Timothy P. Hanna, clinicien-chercheur de niveau I, radio-oncologue et professeur adjoint, Institut ontarien de recherche sur le cancer, Cancer Centre of Southeastern Ontario et Université Queen's
- M^{me} Audrey Harvey, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M. Terry A. Hawrysh, patient/survivant ayant une expérience vécue
- D^{re} Ruth E. Heisey, chef du Département de médecine familiale et communautaire, directrice médicale et professeure agrégée, The Peter Gilgan Centre for Women's Cancers, Women's College Hospital et Université de Toronto
- D^{re} Jennifer M. Jones, chercheuse principale et directrice, Programme de réadaptation et de survie après le cancer, professeure agrégée, Départements de psychiatrie et de santé publique, Princess Margaret Cancer Centre et Université de Toronto
- M^{me} Shannon Kadar, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- D^{re} Monika K. Krzyzanowska, oncologue médicale, médecin universitaire et professeure, Institut de gestion et d'évaluation des politiques de santé, Princess Margaret Cancer Centre et Université de Toronto
- D^{re} Aisha K. Lofters, chercheuse et titulaire de la chaire en science de la mise œuvre du Women's College Research Institute, professeure agrégée, Département de médecine familiale et communautaire, The Peter Gilgan Centre for Women's Cancers, Women's College Hospital et Université de Toronto
- D^{re} Emily McIntosh, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Christine McKay, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Donna Pepin, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- D^{re} Martine T.E. Puts, professeure agrégée et directrice du programme de maîtrise en sciences infirmières, Université de Toronto
- D^{re} Linda Rabeneck, vice-présidente, prévention et lutte contre le cancer, professeure, Départements de médecine, de gestion et d'évaluation des politiques de santé, et de santé

publique, Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et Université de Toronto

- M. Denis Raymond, patient/survivant ayant une expérience vécue
 - D^{re} Danielle L. Rodin, radio-oncologue, directrice du programme de cancer global et professeure adjointe, Département de radio-oncologie, Princess Margaret Cancer Centre et Université de Toronto
 - D^{re} Vera Samarkina, patiente/survivante ayant une expérience vécue
 - D^r Hsien-Yeang Seow, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en soins palliatifs et en innovation du système de santé; professeur agrégé, Département d'oncologie, Université McMaster
 - M^{me} Maureen Smith, proche/aidante ayant une expérience vécue
 - D^r Michael Taccone, patient/survivant ayant une expérience vécue
 - D^r Ross Upshur, directeur adjoint, Institut de recherche Lunenfeld Tanenbaum; professeur, Département de médecine familiale et communautaire et de santé publique, chef du Département de santé publique clinique, Sinai Health System et Université de Toronto
 - D^{re} Toni Zhong, clinicienne-chercheuse et professeure agrégée, Princess Margaret Cancer Centre et Université de Toronto
 - D^{re} Camilla C.U. Zimmermann, titulaire de la chaire Rose Family en médecine palliative et soins de soutien; chercheuse principale, professeure et directrice du service de médecine palliative, Princess Margaret Cancer Centre et Université de Toronto
- Île-du-Prince-Édouard**
- M^{me} Sharon MacNeill, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- Québec**
- M. Kelvin Arroyo, proche/aidant ayant une expérience vécue
 - M. Rémi Beaulieu, patient/survivant ayant une expérience vécue
 - M. Marc Bond, proche/aidant ayant une expérience vécue
 - D^{re} Mylaine Breton, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne; professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
 - D^r Alberto Cambrosio, professeur, Département d'études sociales de la médecine, Université McGill
 - M^{me} Claire Côté, patiente/survivante ayant une expérience vécue
 - M. Claude Côté, patient/survivant ayant une expérience vécue
 - M^{me} Roxanne Côté, patiente/survivante ayant une expérience vécue
 - D^{re} (Elena) Alice Dragomir, professeure adjointe, Département de chirurgie (service d'urologie) et chercheuse, recherche sur l'économie de la santé et les issues cliniques, professeure associée, Faculté de médecine, Université McGill; Faculté de pharmacie, Université de Montréal
 - M^{me} Joy Gandell, proche/aidante ayant une expérience vécue
 - M. Hugues Langlois, patient/survivant ayant une expérience vécue
 - M. Richard Larocque, patient/survivant ayant une expérience vécue
 - D^r Hermann Nabi, chercheur régulier, axe oncologie et professeur adjoint de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval et Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval
 - M^{me} Isabelle Roy, patiente/survivante ayant une expérience vécue
 - D^r Jacques R. Simard, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en oncogénétique et professeur titulaire de médecine moléculaire, Faculté de médecine, l'Université Laval et Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval

- D^{re} Erin C. Strumpf, professeure agrégée et récipiendaire de la bourse William Dawson, Départements d'économie et d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill
- D^{re} Dominique Tremblay, professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Saskatchewan

- M^{me} Nathalie Baudais, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Louise Bird, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Diana Ermel, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Amanda Anne Niebergall, patiente/survivante ayant une expérience vécue
- M^{me} Sandra Strachan, proche/aidante ayant une expérience vécue

ANNEXE B. SONDAGE EN LIGNE – MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Le sondage a été rédigé dans les deux langues officielles à l'aide de QuestionPro. Par courriel, 1 096 répondants potentiels ont été invités à y participer. Parmi les candidats qui ont reçu un courriel, 75 % étaient des chercheurs désignés, selon l'Enquête canadienne sur la recherche sur le cancer, comme travaillant dans le domaine des services de santé. Il y avait 61 adresses courriel périmées.

Le sondage a été publicisé par l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), les membres de l'ACRC et le Centre canadien de recherche appliquée dans la lutte contre le cancer (ARCC), de même que sur Twitter par l'ACRC et l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des IRSC. De plus, des organismes communautaires du Québec en ont fait la promotion à grande échelle. La période de réponse au sondage s'étendait du 6 au 21 novembre 2020.

L'analyse a porté sur les 382 répondants qui ont répondu à toutes ou à presque toutes les questions du sondage. Parmi eux, 77 répondants ont répondu à la version française du sondage.

- 68 % des répondants ont indiqué qu'ils faisaient partie du groupe des 35 à 64 ans;
- 67 % ont indiqué qu'elles étaient des femmes;
- 78 % se sont déclarés de race blanche;
- 47 % des chercheurs ont indiqué avoir plus de 15 ans d'expérience;
- 54 % des répondants ont indiqué être une personne touchée par le cancer résidant au Québec;
- 38 % des répondants étaient des chercheurs résidant en Ontario.

Principales observations

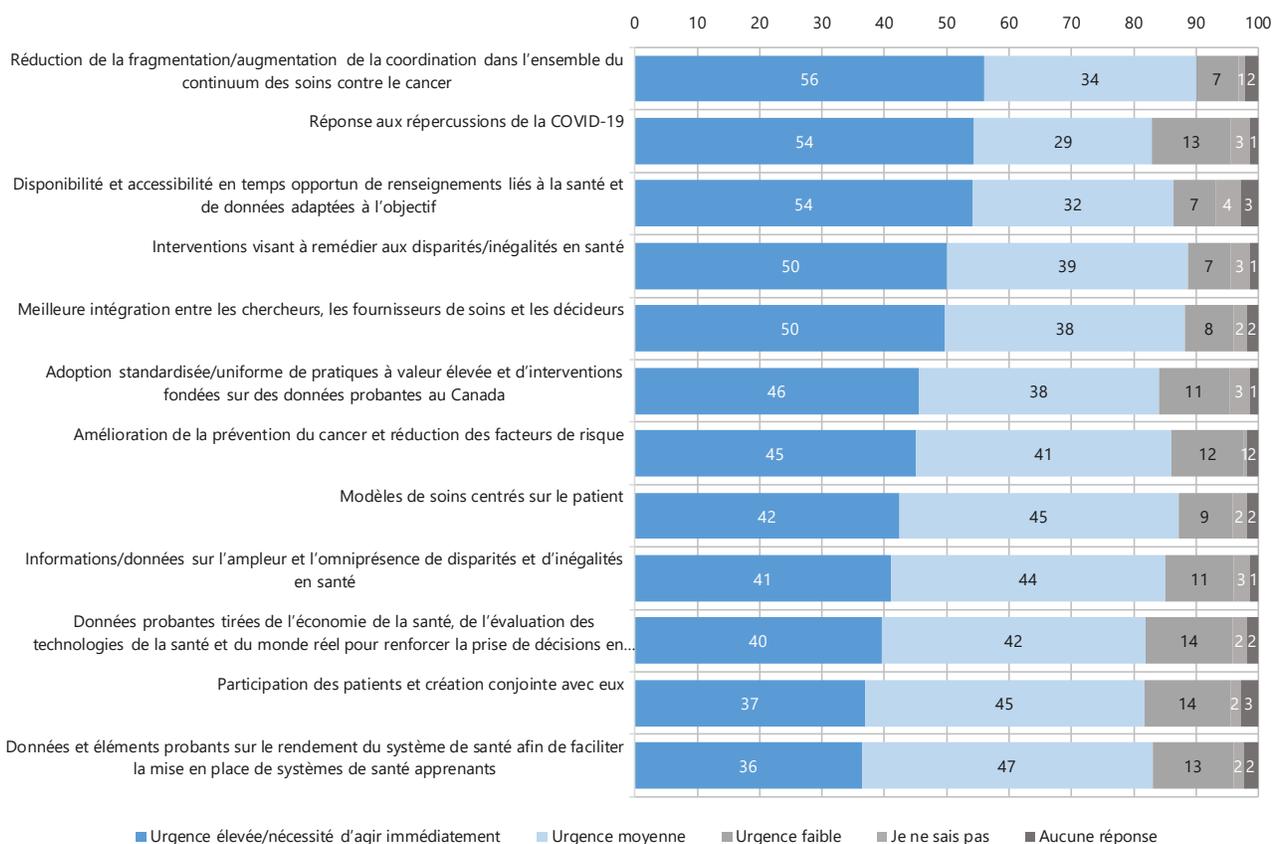
Priorités du point de vue du financement

On a demandé aux répondants d'indiquer, pour douze domaines ou thèmes fournis, à quel point il était urgent d'agir. Les réponses des répondants sont présentées à la figure 1. Cinq domaines ont été classés dans la catégorie « urgence élevée/nécessité d'agir immédiatement » par au moins la moitié des répondants. Ces domaines sont, par ordre d'importance :

- Réduction de la fragmentation/augmentation de la coordination dans l'ensemble du continuum des soins contre le cancer
- Réponse aux répercussions de la COVID-19
- Disponibilité et accessibilité en temps opportun de renseignements liés à la santé et de données adaptées à l'objectif
- Interventions visant à remédier aux disparités/inégalités en santé
- Meilleure intégration entre les chercheurs, les fournisseurs de soins et les décideurs

FIGURE 1

DOMAINES OÙ DES ACTIONS SONT REQUISES, SELON LE DEGRÉ D'URGENCE, N = 382 (%)



Des différences importantes sont cependant apparues lorsque les réponses ont été analysées en fonction de la perspective des répondants. La figure 2 présente les cinq domaines classés en tête (rang numérique indiqué) pour les quatre plus grands groupes de répondants. Les domaines communs apparaissant dans différentes colonnes sont indiqués par une même couleur. Un domaine, « Réduction de la fragmentation/augmentation de la coordination dans l'ensemble du continuum des soins contre le cancer » (en bleu clair), apparaît dans la liste des cinq domaines classés en tête pour chaque groupe.

FIGURE 2

LES CINQ DOMAINES OÙ L'URGENCE D'AGIR EST LA PLUS ÉLEVÉE EN FONCTION DU GROUPE DE RÉPONDANTS

Chercheur/clinicien-chercheur (n = 162)	Fournisseur de soins de santé (n = 40)	Décideur/administrateur des soins de santé (n = 21)	Personne ayant une expérience vécue (n = 123)
1. Interventions visant à remédier aux disparités/inégalités en santé	1. Disponibilité et accessibilité en temps opportun de renseignements liés à la santé et de données adaptées à l'objectif	1. Réduction de la fragmentation/augmentation de la coordination dans l'ensemble du continuum des soins contre le cancer	1. Réponse aux répercussions de la COVID-19
2. Disponibilité et accessibilité en temps opportun de renseignements liés à la santé et de données adaptées à l'objectif	2. Réduction de la fragmentation/augmentation de la coordination dans l'ensemble du continuum des soins contre le cancer	2. Disponibilité et accessibilité en temps opportun de renseignements liés à la santé et de données adaptées à l'objectif	2. Réduction de la fragmentation/augmentation de la coordination dans l'ensemble du continuum des soins contre le cancer
3. Meilleure intégration entre les chercheurs, les fournisseurs de soins et les décideurs	3. Adoption standardisée/uniforme de pratiques à valeur élevée et d'interventions fondées sur des données probantes au Canada	3. Réponse aux répercussions de la COVID-19	3. Modèles de soins centrés sur le patient
4. Réduction de la fragmentation/augmentation de la coordination dans l'ensemble du continuum des soins contre le cancer	4. Amélioration de la prévention du cancer et réduction des facteurs de risque	4. Informations/données sur l'ampleur et l'omniprésence de disparités et d'inégalités en santé	4. Participation des patients et création conjointe avec eux
5. Réponse aux répercussions de la COVID-19	5. Interventions visant à remédier aux disparités/inégalités en santé	5. Interventions visant à remédier aux disparités/inégalités en santé	5. Amélioration de la prévention du cancer et réduction des facteurs de risque

En ce qui concerne les autres domaines, 36 % des répondants (137/382) ont donné une réponse à la question ouverte « Selon vous, existe-t-il d'autres priorités très urgentes en matière de recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus et qui nécessitent une action immédiate? ». La plupart des réponses portaient sur le thème des soins aux survivants du cancer et au soutien psychologique des patients atteints de cancer, ou concernaient les populations mal desservies et les inégalités. Dans ce contexte, les répondants ont mentionné les peuples autochtones de même que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes atteints du cancer.

On a également demandé aux répondants de définir les besoins uniques à leur région ou territoire de compétence qui, selon eux, devaient faire l'objet d'une attention prioritaire. Les répondants qui ont répondu à cette question, soit 19 % (72/382), provenaient de toutes les provinces. Le nombre de réponses par province était trop faible pour faire une analyse des similitudes ou des différences. En général, les priorités de recherche les plus fréquemment relevées étaient l'accès en région rurale ou éloignée, les disparités ou les inégalités en matière de soins et de services (avec mention explicite des peuples autochtones) et l'accès aux fournisseurs de soins.

Types de soutien

On a demandé aux répondants de classer 11 types de soutien qui permettraient d'intervenir dans les domaines nécessitant une action immédiate qu'ils avaient indiqués dans la première partie du sondage. Si les répondants avaient indiqué qu'une option de soutien était très importante ou plutôt importante, on leur demandait également de préciser la ou les organisations qui conviendraient le mieux pour appuyer cette option. Les résultats globaux des répondants sont présentés à la figure 3. Les mécanismes ayant été classés comme étant très importants par le plus fort pourcentage de répondants sont les suivants :

- Programmes de financement à long terme afin d'offrir un soutien continu pour des essais pragmatiques, des études de mise en œuvre, l'évaluation d'innovations, etc.;
- Création d'une infrastructure pancanadienne de données qui permette de mener des recherches en économie de la santé ainsi que sur les services et les politiques de santé, et qui appuie la prise de décisions dans la lutte contre le cancer;
- Équipes de science de la mise en œuvre (à l'échelle provinciale/territoriale ou régionale) pour appuyer la mise en œuvre et l'adoption d'interventions de lutte contre le cancer fondées sur des données probantes et prêtes à l'exécution;
- Fonction de recherche intégrée dans la prestation des soins du cancer et répondant aux besoins du système (p. ex., aide directe à la décision pour les organismes provinciaux de lutte contre le cancer par le biais de contrats de recherche ciblée; processus formel pour relier des établissements universitaires aux systèmes de lutte contre le cancer pour aborder les défis prioritaires que ces derniers doivent surmonter);
- Renforcement des capacités/formation sur une base continue dans des domaines tels que la science de la mise en œuvre, l'évaluation des technologies de la santé, les soins numériques et virtuels, l'économie de la santé/l'optimisation des ressources, les méthodes mixtes et les essais séquentiels.

Bien que, proportionnellement, très peu de répondants aient indiqué que les options présentées n'étaient pas importantes du tout, un pourcentage élevé de répondants n'ont pas répondu à la question ou ont indiqué ne pas avoir d'opinion et ne croyaient pas en savoir suffisamment pour en parler. Ce pourcentage variait selon l'option présentée (de 11 à 35 % de tous les répondants) et était plus élevé dans le cas des personnes ayant une

expérience vécue (plage de 15 à 43 %). L'option « Autres indicateurs » était celle où le taux de non-réponse était le plus élevé.

Lorsque les données ont été analysées en fonction de la perspective des répondants, des différences sont apparues dans la proportion des répondants classant un mécanisme comme étant très important, bien que ces différences ne soient pas aussi marquées que dans le cas des priorités. Voir la figure 4 ci-dessous.

On a demandé aux répondants qui ont classé un mécanisme comme étant très important ou plutôt important d'indiquer, parmi une liste fournie d'organismes ou de types d'organismes, lesquels seraient les mieux placés pour soutenir ce mécanisme. Les résultats sont présentés à la figure 5. Les organismes qui seraient les mieux placés pour appuyer l'ensemble des 11 mécanismes sont les suivants :

- Instituts de recherche en santé du Canada;
- Organismes/services provinciaux ou territoriaux de lutte contre le cancer;
- Partenariat canadien contre le cancer (abrégé PCCC dans la figure).

En réponse à la question « Existe-t-il d'autres mécanismes/types de soutien qui permettraient d'aborder au mieux les domaines d'action urgents que vous avez déterminés? », le Centre canadien de recherche appliquée dans la lutte contre le cancer (ARCC) a été nommé, particulièrement en lien avec l'infrastructure d'économie de la santé, le renforcement des capacités et la capacité à réunir des intervenants divers. Les universités, les centres hospitaliers universitaires et les centres de recherche ont également souvent été désignés en lien avec le renforcement des capacités et les laboratoires/métalaboratoires de science de la mise en œuvre.

FIGURE 3

MÉCANISMES DE SOUTIEN PAR ORDRE D'IMPORTANCE, n = 382 (%)

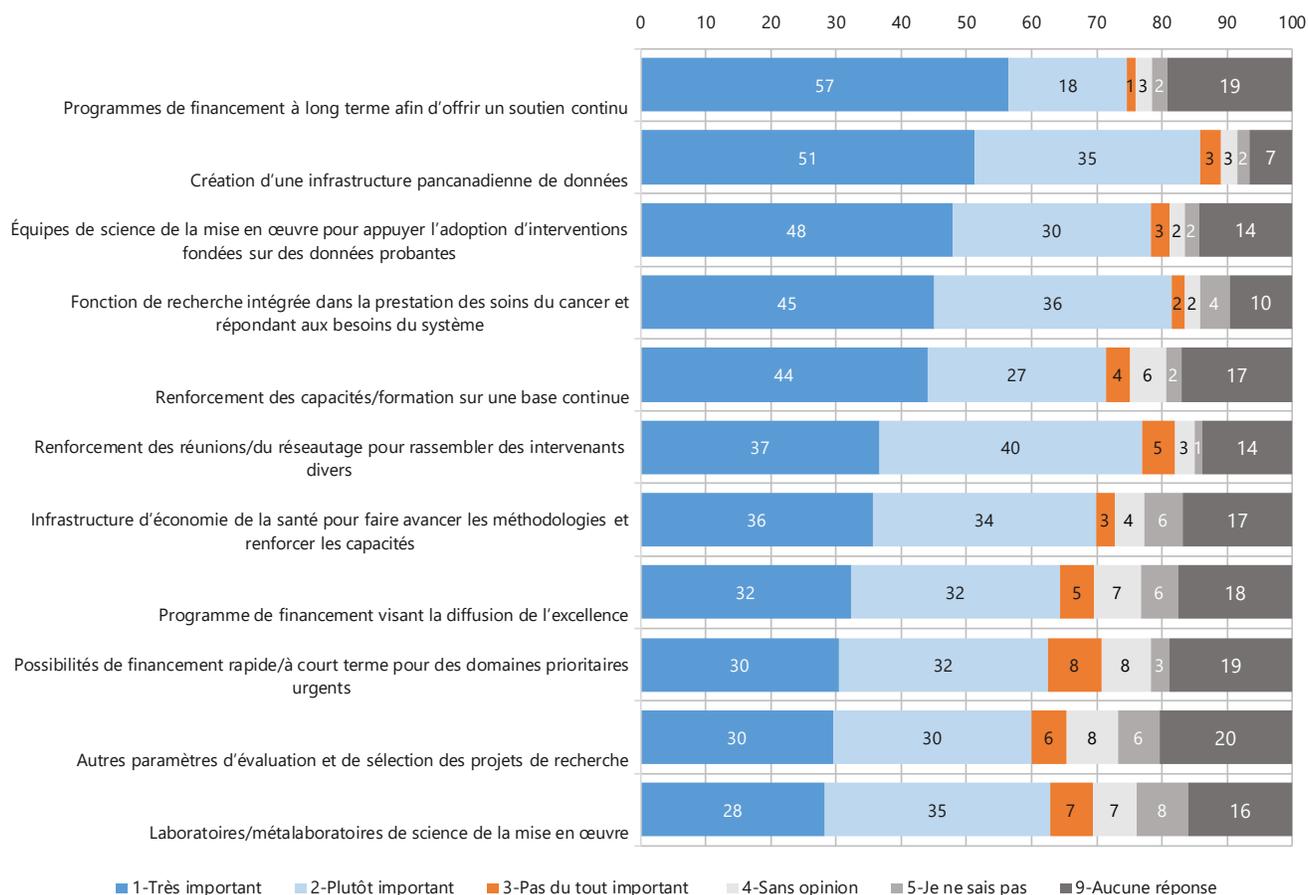


FIGURE 4

TROIS MÉCANISMES PRINCIPAUX CLASSÉS COMME ÉTANT TRÈS IMPORTANTS PAR LES GROUPES DE RÉPONDANTS

Chercheur/clinicien-chercheur (n = 162)	Fournisseur de soins de santé (n = 40)	Décideur/administrateur des soins de santé (n = 21)	Personne ayant une expérience vécue (n = 123)
1. Programmes de financement à long terme afin d'offrir un soutien continu	1. Création d'une infrastructure pancanadienne de données	1. Programmes de financement à long terme afin d'offrir un soutien continu	1. Équipes de science de la mise en œuvre pour appuyer l'adoption d'interventions fondées sur des données probantes
2. Création d'une infrastructure pancanadienne de données	2. Fonction de recherche intégrée dans la prestation des soins du cancer et répondant aux besoins du système	2. Infrastructure d'économie de la santé pour faire avancer les méthodologies et renforcer les capacités	2. Création d'une infrastructure pancanadienne de données
3. Renforcement des capacités/formation sur une base continue	3. Programmes de financement à long terme afin d'offrir un soutien continu	3. Renforcement des capacités/formation sur une base continue	3. Renforcement des réunions/du réseautage pour rassembler des intervenants divers

FIGURE 5

PRINCIPAUX ORGANISMES DÉSIGNÉS COMME PROMOTEURS POTENTIELS SELON LE MÉCANISME

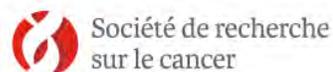
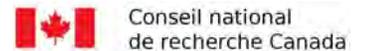
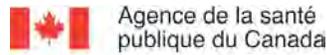
	Réponse la plus fréquente	Deuxième réponse la plus fréquente	Troisième réponse la plus fréquente
Création d'une infrastructure pancanadienne de données	IRSC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	PCCC
Fonction de recherche intégrée dans la prestation des soins du cancer et répondant aux besoins du système	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	IRSC	PCCC
Renforcement des réunions/du réseautage pour rassembler des intervenants divers	PCCC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	IRSC
Implementation science teams to support adoption of evidence-based interventions	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	IRSC	PCCC
Laboratoires/métalaboratoires de science de la mise en œuvre	IRSC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	PCCC
Infrastructure d'économie de la santé pour faire avancer les méthodologies et renforcer les capacités	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	Gouvernements prov./terr.	Santé Canada
Renforcement des capacités/formation sur une base continue	IRSC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	PCCC
Programme de financement visant la diffusion de l'excellence	PCCC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	IRSC
Possibilités de financement rapide/à court terme pour des domaines prioritaires urgents	IRSC		
Programmes de financement à long terme afin d'offrir un soutien continu	IRSC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	PCCC
Autres paramètres d'évaluation et de sélection des projets de recherche	IRSC	Organismes prov./terr. de lutte contre le cancer	

À la question « Quels sont les éléments les plus importants à prendre en compte (facteurs facilitants, leviers politiques, aspects financiers, etc.) pour parvenir à faire avancer la recherche sur les services et les politiques de santé en lien avec le cancer au Canada au cours de la décennie à venir? », 33 % des répondants (127/382) ont fourni une réponse. Les thèmes les plus fréquemment mentionnés étaient : l'importance du financement, en particulier le financement durable; la valeur de toutes les formes de collaboration et de coordination, entre chercheurs (dans différentes disciplines et de différents pays) de même qu'entre fournisseurs de soins, décideurs et chercheurs; la nécessité d'avoir accès à des données avec mention explicite des enjeux de confidentialité et de sécurité des données inhérents au partage de données entre territoires de compétence.

ANNEXE C. PROMOTEURS DU PROJET



NOS MEMBRES



Membre affilié :





Canadian Cancer
Research Alliance

Alliance canadienne
pour la recherche sur le cancer

Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC)
145, rue King Ouest, bureau 900
Toronto (Ontario) M5H 1J8 CANADA

<https://www.ccra-acrc.ca>

Also available in English