



# Évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique de 2014-2015 à 2018-2019

Préparé par  
Bureau de l'audit et de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du  
Canada

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a  
préséance.

**Mars 2019**



# Table des matières

Résumé.....	iv
Réponse et plan d'action de la direction.....	ix
Réponse et plan d'action de la direction pour le programme des CCNSP (2018-2019 et 2019-2020) .....	ix
<b>1.0 But de l'évaluation .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0 Description du programme.....</b>	<b>1</b>
2.1 Contexte du programme .....	1
2.2 Profil du programme.....	1
2.3 Évaluations antérieures.....	2
2.4 Description détaillée du programme .....	3
2.5 Harmonisation du programme et ressources.....	3
<b>3.0 Description de l'évaluation .....</b>	<b>4</b>
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation .....	4
3.2 Limites et stratégies d'atténuation.....	5
<b>4.0 Constatations .....</b>	<b>6</b>
4.1 Pertinence .....	6
4.1.1 Besoin continu d'application des connaissances.....	6
4.1.2 Comprendre le rôle des CCN.....	8
4.1.3 S'adapter à l'évolution du mandat du programme.....	9
4.1.4 Chevauchements, dédoublements et complémentarité .....	10
4.1.5 Harmonisation avec les priorités gouvernementales et les priorités en santé publique.....	13
4.2 Efficacité : Atteinte des résultats .....	15
4.2.1 Rayonnement, accessibilité et utilisation des ressources fondées sur des données probantes.....	15
4.2.2 Utilité des ressources fondées sur des données probantes.....	17
4.2.3 Contribution à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions .....	18
4.2.4 Traiter les enjeux émergents et combler les lacunes dans les connaissances .....	20
4.2.5 Favoriser les collaborations avec les partenaires de santé publique .....	21
4.2.6 Favoriser la collaboration entre les CCN .....	24
4.3 Efficacité.....	26
4.3.1 Utilisation des ressources disponibles .....	26
4.3.2 Avantages et inconvénients du modèle du programme des CCNSP .....	29
Le modèle axé sur les accords de contribution .....	30
4.3.3 Coordination avec l'ASPC.....	31
<b>5.0 Conclusions .....</b>	<b>33</b>
<b>6.0 Recommandations.....</b>	<b>34</b>
<b>Annexe A – Modèle logique du programme des CCNSP.....</b>	<b>36</b>
<b>Annexe B – Profils des centres de collaboration nationale.....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe C – Description de l'évaluation .....</b>	<b>49</b>
<b>Notes en fin de texte.....</b>	<b>52</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Budget prévu du programme de CCNSP (2014-2015 à 2018-2019) (en dollars).....	4
Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation .....	5
Tableau 3 : Autres initiatives d'acquisition, de synthèse, d'application et d'échange de connaissances en santé publique.....	12
Tableau 4 : Nombre de visites aux sites Web des CCN comparativement à des pages sélectionnées du site de l'ASPC en 2017-2018 (par ordre décroissant d'importance) .....	16
Tableau 5 : Répartition du budget annuel des CCN.....	27

## Liste des acronymes

ACSP	Administrateur en chef de la santé publique
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCN	Centres de collaboration nationale
CCNDS	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé Canada
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone Canada
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur la politiques publiques et la santé
CCNMI	Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses
CCNMO	Centre de collaboration nationale des méthodes et des outils
CCNSE	Centre de collaboration nationale en santé environnementale
CCNSP	Centre de collaboration nationale de la santé publique
IRSC	Instituts de recherches en santé du Canada
ONG	Organisations non gouvernementales
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

## Résumé

L'objectif de l'évaluation était d'évaluer la pertinence et le rendement du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) pour la période d'avril 2014 à septembre 2018. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur les résultats* de 2016 du Conseil du Trésor du Canada. Dans le cadre de l'évaluation de la pertinence, il s'agissait d'établir le besoin continu du programme, si le rôle des centres de collaboration nationaux (CCN) était bien compris et si le programme cadre avec les priorités du gouvernement, de l'ASPC et en matière de santé publique. Dans le cadre de l'évaluation du rendement, il s'agissait de se pencher sur l'atteinte des résultats escomptés, l'utilisation des ressources, les mécanismes de coordination avec l'ASPC et l'efficacité liée au modèle de programme.

### 1. Description du programme

La création du programme des CCNSP a été annoncée en 2004, en même temps que celle de l'ASPC et du Réseau pancanadien de santé publique, comme volet faisant partie intégrante de la stratégie adoptée par le gouvernement du Canada pour renforcer le système de santé publique au Canada.

Ce programme vise à rendre la recherche sur la santé publique plus pertinente et compréhensible pour les professionnels et organisations de la santé publique, afin qu'ils puissent l'utiliser dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes et pour élaborer des politiques (c.-à-d., utiliser les connaissances scientifiques dans le développement des politiques et la pratique de santé publique).

Le programme des CCNSP distribue 5,8 millions de dollars par année à six centres de collaboration nationaux (CCN), répartis à l'échelle du Canada, qui résument, appliquent et échangent des connaissances sur un thème particulier pour les rendre utiles et accessibles aux décideurs, aux gestionnaires de programme et aux professionnels de la santé publique<sup>a</sup>. Chaque centre reçoit un montant égal dans le cadre d'une entente de contribution entre l'ASPC et un organisme externe chargé d'héberger le centre. Voici les six centres et leurs hôtes respectifs :

- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), University of Northern British Columbia, Prince George (Colombie-Britannique);
- Centre de collaboration nationale en santé environnementale (CCNSE), Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique);
- Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI), Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba);
- Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO), Université McMaster, Hamilton (Ontario);

---

<sup>a</sup> Lorsqu'il est question du programme des CCNSP, le terme englobe tous les aspects de la gestion du programme par l'ASPC, y compris le secrétariat du programme des CCNSP. Lorsqu'il est question des CCN, le terme englobe les centres proprement dits, leurs activités et leur personnel.

- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Québec);
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), Université St Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse).

## 2. Constatations clés

### Pertinence

Les services d'application des connaissances continuent d'être nécessaires pour rendre les renseignements basés sur les données probantes plus accessible et utile aux professionnels de la santé publique à l'appui de la prise de décisions et de l'élaboration de politiques. On s'attend de plus en plus que l'utilisation de données probantes opportunes et bien documentées devienne pratique courante dans la prise de décisions en santé publique, mais cela demeure difficile à réaliser (p. ex., croissance du volume et de la complexité des données, élargissement de la santé publique afin d'y inclure les déterminants sociaux de la santé, compressions continues des ressources sur le terrain). De plus, dans le système de santé publique multijuridictionnel du Canada, il y a un besoin continu d'établir des réseaux reliant toutes les administrations afin de partager des renseignements et des pratiques exemplaires.

Bien que d'autres organisations proposent des services de synthèse, d'application et d'échange de connaissances en santé publique, l'évaluation a révélé que les CCN occupent un créneau unique axé sur l'application de connaissances fondées sur des données probantes d'une manière très pratique pour appuyer les professionnels de la santé publique de tout le pays. De plus, les CCN sont différents d'autres organisations de par leur nature non gouvernementale, ce qui accroît leur capacité de répondre aux besoins sur le terrain. Par ailleurs, leur portée est nationale, alors que celle d'autres organisations tend à être provinciale ou locale. Quelques informateurs clés ont toutefois laissé entendre qu'il est nécessaire de réévaluer les thèmes abordés par les centres en fonction de l'évolution des priorités en santé publique.

Le mandat du programme des CCNSP a évolué depuis la dernière évaluation. Alors qu'il était axé sur le renforcement de la capacité en santé publique et ciblait les professionnels au niveau local, il vise désormais d'appuyer la prise de décisions et de l'élaboration de politiques à tous les niveaux du système de santé publique. La plupart des centres, mais non tous, ont tenu compte de cette réorientation du mandat du programme dans le cadre de leurs collaborations. L'intention du programme des CCNSP concorde clairement avec les priorités globales du gouvernement du Canada et de l'ASPC en matière de renforcement de la capacité en santé publique et du leadership scientifique. Cependant, même si les CCN sont structurés de manière à pouvoir mieux réagir aux besoins directs des professionnels de la santé publique, certains se demandent si leur travail concorde bien avec les priorités du secteur de la santé publique au niveau opérationnel. Ces questions se posent, en partie, parce que la façon dont les CCN élaborent leurs plans de travail est mal connue, parce qu'ils recueillent des commentaires de diverses sources pour informer leur élaboration.

## **Atteinte des résultats**

Les CCN ont réalisé un vaste éventail de produits et d'activités d'application des connaissances de grande qualité, et les intervenants les considèrent comme une source de référence fiable pour de multiples enjeux ayant trait à la santé publique. Il y a aussi de nombreux exemples de contributions des CCN aux processus de prise de décisions et d'élaboration de politiques dans le domaine de la santé publique.

Dans bien des cas, les CCN ont répondu à des besoins émergents, notamment en cernant les lacunes en matière de connaissances. Toutefois, le processus actuel pour élaborer les plans de travail fait en sorte qu'il est difficile pour les centres de traiter ces besoins émergents rapidement.

Dans le cadre de leurs activités régulières, les CCN ont entrepris de nombreuses activités en collaboration avec des partenaires externes. Ces collaborations ont permis aux intervenants de tirer parti mutuellement de leur capacité d'obtenir des résultats et d'échanger des renseignements entre les régions et les administrations. Dans bien des cas, les CCN ont réuni des intervenants que les organisations gouvernementales n'auraient pas pu réunir de la même façon. La capacité qu'ont les CCN de favoriser l'établissement de relations est perçue comme un important service à valeur ajoutée qu'ils fournissent.

Des collaborations ont eu lieu régulièrement impliquant deux ou trois CCN en traitant de diverses initiatives. Ces collaborations étaient réputées être productives, car chaque CCN avait une expertise précieuse à y apporter. Cependant, l'exigence que l'ensemble des six CCN collaborent à des projets «signature» était perçue comme détournant des ressources limitées qui pourraient mieux être utilisées ailleurs.

## **Efficacité**

Globalement, il a été établi que les Centres fonctionnent efficacement et utilisent leurs ressources limitées avec prudence et de façon innovatrice pour produire un nombre considérable de résultats. Toutefois, leur capacité de produire des résultats a diminué, étant que le financement provenant de l'ASPC a diminué, passant d'une affectation annuelle de 1,5 M\$ pendant les premières années du programme à un budget fixe de 974 000 \$ par an pendant la période couverte par l'actuel accord de contribution (soit de 2015 à 2020).

Dans l'ensemble, le modèle de programme des CCNSP a été jugé comme avantageux parce qu'il aide les centres à fonctionner efficacement, leur permettant d'avoir accès aux services et à l'expertise de leur organisation d'accueil, de tirer parti de leurs réseaux et d'avoir accès à du financement pour faire avancer des projets conjoints. Le modèle qui ne crée aucun lien de dépendance entre les Centres et le gouvernement a également permis aux CCN de demeurer apolitiques et de rester au contact des activités qui se déroulent sur le terrain. Toutefois, bien que les centres mènent des activités de faible envergure, ils doivent suivre les procédures de leur organisme d'accueil et respecter leur accord de contribution avec l'ASPC. Les exigences actuelles en matière de production de rapports sur le rendement étaient considérées comme lourdes et demandant un grand effort de temps, compte tenu, notamment, de la réduction du budget accordé au programme au fil du temps.

L'interaction et la communication entre l'ASPC et les CCN au sujet des priorités étaient limitées, et il était donc difficile pour les CCN de faire concorder leurs plans de travail annuels avec les domaines d'intérêt de l'ASPC, afin de favoriser la collaboration et d'éviter le double emploi. Une initiative dirigée par la haute direction de l'ASPC, qui a été lancée en février 2018, s'est montrée prometteuse pour le développement de collaborations plus étroites entre les CCN et l'ASPC, mais il est trop tôt pour en évaluer les résultats.

## Recommandations

### Recommandation 1

**Établir un partenariat bilatéral entre l'ASPC et les CCN afin de mieux faire connaître le travail de chacun et d'accroître la collaboration dans les domaines d'intérêt commun.**

À l'ASPC, il y a toujours un manque général de compréhension du rôle, du mandat et de la valeur des CCNSP. Par ailleurs, les CCN s'inquiétaient du fait que les priorités de l'ASPC ne leur sont pas transmises systématiquement et en temps opportun. Il a donc été difficile pour les CCN d'harmoniser leurs plans de travail annuels avec les domaines d'intérêt de l'ASPC et d'établir des liens avec les secteurs de programme concernés. Compte tenu de cela, l'ASPC devrait s'appuyer sur les efforts initiaux de l'initiative de la haute direction et s'engager de façon plus stratégique et plus régulière avec les CCN, afin de tirer parti des connaissances, des ressources et des réseaux de l'autre pour faire progresser des objectifs communs.

### Recommandation 2

**Explorer les possibilités, dans le cadre du renouvellement de l'accord de contribution, afin de veiller à ce que chaque CCN demeure pertinent par rapport aux nouveaux besoins du secteur de la santé publique en ce qui concerne les enjeux abordés, l'éventail des collaborations et les publics cibles.**

Le mandat du programme des CCN a évolué depuis la dernière évaluation; alors qu'il se concentrait sur le renforcement de la capacité en santé publique et sur les professionnels à l'échelon local, le mandat vise désormais à appuyer la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé publique. Ce ne sont pas tous les centres qui ont adopté ce changement du mandat du programme auprès de leurs publics cibles et dans leurs collaborations, puisqu'ils continuent de se concentrer sur les praticiens locaux. De plus, bien que les sujets du programme des CCNSP aient pu être pertinents lorsqu'ils ont été choisis il y a plus de 13 ans, on s'inquiétait que ces thèmes n'aient jamais été révisés depuis la création du programme et que les efforts en matière d'application des connaissances devraient étudier d'autres enjeux qui cadrent avec les priorités émergentes de santé publique à l'échelle mondiale. Étant donné que le cycle de financement actuel prend fin en 2020, l'ASPC devrait explorer les possibilités pour s'assurer que les CCN demeurent pertinents, notamment en clarifiant les directives données aux CCN, afin de remplir le mandat actuel du programme et de répondre aux besoins en évolution du secteur de la santé publique.

### Recommandation 3

**Étudier des options pour maximiser les affectations des ressources aux CCN et pour permettre à ces derniers d'utiliser ces mêmes ressources plus efficacement afin de réaliser leur mandat principal, soit :**

- **revoir la nécessité pour les six CCN de collaborer à des projets « signature »;**
- **laisser une marge de manœuvre aux CCN pour qu'ils adaptent leur plan de travail afin d'aborder de nouveaux enjeux, étant donné que leur mandat principal exige de combler les lacunes en matière de connaissances;**
- **simplifier les exigences en matière de mesure du rendement.**

Les réductions des affectations de fonds de l'ASPC aux CCN ont limité leur capacité de produire leurs résultats. Dans ce contexte, l'ASPC devrait examiner les possibilités d'optimiser l'affectation des ressources et de gérer les attentes. L'ASPC devrait plus particulièrement réexaminer l'exigence que l'ensemble des six CCN collaborent à des projets « signature », étant donné qu'ils collaborent les uns avec les autres par d'autres moyens. L'ASPC devrait également laisser une plus grande marge de manœuvre aux CCN pour qu'ils puissent aborder les questions émergentes dès qu'ils se présentent, sans devoir réviser profondément leurs plans de travail et sans que cela touche la responsabilité pour les résultats obtenus pendant l'année. L'ASPC devrait simplifier les exigences en matière de mesure du rendement en insistant particulièrement sur la fourniture de données utiles pour orienter la gestion et l'évaluation continues du programme, tout en maintenant le fardeau redditionnel imposé aux CCN en fonction de leur niveau actuel de financement.



Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
		de santé publique résultant des domaines d'affaires des CCN et encourager les collaborations nouvelles entre les CCN, les responsables des programmes de l'ASPC et d'autres intervenants en matière de santé publique.	personnel et aux gestionnaires de l'ASPC par différents mécanismes (la gouvernance des directions générales, des séminaires Parlons santé, le bulletin Nouvelles diffusées de l'ASPC et de Santé Canada).  2.2 Les accords de contribution renouvelés pour 2020 et au-delà définiront la relation entre les CCN et l'ASPC ainsi que les principes grâce auxquels ce partenariat sera préservé.	30 septembre 2019		
Recommandation 2 :  Explorer les possibilités, dans le cadre du renouvellement de l'accord de contribution, afin de veiller à ce que chaque CCN demeure pertinent	D'accord.	1. Déterminer et examiner, de concert avec les dirigeants de l'ASPC et les CCN, les principaux secteurs prioritaires pour la mobilisation des connaissances en matière de santé publique.	1.1 La prochaine invitation à soumissionner qui sera transmise aux CCN contiendra une section permettant d'indiquer des secteurs d'intérêt en matière de mobilisation des	30 juin 2019	Vice-président, Prévention et contrôle des maladies infectieuses  Conseiller scientifique principal	Ressources existantes

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
par rapport aux nouveaux besoins du secteur de la santé publique en ce qui concerne les enjeux abordés, l'éventail des collaborations et les publics cibles.		2. Collaborer avec le Centre de subventions et de contributions (CSC) pour perfectionner le processus et la documentation de renouvellement afin de rendre le tout plus efficace et efficient, tout en conservant les exigences fondamentales du SCT.	connaissances.			
			1.2 Une réunion de planification avec les responsables des CCN et l'Unité des rapports de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP).	30 septembre 2019		
			2.1 Documentation axée sur le processus restructuré ou simplifié d'invitation à soumissionner	30 juin 2019		
		3. Programme du CCNSP devrait examiner les plans de travail annuels des CCN afin d'évaluer leur capacité à aborder une vaste gamme d'actions (collaborations,	3.1 Un processus ou calendrier d'évaluation du plan de travail annuel qui est documenté et mis à jour afin d'inclure la consultation des responsables des	30 septembre 2019		

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
		réseautage et détermination des lacunes) qui reflètent les grandes priorités.	programmes touchés, les dirigeants de l'ASPC et des CCN et les directeurs régionaux de l'ASPC.			
Recommandation 3 : Étudier des options pour maximiser les affectations des ressources aux CCNSP et pour permettre à ces derniers d'utiliser ces mêmes ressources plus efficacement afin de réaliser leur mandat principal, soit :	D'accord.	<p>1. À l'avenir, les CCN ne seront plus tenus de s'engager dans un projet de « premier plan » qui implique l'ensemble des six centres. Le programme continuera d'encourager les CCN à collaborer entre eux, comme ils l'entendent, pour les projets d'envergure.</p> <p>2. Le cycle actuel de planification des travaux autorise une certaine flexibilité grâce à laquelle les CCN peuvent suggérer et mettre en place des changements à leurs plans de travail en fonction</p>	<p>1.1 Suppression de l'exigence imposée aux CCNSP de participer aux projets de « premier plan », comme il est inscrit dans les ententes suggérées qui sont soumises pour des signatures.</p> <p>La disposition d'une entente qui autorise une certaine flexibilité dans l'entente, comme il est inscrit dans les ententes suggérées qui sont soumises pour des signatures</p>	<p>30 juin 2019</p> <p>30 juin 2019</p>	<p>Vice-président, Maladies infectieuses contrôle des maladies infectieuses</p> <p>Conseiller scientifique principal</p>	Ressources existantes

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
<p>lacunes en matière de connaissances;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>simplifier les exigences en matière de mesure du rendement.</li> </ul>		<p>des priorités qui émergent. Le programme des CCNSP discutera de manière proactive des changements dans le plan de travail, ainsi que d'un possible financement additionnel en cours d'année pour s'adapter à ces changements.</p> <p>3. Le programme des CCNSP examinera le processus de surveillance du programme et les pratiques en place pour alléger le fardeau imposé aux bénéficiaires du CCNSP, tout en remplissant les obligations de l'Agence en vertu de la <i>Loi sur la gestion financière</i> et la procédure opérationnelle normalisée (PON) du CSC.</p>	<p>3.1 Une documentation à jour sur les exigences imposées aux CCN pour la production de rapports</p>	<p>30 septembre 2019</p>		

## 1.0 But de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation était d'évaluer la pertinence et le rendement du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) pour la période d'avril 2014 à septembre 2018. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la *Politique sur les résultats* de 2016 du Conseil du Trésor du Canada.

## 2.0 Description du programme

### 2.1 Contexte du programme

Suivant l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003, un examen par le Comité consultatif national sur le SRAS, intitulé le rapport Naylor, a cerné les enjeux auxquels se heurtaient différents acteurs du système de santé publique du Canada à l'échelle régionale, locale, provinciale et territoriale. Le rapport Naylor recommandait que des améliorations soient apportées à l'infrastructure de santé publique du Canada par la création d'un organisme indépendant, dont le mandat serait de soutenir les autres niveaux de gouvernement dans le renforcement de leurs systèmes de santé publique et de favoriser un environnement de collaboration parmi les acteurs du milieu de la santé publique. Parmi les éléments fondamentaux de cette infrastructure améliorée décrite dans le rapport Naylor figurait une ressource centrale pour l'application des connaissances et la prise de décisions basées sur les données probantes, y compris l'identification des besoins en recherche<sup>1</sup>.

Pour répondre à ce besoin, le gouvernement du Canada a mis sur pied l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et fondé du même coup le Réseau pancanadien de santé publique (RPSP) et le programme des CCNSP. Ces trois initiatives faisaient ainsi partie des efforts investis par le gouvernement du Canada pour renforcer le système de santé publique du pays.

### 2.2 Profil du programme

Les Centres de collaboration nationale (CCN)<sup>b</sup> ont été créés afin d'offrir un point de référence national pour l'échange de connaissances dans les secteurs prioritaires de la santé publique, tout en exploitant l'expertise en place dans les régions du Canada. En d'autres mots, les centres visent à promouvoir une prise de décisions fondée sur des données probantes par l'entremise des activités suivantes :

1. faire la synthèse des connaissances afin d'appuyer la pratique en santé publique à tous les niveaux du système;
2. mettre en application et diffuser les connaissances afin de les rendre utiles et accessibles aux décideurs, aux gestionnaires de programmes et aux professionnels de la santé publique;

---

<sup>b</sup> Tout renvoi au programme des CCNSP inclut également l'ensemble des aspects de la gestion du programme par l'ASPC, notamment les fonctions de secrétariat. Tout renvoi aux CCN inclut les centres eux-mêmes, leurs activités et leur personnel.

3. cerner les lacunes importantes liées aux connaissances et favoriser les travaux dans les secteurs prioritaires;
4. établir des liens entre les chercheurs et les professionnels en santé publique afin de renforcer les réseaux de connaissances fondées sur la pratique.

En tout, six centres de collaboration nationale ont été établis dans le cadre du programme des CCNSP. Chacun d'eux est hébergé au sein d'un organisme indépendant, que ce soit une université ou un organisme provincial de santé publique, et se spécialise dans un secteur prioritaire précis de santé publique. Les six centres sont les suivants (pour en apprendre davantage sur chaque centre, veuillez consulter l'annexe B) :

- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), University of Northern British Columbia, Prince George (Colombie-Britannique);
- Centre de collaboration nationale en santé environnementale (CCNSE), British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC), Vancouver (Colombie-Britannique);
- Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI), Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba);
- Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO), Université McMaster, Hamilton (Ontario);
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Québec);
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), Université St Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse).

## 2.3 Évaluations antérieures

Le programme des CCNSP a fait l'objet d'une évaluation en 2014 qui couvrait la période de 2008-2009 à 2013-2014<sup>2</sup>.

Cette évaluation a rapporté que le programme des CCNSP cadrait, de manière générale, avec les rôles et les priorités du gouvernement fédéral et de l'ASPC, et qu'il demeurerait essentiel de maintenir en place des mécanismes pour améliorer la prise de décisions fondée sur des données probantes dans le domaine de la santé publique. Il n'était toutefois pas certain qu'il y avait harmonisation et complémentarité avec d'autres organismes impliqués dans l'application des connaissances, leur synthèse et leur échange. L'évaluation concluait également que le programme avait fait des progrès vers une utilisation accrue des données probantes pour informer la pratique en santé publique, même si ces progrès variaient d'un centre à l'autre. L'évaluation démontrait que les produits de connaissance et les activités connexes étaient utilisés par les professionnels de la santé publique pour appuyer leur processus décisionnel, mais que la conception des centres, orientée vers un sujet précis, a limité leur capacité à répondre aux enjeux émergents en matière de santé publique.

L'évaluation a fait des recommandations pour clarifier le rôle de l'ASPC et des CCN en matière d'application des connaissances et pour améliorer la mesure du rendement. La réponse et le plan d'action de la direction du programme avait été mis en œuvre de façon intégrale.

## 2.4 Description détaillée du programme

L'objectif du programme de CCNSP est de promouvoir l'utilisation des connaissances par les professionnels de la santé publique du Canada pour la prise de décisions fondée sur des données probantes (c.-à-d., soutenir l'utilisation de données scientifiques pour le développement des politiques et la pratique)<sup>3</sup>. Le programme des CCNSP repose sur une théorie du changement selon laquelle une amélioration dans la disponibilité et de l'accessibilité des connaissances et une collaboration accrue permettront aux professionnels de la santé publique d'adopter de meilleures pratiques et de prendre des décisions plus éclairées. On prévoit que ceci mènera à de meilleurs résultats en santé publique.

Voici les résultats prévus du programme des CCNSP :

- Des mécanismes sont en place pour aider les partenaires de santé publique à travailler en équipe pour aborder les questions actuelles et émergentes en matière d'infrastructure de santé publique;
- Les organisations de santé publique jouent un rôle dans les processus et les réseaux de collaboration, et y participent;
- Les professionnels et les partenaires de la santé publique ont accès à des données et à des renseignements sur la santé publique qui sont fiables et utilisables<sup>4</sup>.

L'atteinte de ces résultats vient appuyer l'objectif de l'ASPC, qui consiste à protéger les Canadiens et à leur donner les moyens d'améliorer leur santé grâce à des mécanismes permettant au système de santé publique de travailler en collaboration afin d'aborder les questions actuelles et émergentes liées à l'infrastructure de santé publique. Le lien entre les activités, les extrants et les résultats du programme de contribution des CCNSP est décrit dans le modèle logique du programme (voir l'annexe A).

## 2.5 Harmonisation du programme et ressources

Les données financières du programme pour les exercices financiers 2014-2015 à 2018-2019 sont présentées ci-dessous (tableau 1). Le programme distribue environ 5,8 millions de dollars par année à l'ensemble des six CCN, chacun recevant approximativement 974 000 dollars annuellement. La somme des dépenses pour le programme atteint les 31,6 millions de dollars sur cinq ans.

**Tableau 1 : Budget prévu du programme de CCNSP (2014-2015 à 2018-2019) (en dollars)**

<b>Année</b>	<b>Subventions et contributions</b>	<b>Fonctionnement et entretien</b>	<b>Salaires<sup>1</sup></b>	<b>Total</b>
2014-2015	5 842 000	97 000	317 700	6 256 700
2015-2016	5 842 000	97 000	339 680	6 278 680
2016-2017	5 842 000	107 695	442 956	6 392 651
2017-2018	5 842 000	71 900	448 492	6 362 392
2018-2019	5 842 000	40 000	442 342	6 324 342
<b>Total</b>	<b>29 210 000</b>	<b>413 595</b>	<b>1 991 170</b>	<b>31 614 765</b>

Source des données : Estimation du budget prévu fourni par la Direction générale du dirigeant principal des finances de l'ASPC.

<sup>1</sup>Les salaires comprennent le programme d'avantages sociaux des employés.

## **3.0 Description de l'évaluation**

### **3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation**

L'évaluation s'est penchée sur les principaux enjeux se rapportant à la pertinence et au rendement du programme, notamment :

1. le besoin continu pour un tel programme;
2. la compréhension du rôle des CCN;
3. le dédoublement, le chevauchement et la complémentarité avec d'autres programmes;
4. l'harmonisation des priorités des CCN avec celles du secteur de la santé publique et de l'ASPC;
5. l'efficacité par l'atteinte des résultats prévus (c.-à-d., mesure dans laquelle les CCN collaborent avec d'autres partenaires de la santé publique, utilisation et utilité des produits de connaissance, incidence sur la prise de décisions éclairées);
6. l'économie et l'efficacité par l'évaluation de l'utilisation des ressources et l'efficacité des pratiques (c.-à-d., utilisation des ressources disponibles, mécanismes d'harmonisation avec l'ASPC, modèles de programme).

Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme, et ce sont ces questions qui ont guidé le processus d'évaluation. Une description détaillée de la méthodologie d'évaluation est présentée à l'annexe C.

Les données de l'évaluation ont été recueillies par les moyens suivants :

- un examen de la documentation du programme, y compris les données financières et de mesure du rendement;
- 78 entrevues, dont 32 avec des intervenants externes (p. ex., universitaires, experts, organisations non gouvernementales, provinces et territoires, associations professionnelles du Canada), 28 avec des membres du personnel, de la direction, des comités consultatifs et de l'organisme hôte des CCN, ainsi que 18 avec des représentants de l'ASPC.

## 3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des résultats et des conclusions. Le tableau 2 présente les limites avec lesquelles il a fallu composer lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour la présente évaluation. Il y est aussi question des stratégies d'atténuation mises en place pour s'assurer que les constatations de l'évaluation pourront être utilisées pour orienter la planification du programme et la prise des décisions. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

**Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation**

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
<p>La présentation des données sur la mesure du rendement d'un CCN à l'autre et d'une année à l'autre manquait de cohérence (p. ex., en ce qui concerne les statistiques Web et le nombre de produits de renseignements).</p> <p>De plus, il semble que le questionnaire sur la mesure annuelle du rendement soumis par les CCN n'incluait pas tous les extraits produits par ces derniers au cours d'une année donnée (p. ex., les CCN peuvent ne pas avoir déclaré toutes leurs collaborations pour une année en particulier).</p>	<p>Il était difficile de présenter des sommes et des tendances valides et fiables au fil du temps à l'échelle du programme et de faire des comparaisons entre les CCN.</p> <p>Les évaluations des extraits et des relations collaboratives des CCN peuvent ne pas être complètes.</p>	<p>Les données sur la mesure du rendement ont été prises à leur valeur nominale. Les chiffres agrégés qui en sont dérivés dans le présent rapport ont été interprétés avec prudence et sont assortis des mises en garde appropriées pour aider les lecteurs à en interpréter le sens. Dans la mesure du possible, les données sur la mesure du rendement ont été triangulées avec d'autres sources de renseignements.</p>
<p>L'évaluation n'a pas effectué un sondage auprès des professionnels de la santé publique du Canada afin d'analyser leur connaissance et leur utilisation des produits des CCN.</p>	<p>De manière générale, l'évaluation n'a pas inclus le point de vue des intervenants de la santé publique qui ne connaissaient pas les CCN ou qui n'avaient pas d'interaction avec ces derniers. Par conséquent, l'évaluation n'offre pas une analyse complète des lacunes en termes de connaissances et de sensibilisation relatives aux CCN et de leur travail au sein du système de santé publique du Canada.</p>	<p>Les données recueillies auprès des répondants ont été triangulées avec d'autres sources de renseignements pour analyser le rayonnement des CCN. De même, les répondants ont été invités à exprimer leur avis quant à la pertinence des CCN (p. ex., les lacunes sur le plan de la portée, les enjeux et les besoins abordés). De plus, une analyse des relations de partenariat des CCN a été menée pour montrer leur rayonnement par région et par type d'organisme (ce qui a permis de déduire certaines lacunes).</p>
<p>La sélection des informateurs clés pour cette évaluation était fondée sur les suggestions fournies par les bureaux régionaux de l'ASPC, le secrétariat du programme et les CCN. Les informateurs clés qui</p>	<p>Puisque l'évaluation n'incluait pas les points de vue des intervenants en santé publique qui ne connaissaient pas les CCN ou qui n'avaient pas d'interaction avec eux, il est</p>	<p>Un grand nombre de personnes ont été invitées à prendre part aux entrevues, et la stratégie d'échantillonnage a été conçue pour assurer la représentation de toutes les régions du Canada et d'une variété de groupes d'intervenants en</p>

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
ont pris part à une entrevue connaissaient donc déjà les CCN.	possible que les informateurs clés aient eu un biais à l'égard des CCN.	santé publique (personnel de première ligne, représentants des politiques et des programmes régionaux et nationaux, universitaires, etc.) Les informateurs clés entretenaient généralement une perspective équilibrée des CCN, soulevant tout autant les points forts que les secteurs à améliorer. Les renseignements recueillis auprès de ces informateurs clés ont été validés auprès d'autres sources de données si possible.

## 4.0 Constatations

### 4.1 Pertinence

#### 4.1.1 Besoin continu d'application des connaissances

**Il demeure nécessaire de rendre les renseignements basés sur des données probantes plus accessible et plus utile aux professionnels de la santé publique, afin d'appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques. Il demeure aussi nécessaire d'encourager l'établissement de réseaux et de collaborations à travers le système de santé publique pour assurer l'échange de renseignements et de pratiques exemplaires.**

Depuis son lancement en 2004, le programme des CCNSP vise à répondre au besoin en mobilisation des connaissances au sein de la santé publique et à faciliter l'application des données probantes et des résultats de la recherche émergente pour élaborer des politiques et mettre en œuvre des pratiques. Dans le contexte de cette évaluation, les observations tirées de l'ensemble des sources d'enquête utilisées indiquent qu'il demeure nécessaire pour les professionnels de la santé d'accéder à des données de sources fiables et de les utiliser de manière collaborative pour appuyer leurs décisions et élaborer des politiques.

Un examen de la littérature récente révèle que, pour améliorer la santé de la population, il faut continuer d'encourager l'adoption à plus large échelle de stratégies fondées sur des données probantes et offertes dans des formats novateurs par le milieu de la santé publique<sup>5</sup>. Pour appuyer une telle entreprise, l'accès en temps opportun à des renseignements fiables et exploitables dans l'ensemble des partenariats intersectoriels est une priorité essentielle pour la santé publique du XXI<sup>e</sup> siècle<sup>6</sup>. D'autre part, des études ont démontré que, malgré les nombreuses réalisations accomplies dans le secteur de la santé publique au cours des 30 dernières années, les praticiens et les décideurs doivent accorder une plus grande attention aux approches fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé publique, ces dernières ayant des avantages directs et indirects variés, y compris les suivants<sup>7</sup>:

- des stratégies d'intervention optimales et une plus grande équité sur le plan des niveaux de santé d'une collectivité à l'autre;
- une probabilité plus élevée d'instaurer des programmes et des politiques qui portent succès;
- une plus grande productivité du personnel;
- une utilisation plus efficace des ressources publiques et privées.

Afin de réaliser ces avantages, les chercheurs ont observé qu'il fallait diffuser à large échelle et de manière plus cohérente les renseignements d'ordre pratique sur les interventions efficaces en santé publique à tous les niveaux du gouvernement<sup>8</sup>.

Les informateurs clés, y compris des membres du personnel des CCN et des intervenants externes, ont repris les constatations tirées des analyses documentaires et de la littérature, selon lesquelles il est de plus en plus attendu que la prise de décisions s'appuie sur des données probantes. Plus spécifiquement, on s'attend que la pratique a évolué en la matière au fil des cinq dernières années pour être considérée comme la norme. Compte tenu de ceci, la majorité des informateurs clés internes et externes ont souligné la nécessité de soutenir, de façon continue, la résolution des enjeux qui limitent la capacité d'utiliser efficacement les renseignements fondés sur des données probantes. Voici les enjeux qui ont été cités par les informateurs clés :

- Le volume, la portée et la complexité des renseignements continuent de croître; par ailleurs, ils changent plus rapidement et se présentent sous des formes de plus en plus variées (blogues, baladodiffusions, webinaires, et vidéos). D'après les informateurs clés externes, il est de plus en plus difficile pour les professionnels de la santé publique de distinguer ce qui est pertinent de ce qui ne l'est pas et d'utiliser les renseignements disponibles de façon pratique, « d'obtenir les renseignements et les données utiles, de les rendre modulables et transférables et de les communiquer aux bonnes personnes, en temps opportun ».
- Puisque les responsabilités au sein du système de santé canadien sont partagées entre différents ordres de gouvernement (c.-à-d., administrations fédérales, provinciales, territoriales et municipales), certains informateurs clés sont d'avis qu'il demeure essentiel d'éliminer les obstacles entre les administrations en favorisant le réseautage et la collaboration dans tout le système afin d'échanger des renseignements et les pratiques exemplaires.
- La nature de la santé publique prend de l'expansion. Le noyau traditionnel de personnel infirmier et de médecins que comptait la santé publique s'est élargi et inclut aujourd'hui bon nombre de travailleurs qui font leur entrée dans le domaine sans expérience pratique. Par exemple, l'importance accrue qui est accordée aux déterminants sociaux de la santé a fait en sorte qu'une vaste gamme d'experts (p. ex., les intervenants de première ligne, les travailleurs sociaux, les planificateurs urbains) a rejoint le domaine de la santé publique. Tous ne sont pas bien préparés pour utiliser les données probantes disponibles en santé pour appuyer leur prise de décision. Ils ont donc besoin d'un soutien additionnel.

- Les professionnels de la santé publique, particulièrement à l'échelle locale et régionale, ont souvent une capacité limitée à demeurer au fait de la littérature et des résultats de recherche disponibles, à les interpréter et à les appliquer dans leur pratique, en raison de contraintes budgétaires et de temps. Un soutien est donc nécessaire pour rendre ces données plus facilement accessibles et plus pertinentes.

#### 4.1.2 Comprendre le rôle des CCN

**Le rôle des CCN est relativement bien compris par les professionnels de la santé publique en dehors de l'ASPC. Toutefois, les informateurs clés internes ont souligné un manque général de compréhension du rôle des CCN au sein même de l'APSC.**

La majorité des informateurs clés externes étaient en mesure d'exprimer la mission et la vision des CCN. Bon nombre des informateurs clés externes comprenaient que le rôle élargi des CCN était de soutenir le système de santé publique en rendant la recherche plus pertinente, plus accessible et plus compréhensible pour la pratique et l'élaboration de politiques, ce qui cadre bien avec les responsabilités fondamentales de l'ASPC. Quelques-uns des informateurs clés externes ont souligné que le programme des CCNSP avait un rôle à jouer dans la promotion de l'innovation et dans l'application de méthodes et d'outils nouveaux pour aborder les problèmes auxquels se heurte la santé publique.

D'après les entrevues qui ont été menées avec les informateurs clés internes, le rôle et la mission à long terme des CCN et la manière dont ils sont liés au travail que l'Agence entreprend semblent largement méconnus. Une majorité d'informateurs clés internes ont exprimé une certaine confusion à savoir si les CCN ont comme mandat de soutenir les travaux de l'ASPC, ainsi qu'au sujet de la manière dont l'Agence pourrait collaborer avec les CCN pour faire progresser des secteurs d'intérêt commun (voir la section 4.3.3 pour de plus amples renseignements).

D'après les entrevues avec les informateurs clés internes et externes, il semble que ce manque de clarté entourant le rôle des CCN s'explique, du moins en partie, par les perceptions qu'entretiennent les membres du personnel des CCN et de l'ASPC. D'une part, selon les informateurs clés des CCN, les centres ne considèrent pas l'ASPC comme partie de leur principal public cible. D'autre part, la majorité des informateurs clés internes ont indiqué ne pas savoir comment entrer en contact avec les CCN et ne pas être en mesure de le faire, puisqu'ils perçoivent ces centres comme étant indépendants de l'ASPC. Globalement, il s'est révélé difficile de trouver un juste équilibre entre soutenir l'ASPC et maintenir l'indépendance des CCN et leur capacité d'élaborer des plans de travail à partir des besoins établis sur le terrain.

### 4.1.3 S'adapter à l'évolution du mandat du programme

**Le mandat du programme des CCNSP a évolué depuis la dernière évaluation. Alors qu'il se concentrait sur le renforcement de la capacité en santé publique en ciblant les professionnels à l'échelon local, le programme vise désormais à appuyer la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé publique. Cependant, tous les CCN ne ciblent pas tous les niveaux du système de santé publique et tous n'ont pas modifié la portée de leur collaboration pour refléter l'évolution du mandat du programme.**

Comme il a été mentionné par les responsables des programmes et dans les documents publics, dont le Rapport sur les plans et priorités de l'ASPC, le mandat du programme des CCNSP était, pour les années antérieures à 2014-2015, de renforcer la capacité en santé publique, d'appliquer les connaissances en santé et d'encourager et appuyer l'utilisation du savoir et des données probantes par les professionnels de la santé du Canada, en collaboration avec les administrations provinciales, territoriales et locales, le milieu universitaire, les professionnels de la santé publique et les organisations non gouvernementales.

Ce mandat a été modifié au moment où les accords de contribution ont été renouvelés en avril 2015. Selon les documents publics portant sur la question, comme le Rapport sur les plans et les priorités de 2015-2016, le mandat du programme a été élargi, passant d'une attention particulière au renforcement de la capacité en santé publique à la promotion de l'utilisation des connaissances pour la prise de décisions basés sur les données probantes par les décideurs en politiques, les gestionnaires de programme et les professionnels.

Le changement d'orientation du programme s'est aussi accompagné d'un changement dans le public cible et les collaborateurs. Avant le renouvellement des accords de contribution, l'énoncé du mandat du programme décrivait clairement un objectif de collaboration avec les gouvernements locaux. L'énoncé actuel cible toutefois les professionnels de la santé publique qui assument différents rôles au sein du système de santé publique, des intervenants de première ligne aux décideurs et aux gestionnaires.

La plupart des CCN ont adapté leur public cible à ce changement au mandat du programme. Ainsi, comme l'ont confirmé la plupart des informateurs clés des CCN, les centres s'adressent essentiellement aux professionnels de la santé publique de l'ensemble du système. Cela dit, le CCNSE tend à cibler plus particulièrement les inspecteurs de la santé publique, lesquels représentent un groupe plus restreint de professionnels de la santé publique au Canada. Le CCNSA est également différent des autres CCN, étant donné qu'il est le seul centre axé sur une population et a un engagement et des responsabilités envers les particuliers, les familles et les collectivités d'origine autochtone. Toutefois, d'après les informateurs clés des CCN, le public cible du CCNSA inclut également des organisations, des réseaux, des praticiens, des éducateurs et des organisations non gouvernementales non autochtones qui ont un intérêt direct dans la santé et le bien-être des Autochtones.

Dans la pratique, comme discuté dans la section 4.2.1, selon les sondages et les évaluations qu'ont menés les CCN, ce sont généralement des personnes ou des organisations œuvrant à l'échelle locale ou régionale du système de santé publique qui utilisent leurs produits.

De plus, une évaluation des collaborateurs et des partenaires qui figurent dans les données sur le rendement des CCN démontre que tous les CCN ne visent pas une collaboration de portée nationale. Plus précisément, la plupart des CCNSE, CCNSA et CCNMO ont indiqué que leurs collaborateurs et leurs partenaires étaient situés dans leur région d'appartenance, ou à l'extérieur du Canada dans le cas du CCNMO<sup>c</sup>. D'autres CCN semblent entretenir une relation de portée plus nationale avec leurs collaborateurs et leurs partenaires (voir la section 4.2.1 et l'annexe B pour de plus amples renseignements). De plus, d'après ces mêmes données sur le rendement, les collaborateurs et les partenaires des CCN sont essentiellement les administrations provinciales, territoriales ou locales. La seule exception à la règle est le CCNSA, qui collabore essentiellement avec le gouvernement du Canada et les organisations autochtones nationales.

#### 4.1.4 Chevauchements, dédoublements et complémentarité

**Il existe d'autres organismes impliqués dans des activités de synthèse, d'application et d'échange de connaissances. Toutefois, les données probantes suggèrent que les CCN ont trouvé une niche unique axée sur le transfert des renseignements fondés sur les données probantes, de manière accessible et pratique, aux professionnels de la santé publique du Canada.**

Comme il est mentionné dans le Rapport d'évaluation du programme des CCNPS de 2014, il existe un certain nombre d'organismes et d'initiatives qui appuient les activités de synthèse, d'application et d'échange de connaissances dans le domaine de la santé publique. Ceci n'a pas beaucoup changé depuis les cinq dernières années. Le tableau 3 ci-après présente un aperçu de certains des joueurs clés actuels du milieu<sup>d</sup>.

L'évaluation précédente ne permettait pas de conclure quant à la mesure dans laquelle les efforts déployés à l'époque sur le plan de la synthèse, de l'application et de l'échange de connaissances venaient compléter le programme des CCNSP. Dans le contexte de la présente évaluation, la plupart des informateurs clés internes et externes ont indiqué que, malgré tout chevauchement, la majorité des CCN ont trouvé leur niche et leurs publics différents ou qu'ils visent des enjeux différents de ceux d'autres organismes œuvrant dans leur secteur. D'autres utilisateurs externes des connaissances ont souligné que les dédoublements, s'il y en a, peuvent représenter des facteurs positifs. Ils permettraient ainsi aux organismes concernés d'échanger des données, de mettre leur expertise en commun et de tirer parti de secteurs d'intérêt partagé. En général, les CCN semblent se distinguer des autres organismes, puisque leur portée est nationale, qu'ils sont non gouvernementaux et

---

<sup>c</sup>D'après les données soumises par chaque CCN dans les questionnaires portant sur la mesure du rendement de 2015-2016 à 2017-2018. Ces questionnaires exigent de chaque centre qu'ils déclarent les groupes avec lesquels ils ont collaboré durant l'année, de même que le nom du projet sur lequel ils ont travaillé ensemble.

<sup>d</sup> La liste fournie n'est pas exhaustive et elle n'inclut pas une évaluation de tous les organismes participant à des activités de synthèse, d'application et d'échange de connaissances se rapportant aux thèmes de chacun des centres.

que leur objectif est d'appliquer l'information fondée sur des données probantes de manière très pratique. Comme l'illustre le tableau 3, l'équipe d'évaluation n'a pas trouvé des organismes dévoués à l'application et la synthèse de connaissances sur les enjeux de santé autochtone.

Plusieurs informateurs clés externes ont également souligné que les CCN viennent compléter le travail d'autres organismes du domaine et qu'ils assurent une certaine uniformité dans l'ensemble du pays sur le plan de l'accès aux meilleures données probantes en santé publique. Voici des exemples d'activités complémentaires :

- Les CCN partagent un intérêt de recherche avec les universités, mais complètent ces dernières en fournissant une plateforme sur laquelle diffuser les résultats de recherche de manière accessible et pertinente. Comme il est mentionné dans le document *Évaluation du programme de financement de l'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada*<sup>9</sup>, les efforts supplémentaires qui ont été investis sur le plan des partenariats et des activités de diffusion de l'information ont été peu reconnus au sein du milieu universitaire. Il faudrait en faire plus pour améliorer la situation.
- Des utilisateurs externes des connaissances ont souligné que les groupes provinciaux de santé publique peuvent avoir un mandat semblable à celui des CCN, mais que leur portée demeure provinciale et qu'ils ont des ressources limitées. Le fait de travailler avec les CCN leur permet de tirer parti de secteurs d'intérêt commun, de combler certaines lacunes et de mettre en commun les talents collectifs et la collaboration, tout en évitant la redondance, afin d'obtenir le plus grand effet possible au pays.

**Tableau 3 : Autres initiatives d'acquisition, de synthèse, d'application et d'échange de connaissances en santé publique**

Nom de l'initiative	Portée		Services/activités/outils offerts			
	Rayonnement géographique	Champ d'intérêt (maladie particulière ou santé publique en général)	Création de connaissances	Application des connaissances	Réseautage/collaboration	Éducation /formation
Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)	National	Sida/VIH	Oui	Oui	Oui	Oui
Association canadienne de santé publique (ACSP)	National	Santé publique		Oui	Oui	Oui
Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP, IRSC)	National	Santé publique	Oui	Oui	Oui	
Réseau pancanadien de santé publique	National	Santé publique			Oui	
Base de données Cochrane des revues systématiques	International	Ensemble de la santé		Oui		
Santé publique Ontario	Provincial	Santé publique		Oui	Oui	Oui
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	Provincial	Santé publique	Oui	Oui	Oui	Oui
British Columbia Centre for Disease Control	Provincial	Maladies transmissibles et chroniques, blessures évitables et risques liés à l'hygiène du milieu	Oui	Oui	Oui	Oui
Autorités régionales de la santé (environ 73 un peu partout au Canada, dont près de la moitié en Ontario) <sup>10</sup>	Local	Santé publique		Oui	Oui	Oui
Institut Wellesley	Local (région du Grand Toronto)	Déterminants sociaux de la santé et équité en santé		Oui	Oui	Oui

Référence : Examen des sites Web de chaque initiative (réalisé en octobre 2018).

#### 4.1.5 Harmonisation avec les priorités gouvernementales et les priorités en santé publique

**Le mandat général du programme cadre avec les priorités globales du gouvernement du Canada et de l'ASPC pour ce qui est de renforcer la capacité en santé publique et le leadership scientifique. Cependant, à l'échelle opérationnelle, il est difficile de déterminer si les activités des CCN concordent bien avec les priorités de l'ASPC et du secteur de la santé publique. De même, certains informateurs clés ont souligné la nécessité de réévaluer les thèmes abordés par les centres en fonction des priorités en santé publique évolutives.**

Au cours des cinq dernières années, l'amélioration du transfert des connaissances et de la prise de décisions fondés sur des données probantes au sein du personnel de santé publique, de même que la protection de la santé de la population canadienne, ont été définies comme des priorités du gouvernement du Canada. À ce titre, le mandat global du programme des CCNSP dans ce domaine continue de cadrer avec les priorités établies dans les sources suivantes :

- le plan stratégique sur cinq ans de l'ASPC (*Horizons stratégiques 2013-2018*)<sup>11</sup>, lequel inclut les deux grandes priorités qui suivent : i) renforcer les mécanismes formels du système de santé publique en améliorant le partage de l'information, les partenariats et les directives; ii) favoriser, promouvoir et gérer stratégiquement la surveillance, les activités scientifiques et la recherche à l'appui des décisions et des mesures en matière de santé publique, y compris de la mise en œuvre du Cadre d'excellence en science et en recherche.
- La conseillère scientifique en chef nouvellement en poste a mentionné ce qui suit dans une lettre ouverte qu'elle destinait au premier ministre au 100<sup>e</sup> jour suivant son entrée en fonction (janvier 2018)<sup>12</sup> : « *La démonstration de l'engagement du gouvernement à prendre des décisions fondées sur des données scientifiques et probantes a suscité un enthousiasme collectif dont j'entends tirer parti pour concrétiser deux éléments de mon mandat, c'est-à-dire promouvoir un dialogue entre les scientifiques gouvernementaux et universitaires et renseigner le public sur les enjeux scientifiques.* » Plus particulièrement, elle ajoute que « *l'incorporation du savoir autochtone dans les données scientifiques sur lesquelles le gouvernement fonde ses décisions est essentiel* », soulignant ainsi l'importance continue du CCNSA en particulier.
- L'un des principaux résultats prévus de la nouvelle *Vision scientifique*<sup>13</sup> du Canada, qui a été lancé dans le cadre du budget de 2018, est de soutenir la prise de décisions fondée sur des données probantes afin de s'assurer que la science est au cœur de l'élaboration de toutes les politiques fédérales. Les efforts déployés relativement à ce résultat ont été davantage étayés par l'*examen du soutien fédéral aux sciences en 2017*<sup>14</sup>, qui mettait l'accent sur la nécessité pour la recherche d'éclairer l'élaboration des politiques au sein de l'ensemble des ministères et organismes gouvernementaux.

Les constatations se rapportant au degré d'harmonisation entre les priorités des CCN et de l'ASPC à l'échelle opérationnelle sont mitigées et inégales d'un CCN à l'autre. Comme l'ont mentionné des informateurs clés internes et des CCN, la discussion entre l'ASPC et les centres quant à la manière d'harmoniser leur priorité est généralement limitée. Voir la section 4.3.3 pour obtenir plus de renseignements sur le sujet.

Les informateurs clés externes entretenaient également des perspectives mitigées sur l'harmonisation des travaux des CCN avec les priorités du secteur de la santé publique. D'un côté, un certain nombre de ces informateurs étaient d'avis que le travail des CCN cadrait bien avec les priorités du secteur. Certains allaient jusqu'à affirmer que c'est grâce à eux si des dossiers de secteurs émergents avaient progressé. Parmi ces secteurs, notons les considérations relatives à l'équité en santé pour les inspecteurs de la santé publique (CCNDS et CCNSE), la formation sur la santé des enfants et des jeunes autochtones pour donner suite à l'appel à l'action lancé par la Commission de vérité et réconciliation (CCNSA), les modules de formation en ligne sur l'évaluation des incidences sur la santé (CCNPPS) et les stratégies d'intervention en santé publique auprès des réfugiés (CCNMI), pour n'en nommer que quelques-uns. Voir la section 4.2.4 pour plus de renseignements sur le travail des CCN dans ce secteur.

D'un autre côté, bon nombre d'informateurs clés externes, même s'ils convenaient de l'utilité des travaux des CCN, se demandaient si ces derniers étaient axés sur les bons enjeux. De nombreux intervenants ont indiqué ne pas connaître la rétroaction prise en considération pour élaborer les plans de travail ni être consultés sur la question.

Cependant, les CCN recourent à des moyens variés dans le cadre de leur processus de travail régulier pour déterminer les besoins en connaissances du secteur de la santé publique. Ces mécanismes comprennent des analyses périodiques de la conjoncture, des sondages ciblés et l'obtention de la rétroaction de divers professionnels de la santé publique par l'entremise de leur comité consultatif et de leurs réseaux de collaborateurs. D'autres mécanismes importants pour que les CCN restent à jour avec les enjeux émergents en santé publique sont les demandes externes de renseignements et les invitations à collaborer qu'ils reçoivent sur une base continue. Celles-ci les renseignent sur les besoins des intervenants dont ils doivent tenir compte au moment de planifier leurs travaux. Comme l'ont mentionné les informateurs clés des CCN, les renseignements ainsi obtenus servent à définir les priorités de leurs plans de travail provisoires et à orienter leurs activités.

Certains informateurs clés internes et externes ont soulevé des préoccupations concernant le renouvellement du programme par rapport aux thèmes actuellement ciblés et aux organismes hôtes. Pour eux, les thèmes du programme des CCNSP étaient peut-être pertinents il y a 13 ans lorsqu'ils ont été sélectionnés, mais il faudrait maintenant les réévaluer en fonction des priorités en santé publique, qui ont évolué depuis. Voici des thèmes qu'un ou plusieurs intervenants clés externes ont proposés :

- le droit et l'économie en santé publique;
- les maladies chroniques (examen des points communs des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'arthrite ou de la démence, ou étude du poids santé, de l'obésité et de la nutrition, notamment);

- la qualité de vie, le bien-être et la collectivité (aborder des enjeux plus vastes que seulement la santé mentale);
- la santé publique et la technologie (analyse des mégadonnées, applications, intelligence artificielle, etc.)

## **4.2 Efficacité : Atteinte des résultats**

### **4.2.1 Rayonnement, accessibilité et utilisation des ressources fondées sur des données probantes**

**Les données de l'évaluation démontrent que, dans l'ensemble, les six CCN sont parvenus à mobiliser des renseignements fondés sur des données probantes et les diffuser par une variété de méthodes, atteignant ainsi les professionnels de partout au Canada.**

#### **Activités et produits générés par les CCN**

Les CCN travaillent ensemble pour promouvoir l'utilisation de leurs résultats de recherche scientifique et des connaissances qu'ils génèrent, le tout pour renforcer la pratique, les programmes et les politiques du Canada en matière de santé publique. Pour ce faire, les centres doivent cerner les lacunes sur le plan des connaissances, favoriser l'établissement de réseaux et fournir une gamme de ressources fondées sur des données probantes, y compris des services d'application des connaissances<sup>15</sup>.

Selon les données sur le rendement fournies par les CCN, ces derniers ont chaque année créé des produits d'application des connaissances et des activités connexes, y compris des publications, évaluées par des pairs ou non, telles que des billets de blogues, des commentaires, des exposés de position, des fiches de renseignements, des documents d'orientation, des examens des données probantes, des vidéos, des baladodiffusions, des infographies, des chapitres de livres, des articles et des rapports<sup>16</sup>.

De manière générale, les CCN ont offert des niveaux constants de produits et d'activités d'application des connaissances durant la période de l'évaluation. De 2015-2016 à 2017-2018, ils ont collectivement créé de 250 à 450 de ces produits et réalisé en moyenne 260 activités connexes chaque année. Les activités proposées étaient variées et conçues pour répondre aux besoins uniques de leur public cible, y compris des ateliers et des programmes livrés en personne, des formations en ligne et des webinaires, des exposés et des occasions d'échange de connaissances.

#### **Rayonnement des produits et des activités des CCN**

L'évaluation s'est penchée sur le rayonnement des produits et des activités des CCN en examinant les mesures Web et les sondages menés par les CCN auprès des utilisateurs. Les lecteurs devraient garder en tête que ces données ne permettent peut-être pas d'effectuer une évaluation exhaustive, puisque chaque centre utilise une diversité de moyens pour

distribuer ses produits, y compris les listes d'envoi, les ateliers, les webinaires, les cours en ligne, les présentations, les cours, les rassemblements nationaux, etc.

Les mesures Web qui figurent au tableau 4 indiquent que les CCN ont obtenu un degré d'engagement en ligne relativement élevé pour leurs produits. En 2017-2018, le contenu des sites du CCNMO et du CCNSA a été consulté par un nombre d'internautes uniques de deux à trois fois plus grand que le nombre d'internautes ayant visité le contenu Web comparable le plus populaire de l'ASPC. Par ailleurs, le contenu Web du CCNMI a été consulté près de deux fois plus souvent que les pages de l'ASPC consacrées aux maladies infectieuses.

**Tableau 4 : Nombre de visites aux sites Web des CCN comparativement à des pages sélectionnées du site de l'ASPC en 2017-2018 (par ordre décroissant d'importance)**

Sites Web	Visiteurs uniques	Durée moyenne de la visite
<b>CCNMO</b>	195 687	5 min 30 s
<b>CCNSA</b>	127 142	2 min 59 s
<i>Vaccins et immunisation (ASPC)</i>	94 542	57 s
<i>Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé (ASPC)</i>	45 088	2 min 34 s
<b>CCNMI</b>	44 636	2 min 27 s
<b>CCNDS</b>	44 598	1 min 44 s
<b>CCNSE</b>	40 264	2 min
<b>CCNPPS</b>	34 566	2 min 27 s
<i>Maladies infectieuses (ASPC)</i>	25 393	1 min 1 s
<i>Rapport de l'ACSP (ASPC)</i>	5 928	13 min

Source des données : Données autodéclarées des CCN (telles qu'elles ont été fournies dans le questionnaire sur la mesure du rendement de 2017-2018) et des analyses Web de l'ASPC

Une analyse des données des sondages utilisées dans les évaluations menées par les CCN démontre que, de manière générale, les fournisseurs de soins de santé représentaient de 20 à 30 % des utilisateurs des connaissances. Les gestionnaires des programmes de santé publique, les organisations communautaires et non gouvernementales, les chercheurs et les étudiants, les médecins hygiénistes en chef et les fournisseurs de soins de santé figurent également parmi les utilisateurs des connaissances. Tandis que tous les CCN atteignent les professionnels de la santé publique en général, certains d'entre eux parviennent en revanche à atteindre des publics plus spécialisés. C'est le cas du CCNSA, par exemple, qui a atteint surtout des organisations communautaires et des organismes qui servent les populations autochtones, de même que les inspecteurs en santé publique étaient le groupe le plus atteint par le CCNSE.

Chaque centre a été en mesure de démontrer que leur formation et leurs produits atteignaient des utilisateurs de partout au Canada. D'après les données des sondages obtenues des centres, les Ontariens représentent de 30 à 60 % des utilisateurs des connaissances, suivis par les Québécois, qui forment de 10 à 15 % de ces utilisateurs. De tels chiffres reflètent bien la distribution de la population canadienne<sup>17</sup>. Certains centres touchent une plus grande proportion d'utilisateurs de la région où ils sont situés que d'autres. Quelque 30 % des utilisateurs du CCNPPS, notamment, résident au Québec; 10 % des utilisateurs du CCNDS, situé en Nouvelle-Écosse, sont des résidents de cette province, alors que ces derniers ne comptent que pour 1 à 3 % des utilisateurs des autres centres. Enfin, parmi les utilisateurs du CCNSA et du CCNSE, de 17 à 20 % sont des résidents de la

Colombie-Britannique, où logent ces centres, une proportion inférieure à 10 % pour les utilisateurs des autres régions. Puisque l'évaluation ne comportait pas une analyse de la connaissance CCN parmi les professionnels de la santé publique du Canada, il n'est pas possible de déterminer si ces centres ont une concentration plus élevée d'utilisateurs au sein de leur propre région, parce que les utilisateurs sont plus conscients de l'existence du centre situé près de chez eux. De plus, deux informateurs clés des CCN ont indiqué que la distribution régionale des utilisateurs reflétait la répartition géographique des professionnels de la santé, particulièrement ceux dont la pratique et l'expertise se rapportent aux travaux d'un centre en particulier au Canada. L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure de valider cette déclaration, car il n'existe aucune statistique sur le nombre de professionnels de la santé au Canada et sur leur répartition.

#### 4.2.2 Utilité des ressources fondées sur des données probantes

**En général, les produits des CCN sont perçus comme étant des sources de référence crédibles par les utilisateurs des connaissances. Ces derniers décrivent les produits en question comme étant pertinents et opportuns et les perçoivent comme étant utiles à un vaste public lié à la santé publique.**

Interrogés sur la pertinence et le caractère opportun des ressources des CCN, la plupart des informateurs clés, tant au sein de l'ASPC que d'organismes externes, ont indiqué que les CCN produisaient un travail de grande crédibilité et pertinent à leurs besoins. Certains utilisateurs des connaissances ont souligné le fait qu'une telle chose était particulièrement importante pour les unités de santé publique locales ou régionales qui fonctionnent dans un contexte de pénurie de ressources.

Les données des sondages recueillies par les CCN confirment que les utilisateurs des connaissances ont une opinion positive de la qualité et la pertinence de leurs produits. D'après les sondages du CCNSA, du CCNMO et du CCNPPS, de 80 à 100 % des répondants exprimaient un degré de satisfaction élevé par rapport aux produits de formation et de synthèse des connaissances et soulignaient avoir accès à des renseignements à jour.

Quelques-uns des utilisateurs externes des connaissances ont pris soin de noter que le CCNSA représentait une source de qualité particulière pour des produits culturellement adaptés, qui reflètent les réalités culturelles et historiques des Autochtones. Les réponses au sondage du CCNSA viennent confirmer cette affirmation et révèlent que plus de 90 % des utilisateurs des connaissances ont jugé ses produits et ses services comme étant pertinents sur le plan culturel. Un des informateurs clés a également mentionné que ce centre permettait aux étudiants des universités d'avoir accès à des connaissances liées aux enjeux de santé publique qui touchent les Autochtones, des connaissances qui, autrement, n'auraient peut-être pas été accessibles.

Si, dans l'ensemble, les répondants convenaient que les CCN proposent des produits et des services d'information opportuns et pertinents, une faible proportion d'utilisateurs des connaissances, la plupart œuvrant au sein de l'ASPC, ont exprimé une préoccupation quant à la capacité de ces produits à répondre aux besoins locaux ou à ceux des utilisateurs de

connaissances spécialisées. Plus précisément, quelques informateurs clés externes ont souligné que, compte tenu de la portée élargie des enjeux traités par les CCN, jumelée au fait que leur travail aborde des enjeux de santé publique d'un point de vue national, les produits d'application des connaissances ne sont pas toujours pertinents pour les réalités locales et régionales ou pour les besoins des utilisateurs de connaissances spécialisées. En général, ces préoccupations étaient considérées comme une limite acceptable à l'utilité des produits d'application des connaissances, compte tenu du mandat de ces centres et des niveaux de ressources auxquels ils ont accès.

### **4.2.3 Contribution à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions**

#### **De nombreux exemples illustrent l'utilisation des produits des CCN pour appuyer et informer la prise de décisions et l'élaboration de politiques.**

Les utilisateurs des connaissances provenant du domaine de la santé publique au Canada et au sein de l'ASPC ont décrit une variété de manières dont ils accédaient aux produits et aux activités des CCN. La formation offerte par les centres à des fins de perfectionnement professionnel représentait la manière la plus commune d'utiliser ces produits. Les éducateurs œuvrant dans les universités ou des programmes communautaires, quant à eux, utilisaient les documents des CCN comme ressources pour soutenir l'apprentissage des étudiants ou des membres de la collectivité. Par ailleurs, plusieurs utilisateurs clés internes et externes ont dit consulter les produits d'application des connaissances des CCN pour obtenir un aperçu des données probantes disponibles, lesquelles informent souvent leurs travaux. Les CCN répondent également à des requêtes formulées par des intervenants de tous les niveaux du système de santé publique, dont des demandes d'information ou de consultation sur des sujets précis ou des lettres d'appui (p. ex., pour les propositions de financement de recherche). Ils sont également invités à participer à des évaluations par les pairs, à soumettre des articles à des fins de publication, à s'associer pour un projet donné ou à livrer une présentation au cours d'événements. Les CCN ont également contribué à renforcer les relations pour soutenir l'échange de connaissances sur des enjeux de santé publique importants en tirant profit des réseaux établis au fil du temps avec des intervenants clés sur des enjeux précis de politique et de pratique. Ces réseaux comprennent les intervenants de première ligne, les professionnels de la santé, les partenaires d'autres provinces ou territoires, les organisations non gouvernementales et les organisations autochtones.

De plus, une étude des données empiriques disponibles suggère que les produits des CCN ont été utilisés de diverses façons pour appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes par une vaste gamme d'utilisateurs. Des exemples fournis par des informateurs clés et validés grâce aux données probantes incluses dans des documents internes et publics de chaque CCN comprennent les suivants : (voir l'annexe B pour plus de renseignements).

- CCNSE : Suite à un événement ayant causé la mort de trois personnes ayant été exposées à du monoxyde de carbone dans un établissement de soins de longue durée de Humboldt, en Saskatchewan, le CCNSE a examiné les différents moyens pour protéger les groupes vulnérables des dangers du monoxyde de carbone. Le Centre a collaboré avec le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique afin

de consulter des experts et d'élaborer le *Cadre de surveillance du monoxyde de carbone et d'intervention dans les établissements de soins prolongés*. Le cadre a été mis à l'essai par la Saskatoon Health Region. Selon certains informateurs clés travaillant dans la région, les recommandations formulées en matière de sécurité dans le cadre élaboré par le Centre sont aujourd'hui inscrites dans la réglementation de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan.

- CCNSA : Un modèle sur les déterminants sociaux et la santé des Autochtones mis au point par le CCNSA a été adopté par le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée dans des directives pour favoriser de bonnes relations avec les collectivités autochtones.
- CCNMI : De nombreux médecins de soins primaires traitant des patients qui présentent des symptômes d'une infection virale ressentent une pression réelle ou perçue de prescrire des antibiotiques, ce qui entraîne une surutilisation de ces produits et une résistance accrue à ces derniers. Le CCNMI a distribué des ordonnanciers de prescriptions non médicamenteuses un peu partout au Canada pour encourager les médecins à « prescrire » des stratégies non médicales pour soigner les symptômes viraux. Les informateurs clés qui travaillent avec le centre ont indiqué que cette initiative s'est révélée très efficace pour encourager les médecins à promouvoir la santé publique et que bon nombre d'autres unités provinciales et locales de santé ont adapté ces ordonnanciers pour leur région. De plus, le centre travaille également avec la Nouvelle-Écosse à l'élaboration d'un outil similaire pour les vétérinaires.
- CCNMO : L'accent mis par le CCNMO sur la conception d'outils destinés à améliorer les processus ciblant les professionnels de la santé publique est venu appuyer une pratique fondée sur des données probantes au sein des unités locales de santé publique. Par exemple, les membres de l'unité de santé publique de la région de Peel ont décidé, après avoir participé au programme des courtiers du savoir lancé par le centre en 2014, d'instaurer des processus décisionnels fondés sur des données probantes afin d'orienter leurs activités. L'unité tient régulièrement des réunions « d'applicabilité et de transférabilité » des connaissances pour établir un lien entre les données probantes disponibles et la mise en œuvre des programmes. Les intervenants de première ligne y assistent.
- CCNPPS : Plusieurs utilisateurs externes des connaissances du domaine de la santé publique ont affirmé avoir utilisé l'évaluation des incidences sur la santé du CCNPPS relativement à leurs processus pour mieux comprendre les effets d'un programme ou d'une politique sur la santé publique à l'échelle locale.
- CCNDS : En Ontario, les ressources du CCNDS portant sur le rôle que peut jouer la santé publique à aborder l'équité en santé ont servi de cadre à une initiative subventionnée par Santé publique Ontario et destinée à élaborer des directives sur les indicateurs de l'équité en santé. Ce guide fournit aux unités locales de santé publique un ensemble complet d'indicateurs fondés sur des données probantes pour appuyer leur travail, pour mesurer les inégalités en matière de santé et pour les aborder.

Par ailleurs, les CCN ont contribué à soutenir l'élaboration de politiques par le gouvernement du Canada. Certains d'entre eux ont livré des présentations lors d'audiences de comités permanents du Sénat et de la Chambre des communes sur divers sujets, notamment la santé mentale des peuples autochtones (CCNSA), la résistance aux antibiotiques (CCNMI), les effets du radon sur la santé (CCNSE) et l'impact de la chaleur accablante (CCNSE).

#### **4.2.4 Traiter les enjeux émergents et combler les lacunes dans les connaissances**

**De nombreux exemples illustrent la contribution des CCN pour aborder divers enjeux émergents en santé publique. Toutefois, en raison du processus actuel d'élaboration de plans de travail et des ressources limitées des centres, il est difficile pour ces derniers d'intervenir rapidement. De plus, les CCN ne peuvent aborder des enjeux émergents que lorsqu'il existe un volume important de données à leur sujet.**

Les informateurs clés externes et extraits des données sur le rendement ont cerné plusieurs exemples des produits ou des ressources des CCN qui abordent des enjeux émergents en santé publique, y compris les suivants :

- Des travaux portant sur les aspects liés à la santé publique du processus de réconciliation avec les peuples autochtones (CCNSA, CCNDS et CCNPPS) et le racisme dans la santé publique (CCNDS, CCNSA);
- Des directives sur les risques posés par la culture du cannabis (CCNSE);
- Un examen et une orientation en matière de prévention des surdoses d'opioïdes (CCNPPS);
- Des travaux sur les effets de l'environnement bâti sur la santé publique (CCNDS, CCNSE, CCNPPS et CCNSA);
- Des webinaires sur les points d'intervention pour le dépistage du VIH (CCNPPS et CCNMI);
- Des baladodiffusions pour répondre aux questions des médecins hygiénistes sur le virus Zika (CCNMI);
- Des ressources en connaissances au sujet des épidémies d'Ebola, en réponse à une demande de l'ASPC (CCNMO).

L'évaluation a soulevé de nombreux exemples de la manière dont les CCN ont abordé les enjeux émergents. Certains intervenants clés externes ont salué les CCN, indiquant qu'ils sont des références fiables en matière de renseignements pertinents et opportuns sur des dossiers chauds. De nombreux autres intervenants externes et internes ont toutefois affirmé qu'ils n'étaient souvent pas certains que les CCN avaient fait preuve de flexibilité ou qu'ils avaient activement contribué à fournir de l'information sur des enjeux émergents en temps opportun. À cet égard, le personnel interne du CCN a expliqué que le processus annuel pour l'élaboration de leur plan de travail a cours dans les mois précédant un nouvel exercice financier, et qu'il leur est difficile de modifier ce plan une fois qu'il est établi. Un petit nombre d'informateurs clés externes ont souligné que le champ d'action des CCN est souvent lié à des enjeux pour lesquels il existe déjà un volume important de données et de résultats de

recherche. Des informateurs clés des CCN ont cependant déclaré qu'ils rassemblaient activement des acteurs de partout au pays autour d'enjeux pour lesquels les données et la recherche sont déficientes.

#### **4.2.5 Favoriser les collaborations avec les partenaires de santé publique**

**Les CCN entreprennent des initiatives de collaboration avec un éventail de partenaires dans leur principal secteur d'activités. Ces collaborations visent à produire des résultats plus grands que ce que les participants auraient pu générer à eux seuls, ainsi qu'à établir des réseaux dans l'ensemble du système. De façon générale, la capacité des CCN de collaborer à diverses initiatives et de se lier avec différents partenaires du système de santé publique est perçue comme l'une des capacités les plus estimées des centres.**

##### **Nature, but et portée des mécanismes de collaboration**

La collaboration entre les six CCN et les intervenants de santé publique est un aspect fondamental du programme des CCNSP qui est systématiquement consigné dans les plans de travail annuels des CCN. Les informateurs clés externes et le personnel des CCN ont décrit ces collaborations comme étant un moyen stratégique de traiter les besoins en connaissances sur des enjeux précis. Les collaborations permettent aux CCN d'élargir leur champ de rayonnement au-delà de ce qu'ils pourraient atteindre seuls.

Comme le révèlent les données sur le rendement et les entrevues auprès des informateurs clés, les CCN ont tous développé des réseaux au fil du temps grâce à différents mécanismes. En général, les collaborations des CCN s'incarnent de la manière suivante :

- les CCN se joignent à d'autres intervenants pour entreprendre des projets de collaboration;
- tous les CCN ont collaboré avec des partenaires pour préparer et donner des présentations lors de conférences, comme le rassemblement national de l'Association canadienne de la santé publique qui a lieu chaque année, de même que différents regroupements proposés par région ou par profession;
- les CCN peuvent agir comme collaborateurs et comme coparrains, notamment pour des chercheurs qui soumettent une demande de financement auprès des IRSC, surtout sur le plan du soutien à l'application des connaissances;
- les CCN ont organisé et soutenu différents réseaux de communauté de pratique. Dans un cas, la communauté en ligne de Cliquez pour l'équité en santé du CCNDS comptait environ 1 980 membres et celui du Réseau de collaboration sur l'équité en santé, quelque 40 membres. Les CCN ont collaboré à la mise sur pied d'une plateforme organisationnelle pour le Réseau de santé des régions rurales, nordiques et éloignées;
- Les responsables des CCN peuvent siéger aux comités consultatifs d'autres organismes ou d'autres CCN. Au moment de l'évaluation, le CCNSA et le CCNDS siégeaient au Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé.

Les CCN doivent rendre compte à l'ASPC des collaborateurs et des partenaires avec qui ils ont travaillé, en précisant le nom du projet sur lequel l'association a eu lieu. Une analyse des données sur les collaborations et sur les partenariats soumises pour 2015-2016 à 2017-2018<sup>e</sup> indique qu'environ 570 collaborations uniques ont été documentées, ce qui représente approximativement 95 collaborations par centre sur trois ans. Au premier rang des collaborateurs figuraient les organisations gouvernementales de tous les niveaux du système de santé publique, et plus particulièrement les gouvernements provinciaux, territoriaux ou locaux, suivis par les groupes de chercheurs universitaires, les organisations non gouvernementales et les organisations autochtones. Si la plupart des CCN ont indiqué s'engager essentiellement avec des organisations gouvernementales, le CCNMO a rapporté collaborer un peu plus avec des acteurs du milieu universitaire. Le CCNSA a quant à lui signalé travailler davantage avec des organisations nationales autochtones et avec des groupes universitaires.

En ce qui concerne la répartition géographique, la plupart des collaborations étaient essentiellement avec des organisations à portée nationale. Cela dit, certains centres semblaient davantage se concentrer sur des collaborateurs issus de leur propre région. Ainsi, les données illustrent que le CCNPPS et le CCNSE ont déclaré coopérer en premier lieu avec des organisations situées dans leur région respective, ensuite avec des organisations de portée nationale. À l'inverse, les données soumises par d'autres centres montrent que le CCNDS collabore essentiellement avec des partenaires de l'Ontario, le CCNSA s'associe surtout avec des organisations nationales et le CCNMO avec des partenaires internationaux. D'ailleurs, il importe de souligner que, bien que le programme ait une portée nationale, environ 14 % des collaborations déclarées des centres incluaient des parties situées en dehors du Canada. Pour plus de renseignements sur les activités de collaboration pour chaque CCN, voir les profils reproduits en annexe B.

Les données sur le rendement contiennent de nombreux exemples de collaboration entre l'ASPC et les CCN. Les buts de ses activités étaient très variés et traitaient des domaines suivants :

- la production de rapports ou de ressources, comme les documents d'apprentissage produits par le CCNMO qui cadrent avec les compétences essentielles de l'ASPC;
- l'organisation de forums sur des enjeux précis avec une gamme d'intervenants différents, telle qu'une réunion nationale sur les peuples autochtones et les infections transmissibles sexuellement et par le sang, organisée par le CCNSA, et une table ronde nationale sur la gestion des antimicrobiens avec le CCNMI;
- le soutien mutuel des travaux entrepris par les collaborateurs, comme l'appui offert par l'ASPC au CCNMI pour aider la Manitoba's Southern Health Region dans la mise en place d'un programme de gestion des antimicrobiens;

---

<sup>e</sup> Puisque les questionnaires sur la mesure du rendement ont été établis à mi-chemin de la période couverte par cette évaluation, les chiffres sont fournis ici pour donner une idée de l'ampleur des collaborations, et non pour donner un portrait global de la situation. Les collaborations de 2014-2015 n'ont pas été incluses, et certains CCN peuvent ne pas avoir déclaré toutes leurs activités de partenariat. Il importe enfin de souligner que le nombre de collaborations ne fournit aucune indication des variations dans leurs caractéristiques; p. ex., leur durée ou leurs résultats.

- l'obtention de conseils auprès des CCN, comme l'examen par le CCNSA du rapport annuel de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada;
- l'élaboration de formations ou la participation à des groupes de travail, comme l'ASPC qui participe à un projet dirigé par le CCNPPS sur la promotion de la santé mentale et du bien-être de la population;
- l'utilisation des CCN en tant que plateforme des communications, comme le CCNDS qui héberge le site Web du Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé.

Comme l'illustrent les données sur le rendement, le degré de collaboration entre l'ASPC et les CCN variaient considérablement d'un centre à l'autre. Le CCNMI, le CCNSA et le CCNDS ont eu des collaborations soutenues avec l'ASPC pour mener des initiatives communes ou pour échanger des connaissances. Il importe de souligner que, de tous les centres, c'est le CCNMI qui a déclaré le plus haut niveau d'interaction avec l'ASPC. Toutefois, les informateurs clés internes mentionnaient régulièrement ne pas connaître la valeur ajoutée du CCNMI pour les activités de l'ASPC. Le degré d'échange déclaré avec l'ASPC est beaucoup plus faible pour le CCNMO et le CCNPPS, et très limité pour le CCNSE. Ainsi, tant le CCNSE que les informateurs clés internes ont reconnu une très faible harmonisation des travaux entrepris par ce Centre et ceux de l'ASPC. D'après certaines données empiriques, le CCNSE a davantage interagi avec Santé Canada qu'avec l'ASPC sur les questions environnementales de santé publique (p. ex., la gestion des déversements de pétrole brut du point de vue de la santé publique).

Les informateurs clés ont soulevé certains problèmes qui freinaient la collaboration entre les CCN et l'ASPC. Voir la section 4.3.3 de ce rapport pour obtenir plus de renseignements à ce sujet.

### **Avantages des collaborations**

Les informateurs clés externes ont confirmé que les collaborations et les réseaux mis en place par les CCN avaient permis aux partenaires de tirer profit de la capacité de chacun pour obtenir des résultats, échanger des renseignements au-delà des cloisons régionales, professionnelles et juridictionnelles, et apporter une diversité de perspectives à un enjeu donné. D'après eux, la nature collaborative et fiable des CCN encourage l'engagement des intervenants et le développement de relations durables. Elle aiderait aussi les CCN à mieux cerner et à valider les lacunes et les besoins en matière de connaissances et faciliterait l'échange de renseignements.

De plus, les informateurs clés ont souligné que les CCN avaient permis de rassembler des intervenants que les organisations gouvernementales n'auraient pas réussi à réunir de la même manière. C'est particulièrement vrai pour le CCNSA, qui est parvenu à collaborer avec des organisations nationales autochtones. Pour expliquer cette force des CCN, les informateurs clés déclarent que ces entités sont perçues comme n'ayant pas de visées politiques, ce qui donc inspire la confiance d'une vaste gamme d'intervenants qui consentent ensuite à discuter et à échanger des renseignements entre les provinces et territoires plus facilement qu'avec l'ASPC. Parmi les exemples cités par les informateurs clés, citons le forum *Vers l'élimination de la tuberculose dans les communautés autochtones du Nord*,

organisé en janvier 2018 par le CCNMI, avec le soutien du CCNSA, du CCNPPS et du CCNDS. Ce forum a permis de réunir des intervenants autochtones et non autochtones issus de sept provinces et territoires différents pour partager leurs expériences dans la lutte contre la tuberculose à l'échelle communautaire et pour discuter des facteurs intersectoriels, dont l'histoire des politiques de colonisation et des inégalités sociales affectant la santé de la population.

Si les informateurs clés convenaient, de façon générale, de la valeur obtenue par la collaboration avec les CCN, certains informateurs clés externes ont tout de même mentionné que les CCN auraient pu être plus stratégiques et plus systématiques dans leurs engagements afin d'optimiser l'échange de renseignements et l'utilisation de ressources pour l'application des connaissances, et d'éviter le chevauchement des efforts. Certains ont suggéré d'augmenter les liens avec les réseaux existants de professionnels de la santé publique et les trois organisations provinciales de santé publique déjà en place. D'autres, d'avis que les interactions personnelles permettraient aux centres d'élargir leur public, ont proposé que ces derniers participent davantage à des conférences de portée nationale. En revanche, les informateurs clés des CCN ont mentionné que les baisses de financement ont réduit leur capacité à participer à plusieurs événements au fil du temps (voir la section 4.3.1 pour plus de renseignements sur l'affectation des ressources).

#### **4.2.6 Favoriser la collaboration entre les CCN**

**Les CCN collaborent et coordonnent régulièrement leurs activités dans le cadre de diverses initiatives. La collaboration est perçue comme étant profitable et bénéfique lorsqu'elle s'inscrit naturellement dans le cadre de projets pour lesquels des CCN peuvent apporter leur savoir-faire. En revanche, l'obligation pour les six centres de collaborer à des projets « signature » donne l'impression d'utiliser des ressources déjà limitées qui pourraient être utilisées plus efficacement ailleurs.**

Les accords de contribution exigent des CCN qu'ils collaborent à différentes initiatives. Comme le révèlent les entrevues et les documents de programmes, les CCN ont mis en place divers mécanismes pour favoriser la collaboration entre eux, dont les suivants :

- tous les CCN communiquent régulièrement ensemble par l'entremise des réunions des comités de responsables et de gestionnaires afin d'échanger des renseignements sur des enjeux émergents, de relever les lacunes en matière de connaissances et d'ainsi cerner des occasions de collaboration. Les priorités des plans de travail sont discutées, de même que l'usage d'une terminologie commune pour la production de rapports sur les projets de collaboration;
- les CCN réunissent également les comités de communication pour coordonner les activités de promotion conjointes, que ce soit en ligne ou lors de conférences, ainsi que les activités d'évaluation. Ils assument conjointement les frais d'une fonction de secrétariat pour gérer un site Web commun et qui sert aussi de guichet unique pour discuter avec l'ASPC à propos du programme.

Certains CCN ont adopté des pratiques supplémentaires pour promouvoir l'échange de renseignements et la collaboration avec d'autres centres. En voici des exemples :

- certains responsables des CCN siègent aux comités consultatifs d'autres centres;
- certains présentent leur plan de travail provisoire aux autres centres pour déterminer s'il y a des occasions de collaboration ou des chevauchements potentiels;
- certains communiquent aussi de manière proactive avec d'autres CCN pour identifier des partenaires potentiels de projets en particulier.

Dans le cadre de l'approche coordonnée qu'ils ont adoptée, les six centres contribuent aussi à un prix annuel d'application des connaissances des CCNSP. Ils participent aussi à une série de webinaires sur l'application des connaissances en médecine de santé publique, offerte en partenariat avec les Médecins de santé publique du Canada. Chaque CCN offre du contenu pour ces webinaires, conçus pour combler les lacunes en matière de connaissances sur des enjeux précis et pour répondre aux besoins en formation continue.

De plus, l'ASPC a exigé des CCN en 2015 qu'ils entreprennent des projets de collaboration de premier plan auxquels tous les centres participeraient pour démontrer la valeur qu'ils peuvent apporter lorsqu'ils travaillent tous ensemble sur un sujet donné. L'ASPC a ordonné aux CCN qu'ils réservent 6 % de leur budget annuel (sous forme de fonds et de contributions en nature pour le temps des employés) à ces projets. Depuis 2015, des projets « signature » suivants ont été réalisés :

- promotion de la santé mentale au sein de la population;
- grippe de type A (influenza);
- production de rapports sur l'état de la santé de la population intégrant la notion d'équité.

Au moment de l'évaluation, les CCN travaillaient à des questions de santé publique touchant aux interventions à long terme suivant les évacuations en cas de catastrophe naturelle au Canada.

Le projet sur la promotion de la santé mentale au sein de la population a donné lieu à la publication de ressources sur la promotion de la santé mentale auprès des enfants et des jeunes. Un forum a eu lieu en 2018, en partenariat avec l'ASPC, l'Association canadienne pour la santé mentale, le Centre de toxicomanie et de santé mentale et la Commission de la santé mentale du Canada. Une vaste gamme d'intervenants a pris part pour préciser les fonctions de la santé publique dans le traitement des enjeux de santé mentale.

Même si les projets de collaboration sont perçus comme générant des avantages par certains informateurs clés des CCN, tous ont soulevé des préoccupations par rapport à ces projets, soulignant qu'il s'est révélé particulièrement difficile de trouver des thèmes auxquels tous les centres pourraient apporter une contribution significative. Il est d'ailleurs arrivé que certains centres ne participent que d'une façon limitée à des projets « signature » donnés. Une impression répandue se dégageait des centres, selon laquelle la collaboration aux projets « signature » est en quelque sorte artificielle et qu'elle exige du temps et des ressources considérables qui pourraient être consacrés à d'autres travaux pour lesquels les

centres ont une véritable expertise. Quelques membres du personnel des CCN ont suggéré que l'ASPC remplace sa directive sur les projets de collaboration par des conseils sur des dossiers hautement prioritaires. Deux CCN ou plus pourraient y travailler, voire contribuer des ressources humaines pour appuyer des projets de collaboration qui présentent un intérêt particulier pour l'ASPC.

Au-delà des projets « signature » et des initiatives de collaboration impliquant chaque CCN, les documents fournis et les entrevues menées auprès d'informateurs clés démontrent que chaque centre collabore régulièrement avec un ou deux autres centres<sup>f</sup>. Selon la plupart des informateurs clés des CCN, ces collaborations se produisent en général de façon naturelle, selon des initiatives auxquelles chacun des CCN concernés peut offrir leur expertise de façon utile. Voici quelques exemples :

- le CCNSE et le CCNDS ont travaillé avec l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique pour intégrer l'équité en santé dans leur pratique;
- le CCNDS, de concert avec plusieurs partenaires, dont le CCNSA, a organisé le North West Health Equity Forum qui réunissait plus d'une centaine de participants provenant de plusieurs endroits;
- le CCNMI, en partenariat avec le CCNSA, le CCNDS et le CCNPPS, a organisé le Northern TB Forum;
- le CCNMO a travaillé avec le CCNMI pour augmenter la sensibilisation au sujet de la modélisation mathématique comme outil analytique à l'intention des professionnels de la santé.

Les informateurs clés des CCN convenaient généralement que les CCN peuvent obtenir de nombreux avantages lorsqu'ils travaillent ensemble, surtout si la collaboration s'installe de manière organique. Parmi ces avantages figure la capacité à aborder un enjeu de santé publique complexe d'une variété de points de vue et à atteindre un plus vaste public d'intervenants pour confirmer les besoins en connaissances et échanger des renseignements. Cela dit, certains informateurs clés externes encourageaient les CCN à continuer de consolider les liens collaboratifs entre eux et à communiquer plus clairement avec leurs publics sur la manière dont les NCC coordonnent leurs activités pour favoriser des partenariats efficaces et pour éviter le dédoublement d'efforts entre eux-mêmes.

## 4.3 Efficacité

### 4.3.1 Utilisation des ressources disponibles

**Les CCN fonctionnent efficacement et utilisent leurs ressources limitées en faisant preuve de prudence et de manière innovatrice. Les réductions des fonds alloués par l'ASPC aux CCN ont restreint la capacité de ces derniers au fil du temps de produire des extrants, mais il existe des occasions d'optimiser l'affectation des ressources et de gérer les attentes.**

---

<sup>f</sup> Les collaborations qui impliquent moins de six CCN ne sont pas considérées dans les 6 % du budget à réserver pour les projets qui impliquent l'ensemble des centres.

L'allocation budgétaire de l'ASPC aux CCN a diminué depuis la création du programme : elle est passée d'une allocation annuelle de 1,5 M\$ dans les premières années du programme à un budget fixe de 974 000 \$ par année pendant la période couverte par l'actuel accord de contribution (soit de 2015 à 2020).

D'après la répartition du budget des CCN qui figure dans les accords de contribution et qui est reproduit au tableau 5 ci-après, environ 12 % du financement des CCN est consacré aux frais généraux (p. ex., loyer, matériel et services publics, autres paiements à l'organisme hôte et mesure du rendement). Conséquemment, les CCN réalisent leurs activités principales avec un budget d'environ 857 000 \$ par année (c.-à-d., 88 % de 974 000 \$).

Tel que décrit dans la section 4.2.1 de ce rapport, et selon la majorité des utilisateurs externes et les données sur le rendement, les CCN ont livré un nombre important d'extraits, que ce soit des produits (articles publiés, outils, DVD et baladodiffusions) ou des activités (ateliers, webinaires, exposés dans des conférences et formation en ligne) dans le cadre de leur budget pourtant assez restreint<sup>g</sup>.

**Tableau 5 : Répartition du budget annuel des CCN**

Dépenses d'exploitation prévues des CCN	Pourcentage du budget alloué
Salaires, honoraires des consultants externes et des entrepreneurs	76 %
Travail collaboratif des CCN	6 %
Déplacements	5 %
Inscription aux conférences, réunions, événements	1 %
<b>Total des dépenses d'exploitation</b>	<b>88 %</b>
Frais généraux prévus des CCN	Pourcentage du budget alloué
Loyer et services publics	5 %
Autre (matériel, équipement, autres entrepreneurs)	4 %
Mesure du rendement	2 %
Autres paiements à l'organisme hôte	1 %
<b>Total des frais généraux</b>	<b>12 %</b>

Référence : Annexe B : Budget, Accords de contribution des CCNSP, 2015-2020

Bon nombre des informateurs clés liés aux CCN et qui provenaient des centres, des organismes hôtes et des membres des comités ont souligné le fait que les réductions budgétaires avaient rendu difficile pour eux la tâche de maintenir des niveaux de dotation constants les cinq années de leur accord de contribution, étant donné que les politiques des ressources humaines et les ententes collectives des organismes hôtes exigent que les CCN indexent les salaires, malgré un budget annuel fixe. Compte tenu de cette contrainte, les

<sup>g</sup> Il est impossible de tirer des conclusions sur le coût par extrait, ni de comparer les extraits entre chaque CCN. Cette incapacité est due au vaste écart dans le type, la nature et la portée des extraits produits par chaque CCN et les différences potentielles dans la manière dont ces extraits sont déclarés par chacun des CCN. Par exemple, tous n'utilisent pas la même méthode pour rendre compte d'une participation à des conférences et certains déclarent notamment chaque présentation orale livrée dans une même conférence.

informateurs clés des CCN et plusieurs utilisateurs externes ont mentionné que les centres luttent souvent pour gérer les attentes et pour maintenir la capacité de réaliser leur mandat par ailleurs ambitieux. Par conséquent, il est difficile pour les CCN d'entreprendre de tâches nouvelles et d'aller au-delà de ce qui est prévu dans leur plan de travail sans compromettre la réalisation des travaux pour lesquels ils sont responsables. Certains informateurs clés liés aux CCN ont indiqué qu'en cas de réductions additionnelles, les CCN n'auraient sans doute pas les ressources nécessaires pour remplir leur mandat, tel qu'il est défini actuellement.

Même si chaque centre peut obtenir des ressources additionnelles en concluant des contrats avec d'autres organismes, les données issues des questionnaires sur la mesure du rendement démontrent que la contribution de l'ASPC demeure la principale source de financement des CCN<sup>h</sup>. L'accord de contribution de quatre des CCN (le CCNSA, le CCNMO, le CCNMI et le CCNDS) pour 2015-2020 a été modifié afin d'y inclure un financement supplémentaire destiné à réaliser des projets particuliers au nom de l'ASPC. La somme additionnelle la plus basse offerte, soit 90 000 \$ (une hausse de 2 % par rapport au budget initial), a permis au CCNDS d'élargir le North-West Regional Equity Forum (forum du Nord-Ouest sur l'équité en santé) et de créer un programme de formation sur les secteurs émergents de l'équité en santé. La somme additionnelle la plus élevée, fixée à 381 000 \$ (une hausse de 7 % par rapport au budget initial), a été offerte au CCNMO pour élaborer une ressource interactive en ligne qui offre des outils et des renseignements sur le virus Ebola. Les modifications ainsi apportées ont fait en sorte que trois des six accords de contribution (ceux du CCNSA, du CCNMI et du CCNMO) ont dépassé les cinq millions de dollars sur une période de cinq ans (2015-2020).

En ce qui concerne l'exploitation de sources externes, seulement 3 % du financement des CCN ont été assurés par des contrats externes ou par des ressources de leur organisme hôte. Le montant des sommes ainsi obtenues variait considérablement d'une année à l'autre et d'un CCN à l'autre. Par exemple, de tous les centres, c'est le CCNSA qui a obtenu la plus importante source de financement additionnel par contrats (p. ex., 10 % de son financement en 2017-2018). Le CCNSE, en revanche, n'a déclaré aucun financement additionnel ni soutien en nature pour les années 2016-2017 et 2017-2018. Et même si tous les CCN ont déclaré avoir reçu du soutien en nature de leur organisme hôte sous différentes formes (p. ex., services juridiques, soutien aux ressources humaines), la valeur nominale d'un tel appui n'était pas consignée de manière uniforme d'un CCN à l'autre. Il n'a donc pas été possible de rendre compte de la valeur ou de l'exploitation d'un tel soutien des organismes hôtes.

Comme l'ont mentionné de nombreux informateurs clés externes et des CCN ainsi que noté dans les documents du programme, les CCN ont mis en œuvre des approches novatrices variées ou des pratiques efficaces pour maximiser leurs extrants. Ceux-ci comprennent le recours au placement des étudiants pour renforcer leur capacité, l'utilisation de l'intelligence artificielle pour déterminer la pertinence des données, l'exploitation des médias sociaux, y compris la production de vidéos, pour élargir le champ de rayonnement et le lancement de plateformes de réunion en ligne pour favoriser le réseautage. Ces outils ont été particulièrement importants, compte tenu des restrictions budgétaires imposées au poste de déplacements. Toutefois, il est reconnu que des limites demeurent dans certaines régions

---

<sup>h</sup>Il se peut que le questionnaire sur la mesure du rendement ne reflète pas intégralement toutes les sources supplémentaires de financement que les CCN ont pu obtenir en plus de la somme offerte par l'ASPC.

concernant l'accessibilité à Internet. Aussi, les CCN ont souligné que les réunions en personne demeurent essentielles pour bâtir des relations et se faire connaître des intervenants (p. ex., la participation à des conférences nationales, les réunions de sensibilisation du CCNMO avec les responsables des programmes de maîtrise en santé publique partout au pays).

Si de nombreux informateurs clés externes et liés aux CCN ont demandé que les fonds alloués aux centres soient augmentés, d'autres informateurs ont suggéré d'autres solutions. Parmi elles figure une révision de la formule utilisée pour déterminer la somme allouée afin d'établir le niveau de financement de chaque CCN sur différents critères, dont la pertinence, le rendement, la portée des travaux et le degré de maturité.

### **4.3.2 Avantages et inconvénients du modèle du programme des CCNSP**

**Le modèle suivi par le programme des CCN s'est révélé bénéfique sur de nombreux plans. Il permet notamment d'appuyer des activités efficaces et de fournir des avantages aux organismes hôtes, tout en permettant aux CCN de rester apolitiques et connectés sur la réalité du terrain. Mais le modèle s'accompagne également de défis, imposant par exemple aux CCN de suivre à la fois les procédures et les politiques de leur organisme hôte et les règles de leur accord de contribution.**

#### **Le modèle des organismes hôtes**

Dans le programme des CCN, des accords de contribution sont établis entre l'ASPC et un organisme hôte plutôt qu'avec le CCN lui-même, qui n'est pas considéré comme une personne morale. Dans le cas du CCNSA, du CCNMI, du CCNMO et du CCNDS, l'accord de contribution est conclu avec une université; pour le CCNSE et le CCNPPS, il est établi avec un organisme provincial de santé publique. Depuis la création du programme, l'organisme hôte est demeuré le même pour l'ensemble des centres, sauf pour le CCNMI, qui est passé des mains de l'International Centre of Infectious Diseases à celles de l'Université du Manitoba en juillet 2015.

Selon la majorité des informateurs clés issus des CCN et des organismes hôtes, le modèle est bénéfique à plusieurs égards. Par exemple, il permet aux CCN d'accéder à une infrastructure utile et à des services de soutien, tels qu'un espace de bureau, une connexion Internet, des services de référence grâce à un accès libre et gratuit aux bibliothèques universitaires, des services juridiques et de ressources humaines, un accès à des chercheurs ayant une expertise pertinente, un accès à l'aide d'étudiants grâce à des placements ou au travail bénévole. De plus, certains organismes offrent des ressources financières pour mener des projets conjoints avec les CCN (p. ex., l'hôte et le CCN peuvent s'associer pour organiser une conférence sur le campus).

De plus, le modèle permet aux CCN de tirer profit des réseaux et de l'expertise de l'organisme hôte. Les centres peuvent également bénéficier de la réputation de l'hôte et d'une exposition nationale afin d'augmenter leur propre visibilité et leur portée.

Le modèle actuel comporte aussi des défis. D'après les informateurs clés des CCN, les six centres fonctionnent selon le principe d'une « entreprise au sein d'une entreprise », ce qui signifie que les centres doivent se plier aux procédures administratives de leur hôte, ainsi qu'aux exigences de l'accord de contribution conclu avec l'ASPC. Par exemple, certains centres doivent suivre les procédures et les politiques d'approbation de leur hôte pour les autorisations de se déplacer ou pour obtenir des contrats et du financement de sources externes.

### **Le modèle axé sur les accords de contribution**

Les CCN ont été créés pour servir de point de référence à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale pour permettre la collaboration avec les gouvernements locaux, les universités, les professionnels de la santé publique et les organisations non gouvernementales. Un modèle axé sur les accords de contribution a été choisi pour appuyer le mandat du programme.

Les informateurs clés des CCN et la plupart des informateurs externes clés ont souligné que le fait que les centres soient indépendants du gouvernement du Canada est une bonne chose, car leur plan de travail n'est pas orienté par un programme politique. Par ailleurs, les centres sont ainsi bien placés pour servir de tierce partie entre différents ordres de gouvernement, les collectivités et les chercheurs, ce qui permet de surmonter les cloisons qui caractérisent le système de santé canadien. Certains informateurs clés externes ont également souligné que le modèle des CCN a permis aux centres d'être plus flexibles que les gouvernements et plus connectés aux progrès qui ont lieu au premier plan de la santé publique, grâce à leurs interactions avec les professionnels et grâce aux directives de leurs comités consultatifs externes, qui a une large perspective des orientations stratégiques à suivre sur le terrain.

### **Exigences en matière de rapports**

Les informateurs clés des CCN considèrent les exigences actuelles en matière de production de rapports comme étant lourdes et exigeant un effort considérable en terme de temps. Actuellement, les CCN doivent soumettre un plan de travail au début de l'année et rendre compte tous les ans de la concrétisation de leur plan de travail en répondant à un questionnaire sur la mesure du rendement et en produisant un rapport de fin d'année. Les CCN doivent aussi présenter un rapport verbal de mi-année à l'ASPC par téléconférence. En 2015-2016, ce rapport devait être fourni par écrit; en 2017-2018, l'exigence a été modifiée afin qu'il puisse être rendu par téléconférence. Les CCN doivent également entreprendre un travail d'évaluation périodique, que ce soit à l'interne ou en recourant à des experts-conseils externes. Ils doivent également participer à une évaluation du programme par l'ASPC, qui répond ainsi à une exigence de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Bon nombre d'informateurs clés ont indiqué que le questionnaire sur la mesure du rendement (mis en place en 2015-2016) était une bonne initiative, puisqu'il leur permet de rendre compte de leurs réalisations de façon systématique. Toutefois, ils ont également mentionné que remplir ce questionnaire, en plus de produire le rapport de fin d'année et de soumettre les plans de travail annuels à jour représentaient une tâche demandant un grand investissement en terme de temps, d'une part parce que le format de chaque méthode varie

largement et d'autre part, aussi parce qu'il y a des chevauchements concernant les renseignements à fournir.

En moyenne, les CCN consacrent 2 % de leur budget à la mesure du rendement, ce qui ne tient pas compte du temps consacré par le personnel pour remplir les différents rapports. Certains ont mentionné que, bien que le financement accordé aux CCN ait diminué depuis leur création, les exigences en matière de production de rapports n'ont pas été modifiées, sauf en ce qui concerne le rapport de mi-année qui peut maintenant être présenté oralement par téléconférence.

Plusieurs informateurs clés des CCN ont déclaré ne pas connaître l'usage que fait l'ASPC des données sur le rendement soumis par les CCN et ne pas avoir reçu de rétroaction à ce jour sur la valeur ou sur l'utilisation de ces renseignements.

L'examen des données sur le rendement mené dans le cadre de la présente évaluation a révélé que les CCN avaient fourni un volume considérable de données utiles pour appuyer la reddition de compte du programme. L'équipe de l'évaluation a jugé particulièrement utiles les données contenues dans les questionnaires sur la mesure du rendement et dans les évaluations menées par les CCN. Les rapports de fin d'année étaient d'une utilité limitée pour l'évaluation, puisque les renseignements essentiels pour déterminer la pertinence, le rendement et l'efficacité du programme des CCNSP figuraient déjà dans les questionnaires sur la mesure du rendement. L'examen a également permis de relever des points à améliorer en ce qui concerne la qualité des données déclarées. Parmi ces points, il y avait un manque de clarté et d'uniformité dans la manière dont les extrants des CCN étaient mesurés et déclarés d'un centre à l'autre au fil du temps. Il s'est également révélé difficile de rassembler les données de chaque CCN pour mener une analyse à l'échelle des programmes, en raison d'un manque d'uniformité dans les renseignements déclarés d'un centre à l'autre.

Quelques informateurs clés de l'ASPC ont suggéré que les exigences en matière de rapports soient revues pour les harmoniser davantage au degré de maturité des CCN et à leur niveau de financement.

### **4.3.3 Coordination avec l'ASPC**

**Les CCN ont exprimé des préoccupations par rapport au fait que les priorités de l'ASPC ne leur sont pas transmises systématiquement et en temps opportun. Cette situation représente un défi important pour la capacité des CCN d'harmoniser les activités de leur plan de travail annuel avec celles de l'ASPC et à entrer en contact avec les secteurs de programme appropriés.**

Même si le bureau des programmes de l'ASPC communique avec les CCN relativement à l'élaboration de leur plan de travail, des informateurs clés et des CCN et de l'ASPC ont mentionné que l'échange de renseignements pourrait être amélioré. Par exemple, d'après les entrevues menées auprès d'informateurs clés de l'ASPC, le travail des CCN et la valeur potentielle qu'il pourrait apporter à l'Agence demeurent méconnus. Toutefois, il a également été mentionné que l'ASPC a toujours eu des difficultés à trouver une façon d'entrer en contact avec les CCN et de collaborer avec eux. De la même façon, les CCN ont déclaré

éprouver des difficultés à naviguer au sein de l'Agence. Ils ne savent pas toujours à qui ils doivent s'adresser dans les secteurs de programme ni comment gérer leurs relations avec les personnes-ressources de l'ASPC en raison du roulement de personnel.

Tous les CCN ont exprimé des préoccupations quant à la contribution de l'ASPC à leur plan de travail, qu'ils considèrent comme trop bref et dépourvue d'axe stratégique. De plus, comme cette contribution est souvent remise tardivement dans le processus de conception, il est difficile de l'incorporer aux activités de l'année financière à venir. Les CCN ont également souligné qu'ils ne recevaient pas nécessairement de commentaires précis ou systématiques sur les priorités de l'ASPC. Certains ont même pris l'initiative de consulter les sources publiques d'information pour connaître les activités de l'Agence (p. ex., le Rapport sur les plans et les priorités de l'ASPC et son site Web). Pour les centres, cette situation affecte leur capacité à demeurer proactifs, puisqu'il est difficile pour eux d'avoir une longueur d'avance s'ils apprennent les priorités de l'ASPC en même temps que le public général.

D'après les CCN et la plupart des informateurs clés internes, l'ASPC entretient une relation de type bailleur de fonds-bénéficiaire avec les centres. Selon eux, il pourrait être profitable de développer un partenariat bilatéral et d'améliorer les communications afin de maximiser les bienfaits du programme et d'harmoniser correctement les niveaux d'efforts des parties. La majorité des informateurs clés internes et des CCN ont mentionné qu'il serait possible d'en faire plus pour s'assurer que les secteurs de programme de l'ASPC communiquent avec les CCN pour tirer profit de leur capacité lorsque c'est pertinent de le faire, particulièrement lorsqu'il y a un chevauchement des travaux. Par exemple, de nombreux informateurs clés externes ont souligné le fait que l'ASPC pourrait tirer profit de la capacité des CCN à réunir une vaste gamme d'intervenants clés et de leur compréhension du système de santé publique en général.

L'ASPC a récemment mis en place plusieurs initiatives pour favoriser l'échange de renseignements avec les CCN. Par exemple, le secrétariat du programme a tenu, occasionnellement, des séances de mobilisation des connaissances à Ottawa pour les membres du portefeuille de la Santé afin d'aider les CCN à entrer en relation avec des utilisateurs potentiels de connaissances à l'échelle fédérale. Plus récemment, l'ASPC a confié à six directeurs généraux de divers secteurs de programmes au sein de l'Agence le mandat d'entrer en contact avec un CCN donné. Dans la plupart des cas, les liens ainsi créés mettent en communication un directeur général responsable de programmes qui cadrent étroitement avec l'enjeu de santé publique traité par le CCN avec qui il est associé. Lancée en février 2018, cette initiative vise à renforcer les relations horizontales, à fournir une évaluation stratégique des activités des CCN à l'échelle des cadres de l'ASPC et d'échanger activement des renseignements avec les CCN sur les priorités, les questions et les occasions bilatérales.

Même s'il est encore trop tôt pour évaluer les résultats de cette initiative, la plupart des informateurs clés internes et des CCN ont mentionné que cette approche était prometteuse et qu'elle permettrait sans doute de créer une collaboration plus étroite entre les CCN et l'ASPC. Certains responsables ont souligné que le développement de meilleurs liens avec les CCN prendra du temps et que le but ultime de cette initiative demeure imprécis.

## 5.0 Conclusions

Dans l'ensemble, les services d'application des connaissances sont toujours nécessaires pour rendre les renseignements basés sur des données probantes plus accessible et plus utile aux professionnels de la santé publique, à l'appui de la prise de décisions et l'élaboration de politiques. De plus, dans le système de santé multijuridictionnel du Canada, il demeure essentiel de renforcer les réseaux qui y sont établis. Les CCN occupent une niche unique, axée sur l'application pratique des connaissances basées sur les données probantes pour appuyer les professionnels de la santé du pays.

Les activités des CCN cadrent avec les priorités globales du gouvernement du Canada et de l'ASPC pour ce qui est de renforcer la capacité en santé publique et le leadership scientifique. Toutefois, certains informateurs clés ont soulevé des préoccupations à propos du renouvellement du programme et des six thèmes choisis en 2004. D'après eux, il faut réévaluer ces thèmes à la lumière des priorités évoluant en santé publique. De plus, le mandat du programme des CCNSP a évolué au fil du temps. Au départ axé sur le renforcement des capacités en santé publique et ciblant les professionnels locaux, le programme a aujourd'hui pour mission de soutenir la prise de décisions et l'élaboration de politiques à tous les niveaux du système de santé publique. Toutefois, tous les CCN n'ont pas encore intégré ce changement dans leurs collaborations.

En ce qui concerne les résultats, l'évaluation démontre que les CCN ont produit des ressources utiles, accessibles et pertinentes à la pratique pour une vaste gamme de professionnels de la santé publique du Canada. Les produits et les activités de synthèse des connaissances sont estimés et utilisés pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques basées sur les données probantes. Dans de nombreux cas, les CCN ont répondu à des besoins émergents, même si le processus actuellement suivi pour préparer des plans de travail et le budget limité des CCN ont fait en sorte qu'il leur était souvent difficile d'agir promptement.

La capacité des CCN à favoriser les relations et la collaboration avec une gamme d'intervenants de l'ensemble du système est considérée comme une importante source de valeur ajoutée. Il arrive régulièrement que deux ou trois CCN travaillent ensemble à diverses initiatives dans lesquelles chacun peut apporter une expertise appréciable. Si ces collaborations sont considérées comme bénéfiques, l'exigence pour les six CCN de collaborer à des projets « signature » ne fait que détourner des ressources déjà limitées, selon plusieurs.

Sur le plan de l'efficience, les centres ont produit un nombre important d'extrants malgré un budget relativement limité. Toutefois, leur capacité de livrer ces extrants a été restreinte au fur et à mesure que l'ASPC a réduit leur financement. Le modèle des CCNSP a permis aux centres d'opérer de manière efficiente. Toutefois, le modèle compte aussi des défis, les CCN étant ainsi soumis aux procédures et aux politiques de leur organisme hôte et aux règles de leur accord de contribution. Le modèle qui établit l'indépendance des Centres du gouvernement du Canada fait en sorte que les CCN peuvent demeurer apolitiques et se tenir au courant de ce qui se passait sur le terrain. Des préoccupations ont été soulevées

concernant les exigences en matière de production de rapports, considérées comme lourdes étant donné le niveau de financement accordé aux CCN.

Enfin, les interactions entre l'ASPC et les CCN demeurent limitées, ce qui fait en sorte qu'il est difficile pour les CCN d'harmoniser leurs plans de travail annuels aux secteurs d'intérêt de l'Agence. L'initiative des dirigeants de l'ASPC lancée en février 2018 s'annonce prometteuse pour la création de collaborations plus étroites entre les CCN et l'ASPC, mais il est trop tôt pour en évaluer les résultats.

## 6.0 Recommandations

### Recommandation 1

**Établir un partenariat bilatéral entre l'ASPC et les CCN afin de mieux faire connaître le travail de chacun et d'accroître la collaboration dans les domaines d'intérêt commun.**

À l'ASPC, il y a toujours un manque général de compréhension du rôle, du mandat et de la valeur des CCNSP. Par ailleurs, les CCN s'inquiétaient du fait que les priorités de l'ASPC ne leur sont pas transmises systématiquement et en temps opportun. Il a donc été difficile pour les CCN d'harmoniser leurs plans de travail annuels avec les domaines d'intérêt de l'ASPC et d'établir des liens avec les secteurs de programme concernés. Compte tenu de cela, l'ASPC devrait s'appuyer sur les efforts initiaux de l'initiative de la haute direction et s'engager de façon plus stratégique et plus régulière avec les CCN, afin de tirer parti des connaissances, des ressources et des réseaux de l'autre pour faire progresser des objectifs communs.

### Recommandation 2

**Explorer les possibilités, dans le cadre du renouvellement de l'accord de contribution, afin de veiller à ce que chaque CCN demeure pertinent par rapport aux nouveaux besoins du secteur de la santé publique en ce qui concerne les enjeux abordés, l'éventail des collaborations et les publics cibles.**

Le mandat du programme des CCN a évolué depuis la dernière évaluation; alors qu'il se concentrait sur le renforcement de la capacité en santé publique et sur les professionnels à l'échelon local, le mandat vise désormais à appuyer la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé publique. Ce ne sont pas tous les centres qui ont adopté ce changement du mandat du programme auprès de leurs publics cibles et dans leurs collaborations, puisqu'ils continuent de se concentrer sur les praticiens locaux. De plus, bien que les sujets du programme des CCNSP aient pu être pertinents lorsqu'ils ont été choisis il y a plus de 13 ans, on s'inquiétait que ces thèmes n'aient jamais été révisés depuis la création du programme et que les efforts en matière d'application des connaissances devraient étudier d'autres enjeux qui cadrent avec les priorités émergentes de santé publique à l'échelle mondiale. Étant donné que le cycle de financement actuel prend fin en 2020, l'ASPC devrait explorer les possibilités pour s'assurer que les CCN demeurent pertinents, notamment en clarifiant les directives données aux CCN, afin de remplir le mandat actuel du programme et de répondre aux besoins en évolution du secteur de la santé publique.

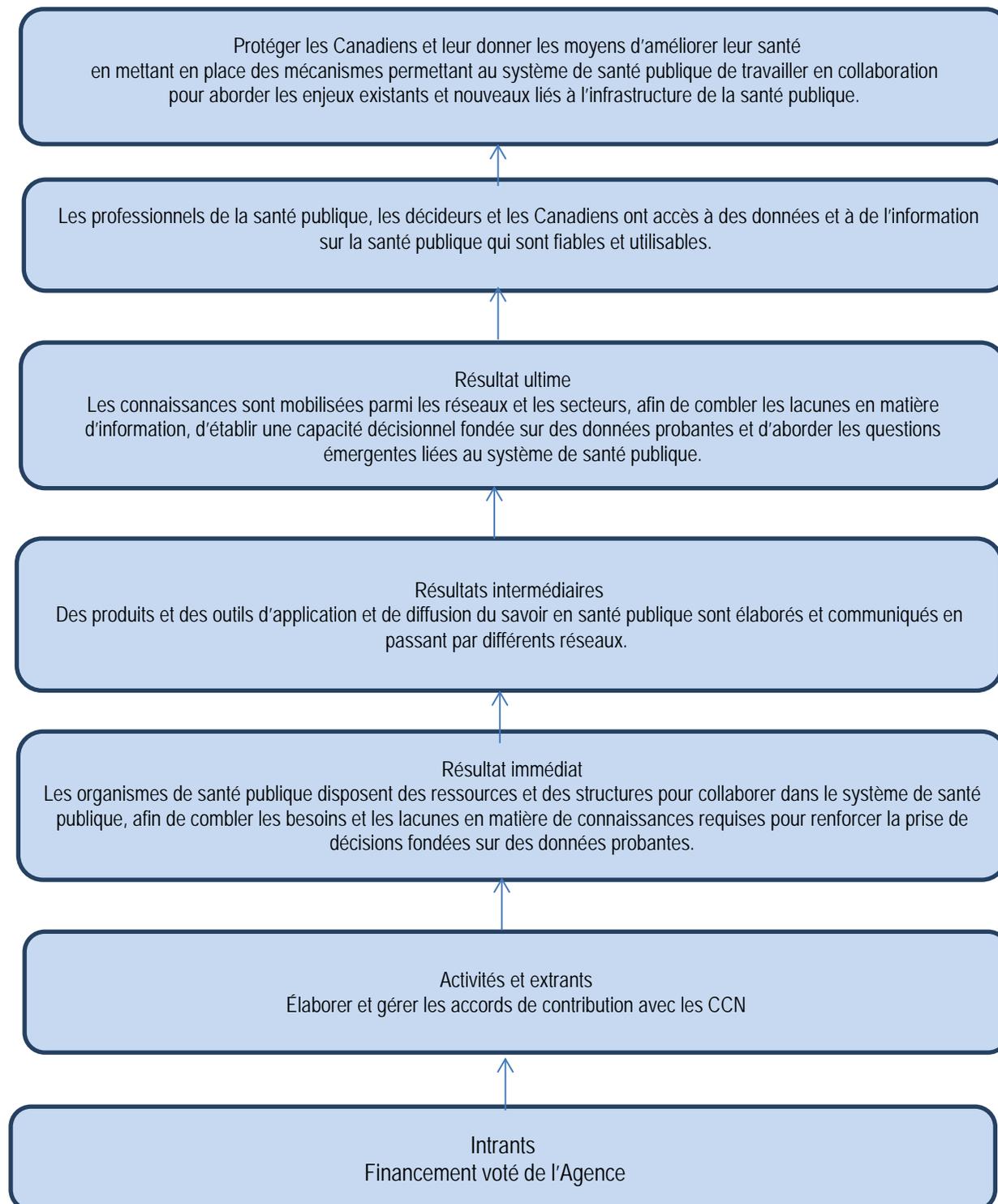
### **Recommandation 3**

**Étudier des options pour maximiser les affectations des ressources aux CCN et pour permettre à ces derniers d'utiliser ces mêmes ressources plus efficacement afin de réaliser leur mandat principal, soit :**

- **revoir la nécessité pour les six CCN de collaborer à des projets « signature »;**
- **laisser une marge de manœuvre aux CCN pour qu'ils adaptent leur plan de travail afin d'aborder de nouveaux enjeux, étant donné que leur mandat principal exige de combler les lacunes en matière de connaissances;**
- **simplifier les exigences en matière de mesure du rendement.**

Les réductions des affectations de fonds de l'ASPC aux CCN ont limité leur capacité de produire leurs résultats. Dans ce contexte, l'ASPC devrait examiner les possibilités d'optimiser l'affectation des ressources et de gérer les attentes. L'ASPC devrait plus particulièrement réexaminer l'exigence que l'ensemble des six CCN collaborent à des projets « signature », étant donné qu'ils collaborent les uns avec les autres par d'autres moyens. L'ASPC devrait également laisser une plus grande marge de manœuvre aux CCN pour qu'ils puissent aborder les questions émergentes dès qu'ils se présentent, sans devoir réviser profondément leurs plans de travail et sans que cela touche la responsabilité pour les résultats obtenus pendant l'année. L'ASPC devrait simplifier les exigences en matière de mesure du rendement en insistant particulièrement sur la fourniture de données utiles pour orienter la gestion et l'évaluation continues du programme, tout en maintenant le fardeau redditionnel imposé aux CCN en fonction de leur niveau actuel de financement.

## Annexe A – Modèle logique du programme des CCNSP



## Annexe B – Profils des centres de collaboration nationale

### 1. CCN en santé environnementale (CCNSE)

Organisme hôte : British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver  
(Colombie-Britannique)

**Orientation :** Évaluer les risques pour la santé associés à l'environnement physique et déterminer les interventions basées sur des données probantes qui réduisent ces risques.

**Public cible :** Inspecteurs en santé publique, agents d'hygiène du milieu et professionnels de la santé environnementale œuvrant à l'échelle provinciale dans l'ensemble du pays, ainsi que les médecins de santé publique et les professionnels de la santé communautaire intéressés par la santé environnementale.

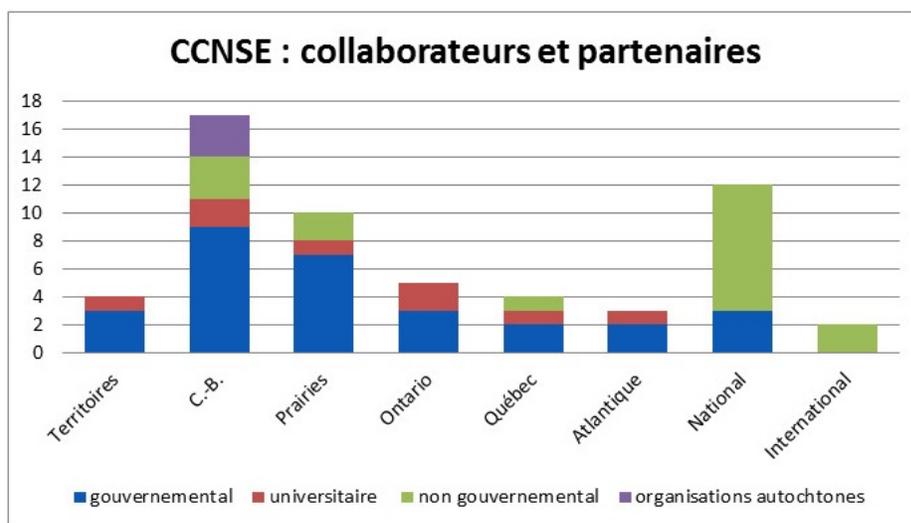
**Portée :** Les inspecteurs en santé publique, les agents d'hygiène du milieu et les chercheurs composent le plus important groupe d'utilisateurs du CCNSE. La majorité des utilisateurs travaillent à l'échelle provinciale ou locale. L'Ontario et la Colombie-Britannique sont hautement représentés parmi les utilisateurs des produits et des services du CCNSE.

**Collaborateurs et partenaires :** Si le CCNSE collabore avec des intervenants de partout au pays, la majorité des collaborations ont cours en Colombie-Britannique, puis dans les provinces des Prairies.

**Collaboration avec l'ASPC :** Le CCNSE a déclaré entretenir une collaboration limitée avec l'ASPC, même si les deux parties ont beaucoup travaillé avec Santé Canada à divers projets, dont l'élaboration d'un cadre de surveillance, de déclaration et d'intervention pour les expositions au monoxyde de carbone à l'intention des centres de soins de longue durée, ainsi que des projets sur les punaises de lit, le radon et les déversements de pétrole brut dans les eaux de mer.

**Faits saillants de la contribution du CCNSE pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques :** Suite à un événement ayant causé la mort de trois personnes ayant été exposées à du monoxyde de carbone dans un établissement de soins de longue

durée de Humboldt, en Saskatchewan, le CCNSE a examiné les différents moyens qui existent pour protéger les groupes vulnérables des dangers du monoxyde de carbone. Le Centre a collaboré avec le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique afin de consulter des experts et d'élaborer le *Cadre de surveillance du monoxyde de carbone et d'intervention dans les établissements de soins prolongés*. Le cadre a été mis à l'essai par la Saskatoon Health



Référence : Questionnaires sur la mesure du rendement pour 2015-2016 à 2017-2018

Region. Selon certains informateurs clés travaillant dans la région, les recommandations formulées en matière de sécurité dans le cadre élaboré par le Centre sont aujourd'hui inscrites dans la réglementation de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan. Le CCNSE a reçu des fonds de Santé Canada pour concevoir des outils destinés à d'autres unités de santé locales, afin de les aider à instaurer et à évaluer le Cadre dans leur région. Ces fonds devaient également permettre au Centre de communiquer cette bonne pratique avec d'autres décideurs.

Les rapports de l'administrateur en chef de la santé publique de l'ASPC sur la violence familiale et sur les environnements bâtis renvoient tous les deux aux travaux d'application des connaissances entrepris par le CCNSA et le CCNSE<sup>18,19</sup>.

## 2. CCN en santé autochtone (CCNSA)

Organisme hôte : University of Northern British Columbia, Prince George  
(Colombie-Britannique)

**Orientation** : Appuyer le renouvellement de la santé publique et l'équité en santé pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis grâce à l'application et à l'échange de connaissances.

**Public cible** : Le CCNSA a un engagement et une responsabilité envers les personnes, les familles et les collectivités autochtones, mais il cible également un public plus vaste, qui inclut des organisations, des réseaux, des praticiens, des éducateurs, des gouvernements, autochtones ou non, qui ont un intérêt direct dans la santé et le bien-être des Autochtones.

**Portée** : Les utilisateurs des ressources du CCNSA viennent de partout au pays. Les établissements universitaires, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations autochtones sont les utilisateurs les plus fréquents des produits du CCNSA.

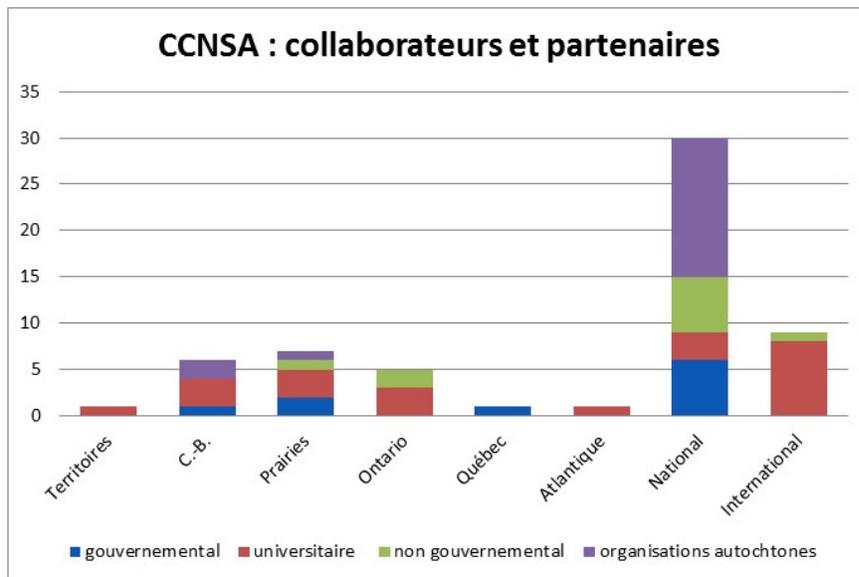
**Collaborateurs et partenaires** : Le CCNSA collabore avec des partenaires du Canada et du monde entier. La majorité des collaborations incluent des organisations nationales, bon nombre d'entre elles représentent des groupes autochtones.

**Collaboration avec l'ASPC** : Le CCNSA a régulièrement collaboré avec l'ASPC sur des projets se rapportant aux peuples autochtones, par exemple : mener des projets sur une base contractuelle (p. ex., l'Outil de données sur les inégalités en santé, l'Éducation de la petite enfance), promouvoir le renforcement des relations entre l'ASPC et les intervenants autochtones (p. ex., en tenant une réunion des intervenants autochtones sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang), fournir des conseils d'experts et des présentations au personnel et inviter le personnel de l'ASPC à donner des présentations lors de forums. Les membres du personnel de l'ASPC sont également de grands utilisateurs des produits de formation du CCNSA.

### Faits saillants de la contribution du CCNSA pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques :

Certains gouvernements de Premières Nations ont utilisé les produits du CCNSA pour élaborer leurs propres programmes communautaires de santé publique. Par exemple, la Première Nation Kitigan Zibi du Québec a créé et mis en place un programme de prévention de l'usage du tabac en utilisant le contenu du CCNSA.

Aussi, certaines Premières Nations



Référence : Questionnaires sur la mesure du rendement pour 2015-2016 à 2017-2018

du Manitoba ont utilisé les ressources du Centre en matière de compétences parentales dans leur programmation communautaire.

Les rapports de l'administrateur en chef de l'ASPC sur la violence familiale et sur les environnements bâtis contiennent tous deux des références au travail d'application des connaissances du CCNSA<sup>20, 21</sup>. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones s'est également servi des ressources du CCNSA comme outils d'apprentissage dans les programmes qu'ils destinent aux enfants et aux familles autochtones. Le *Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones* d'Emploi et Développement social Canada a été mis au point à partir des fiches de renseignements produites par le CCNSA<sup>22,23</sup>. Aussi, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée a enchâssé le concept de la « toile de l'être » du CCNSA dans sa *Ligne directrice concernant les relations avec les communautés autochtones*.

Le travail du CCNSA a également permis l'élaboration des compétences fondamentales que doivent acquérir les professionnels de la santé qui travaillent avec les collectivités autochtones<sup>24</sup>. Certains informateurs clés ont souligné le fait que les programmes de maîtrise en santé publique du pays ont restructuré leur grille de cours pour inclure ces compétences essentielles.

### 3. CCN des maladies infectieuses (CCNMI)

Organisme hôte : Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

**Orientation :** Aider les professionnels de la santé publique à trouver, à comprendre et à utiliser la recherche et les données probantes en matière de maladies infectieuses. Travailler à bâtir des liens entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances liées aux maladies infectieuses.

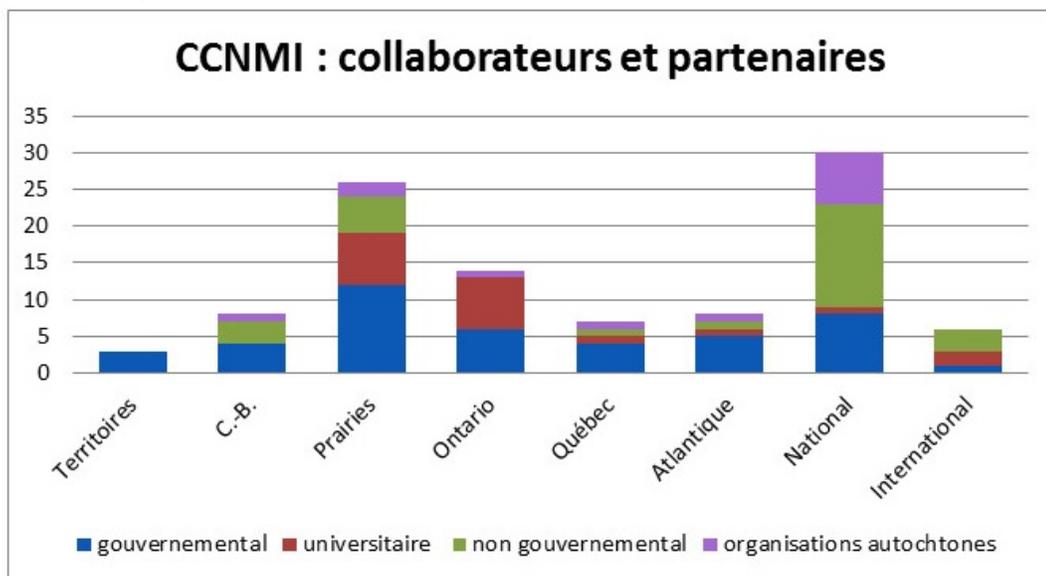
**Public cible :** Le principal public cible du CCNMI inclut les professionnels de la santé publique, les chercheurs et les décideurs (p. ex., les médecins hygiénistes en chef), le personnel infirmier de la santé publique, les épidémiologistes provinciaux, les directeurs des unités de surveillance des maladies transmissibles, les inspecteurs de la santé publique, les organismes dédiés au sida et d'autres organismes de service. Un pont est également créé avec le personnel des soins primaires, des soins de courte et de longue durée. Le public dépend souvent du thème abordé et des régions où le besoin se fait sentir (p. ex., la tuberculose dans le Nord).

**Portée :** Des études de cas portant sur deux activités réalisées en 2016-2017 à l'échelle nationale révèlent l'engagement des professionnels des zones urbaines et rurales de toutes les régions, dont des médecins hygiénistes et des représentants d'organismes communautaires, d'universités, d'organisations provinciales et fédérales ainsi que d'unités de soins primaires, de services hospitaliers et de services vétérinaires.

**Collaborateurs et partenaires :** Le CCNMI s'associe en premier lieu avec des organisations nationales, suivis des organisations des Prairies et de l'Ontario. Il demeure toutefois présent dans d'autres régions et il entretient des liens internationaux, notamment avec les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis.

**Collaboration avec l'ASPC :** Le CCNMI a soutenu des événements de réseautage et des liens continus sur la gestion des antimicrobiens, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi que l'éradication de la tuberculose. Il a livré des présentations et offert des webinaires adaptés aux épidémiologistes de terrain de l'ASPC et fourni des données probantes pour différents projets.

**Faits saillants de la contribution du CCNMI pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques :** Le centre a créé une base de données virtuelle, la *Notifiable Disease Database*, qui recueille les exigences en matière de production de rapports des provinces et des territoires à des fins



Référence : Questionnaires sur la mesure du rendement de 2015-2016 à 2017-2018

de comparaison<sup>25</sup>. La base de données a été utilisée par certaines provinces afin de mieux harmoniser leurs politiques et pour mettre au point des mécanismes communs de production de rapports.

À la suite de pressions réelles ou perçues subies par les médecins pour la prescription d'antibiotiques pour le traitement de symptômes viraux, le CCNMI a créé et distribué des ordonnanciers<sup>26, 27</sup> sur lesquels figurent des messages pour encourager les médecins à « prescrire » des stratégies non médicamenteuses à cette fin<sup>28</sup>. D'autres unités de santé provinciales et locales ont adapté l'ordonnancier pour leur région. Le centre travaille également avec la Nouvelle-Écosse à l'élaboration d'un outil similaire pour les vétérinaires.

Le CCNMI, avec le soutien du CCNSA, du CCNPPS et du CCNDS, a organisé le forum *Vers l'élimination de la tuberculose dans les communautés autochtones du Nord* en janvier 2018, qui a réuni des intervenants autochtones et non autochtones pour témoigner de leur expérience en matière d'éradication de la tuberculose à l'échelle communautaire.

#### 4. CCN des méthodes et des outils (CCNMO)

Organisme hôte : Université McMaster, Hamilton (Ontario)

**Orientation :** Faciliter l'utilisation des meilleures données probantes disponibles dans la pratique de la santé publique en élaborant des ressources largement disponibles pour renforcer la capacité à prendre des décisions basées sur des données probantes et à favoriser des relations entre les personnes et les organisations pour promouvoir l'application des connaissances.

**Public cible :** Les travailleurs canadiens du domaine de la santé publique constituent le principal public cible du CCNMO. Le CCNMO a récemment ciblé les programmes de maîtrise en santé publique, les professeurs et les étudiants, afin qu'ils intègrent les outils et les méthodes qu'il propose à leur programme éducatif et aux objectifs d'apprentissage.

**Portée :** Le CCNMO atteint essentiellement les dirigeants des autorités régionales de la santé, suivis des gouvernements locaux et municipaux. Les utilisateurs des produits du CCNMO sont répartis un peu partout au Canada. Le CCNMO suscite régulièrement un intérêt chez des utilisateurs internationaux. Le centre travaille actuellement à étendre son rayonnement aux collectivités rurales et nordiques par la création d'outils accessibles hors ligne.

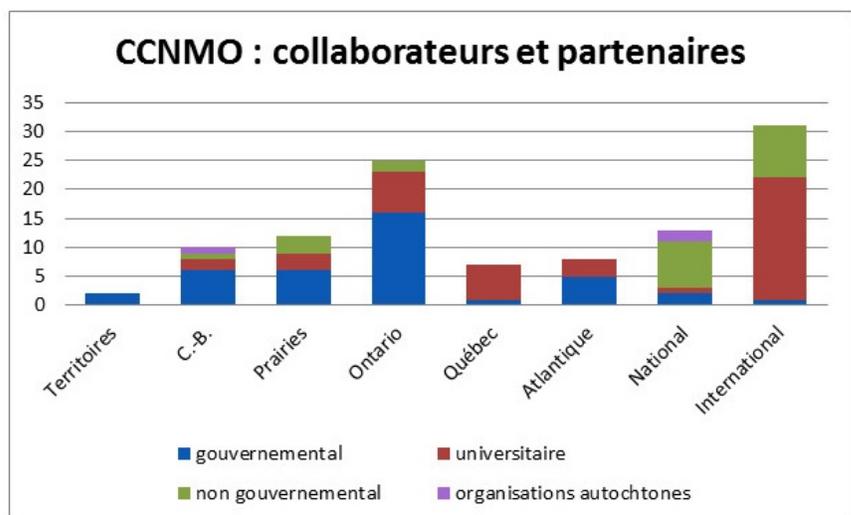
**Collaborateurs et partenaires :** Le CCNMO a des collaborateurs partout au pays, mais surtout en Ontario et dans d'autres pays.

**Collaboration avec l'ASPC :** Le CCNMO a déjà coopéré avec l'ASPC à l'élaboration de ressources (p. ex., l'outil de cartographie des compétences essentielles de l'ASPC). Le CCNMO a également livré des présentations à l'ASPC, et l'Agence a participé au comité consultatif du Centre.

#### Faits saillants de la contribution du CCNMO pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques :

Référence : Questionnaires sur la mesure du rendement de 2015-2016 à 2017-2018.

Les membres de l'unité de santé publique de la région de Peel ont décidé, après avoir participé au programme des courtiers du savoir lancé par le Centre en 2014, d'instaurer des processus décisionnels appuyés sur des données probantes afin d'orienter leurs activités. Par exemple, l'unité a introduit des réunions régulières « d'applicabilité et de transférabilité » des connaissances pour établir un



lien entre les données probantes disponibles et la mise en œuvre du programme. La région de Peel a également introduit son propre programme des courtiers du savoir au sein de son unité de santé publique, de concert avec le CCNMO. De la même

Référence : Questionnaires sur la mesure du rendement de 2015-2016 à 2017-2018.

façon, des participants du programme des courtiers du savoir des services de santé publique de Middlesex-London et de Hamilton ont formé des « clubs de lecture » dans leur région afin de mieux transmettre les compétences acquises par le programme.

Le CCNMO offre gratuitement une série de modules en ligne pour appliquer sa pratique de santé publique en sept étapes et fondée sur des données probantes<sup>i, 29</sup>. Selon les rapports annuels du Centre, plus de 2 000 apprenants ont accédé aux modules chaque année.

---

<sup>i</sup> À la fin de la série, les utilisateurs obtiennent un certificat signé par l'Université McMaster.

## 5. NCC sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS)

Organisme hôte : Institut de santé publique du Québec, Montréal (Québec)

**Orientation :** Améliorer l'expertise des professionnels de la santé publique au Canada sur le plan des politiques de santé publique par l'élaboration, l'échange et l'utilisation de connaissances. Parmi les récents domaines de travail figurent la santé mentale, l'environnement bâti, l'éthique en santé publique et les toxicomanies.

**Public cible :** Le Centre a changé de public cible au fil du temps. Si au début il visait les travailleurs de première ligne de la santé publique des unités locales et régionales de santé, il cible aujourd'hui les intervenants de tous les niveaux du secteur de la santé publique.

**Portée :** Un sondage mené auprès des utilisateurs en 2017 suggère que le public du CCNPPS est principalement situé au Québec et en Ontario et qu'il est essentiellement composé de travailleurs de la santé publique œuvrant à l'échelle locale et régionale. Ces données peuvent, toutefois, ne pas être entièrement représentatives du rayonnement du CCNPPS.

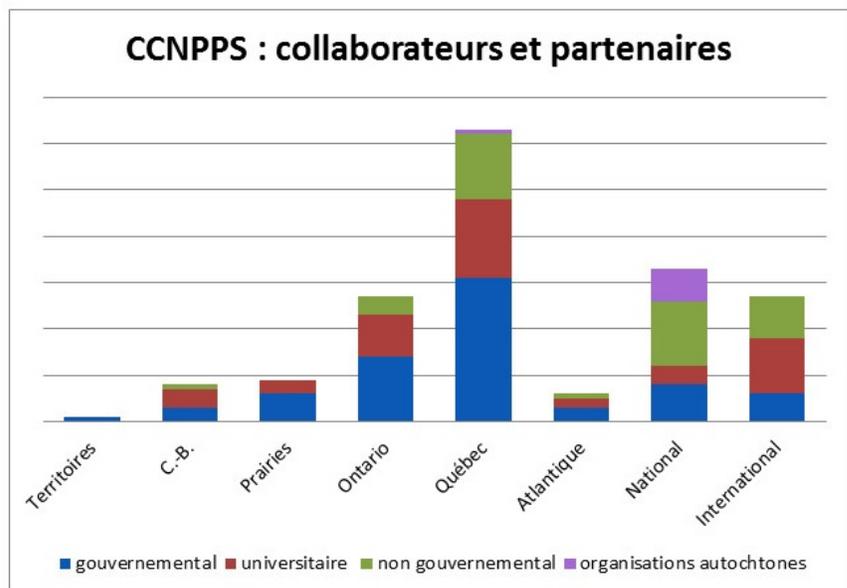
**Collaborateurs et partenaires :** D'après les données soumises par le CCNPPS, ses collaborateurs sont essentiellement situés au Québec, suivis par les organisations de portée nationale.

**Collaboration avec l'ASPC :** Même si le nombre d'interactions déclaré avec l'ASPC était limité, divers exemples intéressants de collaboration ont été cités : la participation de l'ASPC au forum sur les besoins en connaissances liées à la promotion de la santé mentale de la population, l'adhésion au groupe de travail sur la mobilisation visant l'Initiative sur les inégalités en santé, des renvois aux projets du CCNPPS sur le portail des pratiques exemplaires de l'ASPC et la référence au Centre dans les rapports de l'Agence (p. ex., le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada en 2017, Concevoir un mode de vie sain<sup>30</sup>e).

### Faits saillants de la contribution du CCNPPS pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques :

Un sondage mené par le CCNPPS en 2014-2015 a révélé que les deux tiers des utilisateurs croyaient que les produits du CCNPPS contribuaient à appuyer aidaients à informer une idée ou un argument soutenant l'élaboration d'une nouvelle initiative stratégique.

L'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé<sup>31</sup> a contribué à préciser le processus décisionnel en permettant l'analyse des effets à moyen et long terme des décisions stratégiques à l'échelle



Référence : Questionnaires sur la mesure du rendement de 2015-2016 à 2017-2018

locale et régionale (p. ex., étiquetage des boissons sucrées au Québec, prévention des maladies chroniques en Alberta). De plus, le cours en ligne offert par le CCNPPS sur l'analyse des politiques publiques<sup>32</sup> a été adopté par plusieurs universités et autorités de santé publique. Par ailleurs, le Cadre d'appui à l'action en matière de santé mentale de la population<sup>33</sup> a soutenu une stratégie régionale visant à développer la résilience de la collectivité touchée par la tragédie de Lac-Mégantic en 2013. Les concepts à la base de ces travaux ont également été intégrés aux normes ontariennes en santé publique. Enfin, le Comité directeur sur les infrastructures du Réseau pancanadien de santé publique a adopté certaines notions des travaux sur l'éthique de la surveillance menée par le CCNPPS afin d'appuyer un cadre de surveillance nationale.

## 6. NCC des déterminants de la santé (CCNDS)

Organisme hôte : Université St. Francis Xavier, Antigonish (Nouvelle-Écosse)

**Orientation :** Fournir au milieu de la santé publique du Canada des connaissances et des ressources en vue de prendre des mesures relativement aux déterminants sociaux de la santé et de combler l'écart des résultats de santé au sein de la population.

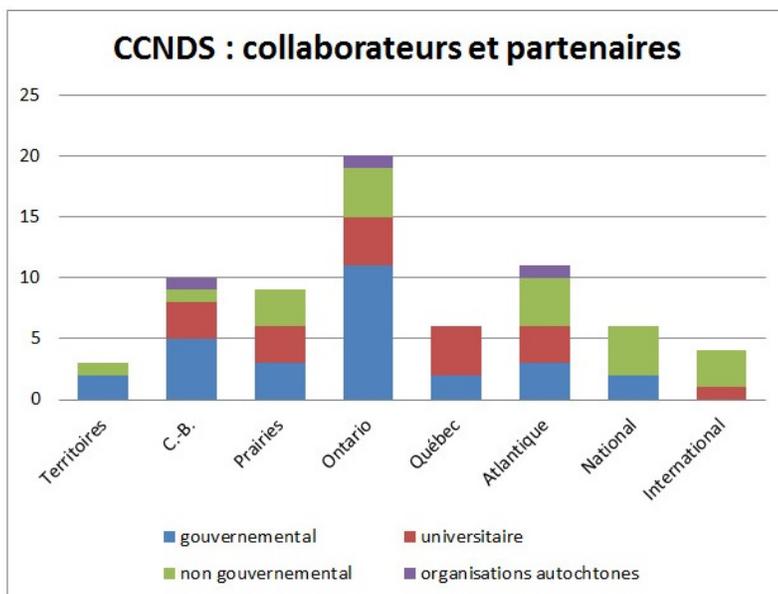
**Public cible :** Même si l'étude des déterminants de la santé implique des acteurs qui sont en dehors du secteur de la santé publique (p. ex., les municipalités, la société civile), le CCNDS vise essentiellement le secteur officiel de santé publique en raison des ressources et de sa capacité limitées. Au sein de la santé publique, les spécialistes des déterminants de la santé constituent le principal public visé par le Centre, suivis par d'autres groupes, comme les médecins hygiénistes, les directeurs et le personnel infirmier.

**Portée :** Le CCNDS atteint essentiellement les autorités régionales de la santé, suivis des gouvernements locaux et municipaux. Les utilisateurs des produits du Centre sont répartis un peu partout au Canada, mais c'est en Ontario qu'ils sont les plus nombreux d'après un sondage sur le public cible mené en 2016. Le CCNDS a pu s'adresser à 1 813 participants dans le cadre de 13 conférences offertes en 2015-2016, et à 1 091 autres personnes grâce à des présentations livrées en dehors de telles conférences.

**Collaborateurs et partenaires :** Le CCNDS collabore avec des organisations gouvernementales, des universités et des ONG réparties un peu partout au Canada, mais dont une majorité se trouve en Ontario.

**Collaboration avec l'ASPC :** Après le CCNMI, c'est le CCNDS qui déclare le plus haut niveau d'interactions avec l'ASPC, notamment pour diverses collaborations (p. ex., le forum du Nord-Ouest sur l'équité en santé), la participation de l'Agence à des événements du CCNDS, des présentations offertes au cours d'événements de l'Agence, les demandes soumises par le personnel de l'ASPC pour des renseignements ou des conseils sur divers enjeux, l'élaboration de formation et la participation à des groupes de travail menés par l'ASPC.

**Faits saillants de la contribution du CCNDS pour appuyer la prise de décisions et l'élaboration de politiques :** En Ontario, les ressources du CCNDS sur le rôle de la santé publique dans le traitement de l'équité en santé<sup>34</sup> ont été utilisées par Santé publique Ontario. L'organisme s'en est servi comme cadre pour élaborer des lignes directrices à l'intention des unités locales de santé publique, qui incluent un ensemble complet d'indicateurs fondés sur des données probantes pour mesurer l'équité en santé et corriger la situation au besoin<sup>35</sup>. Ce document a été adopté par les unités locales de santé publique



Source: Rapport d'étape 2017-18 and Questionnaires sur la mesure du rendement 2016-17.

et promu par le Réseau de collaboration sur l'équité en santé du CCNDS. Certains utilisateurs des connaissances ont souligné le fait que les documents du CCNDS avaient influencé l'inclusion de l'équité en santé dans les normes ontariennes de santé publique. Ils ont également ajouté que ces documents étaient cités dans les lignes directrices de la province en matière d'équité en santé<sup>36</sup>. En Nouvelle-Écosse, le filtre de l'équité en santé a été utilisé pour élaborer des normes et des protocoles de portée provinciale en la matière<sup>37</sup>. D'autres ressources du CCNDS<sup>38,39</sup> ont été utilisées dans la redéfinition du modèle de répartition du vaccin antigrippal pour rehausser le taux d'administration au sein des groupes marginalisés. La province du Manitoba s'est aussi servie de la définition d'équité en santé proposée par le Centre pour appuyer la déclaration de l'administrateur en chef de la santé publique de la province sur l'équité en santé en 2018<sup>40</sup>. Le CCNDS a créé un pont entre la Saskatoon Public Health et la Nouvelle-Écosse afin qu'ils échangent des conseils sur l'élaboration d'une politique en matière de santé publique.

## Annexe C – Description de l'évaluation

L'évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) couvrait la période d'avril 2014 à septembre 2018. Elle visait à analyser la pertinence, le rendement et l'efficacité du programme au cours de cette période, en fonction des exigences fournies dans la *Politique sur les résultats* du Conseil du Trésor du Canada de 2016. Cette évaluation était conçue pour aborder les résultats prévus du programme des CCNSP de l'ASPC et pour fournir un aperçu des enjeux et des questions qui figurent dans le tableau suivant.

Enjeu fondamental	Question d'évaluation
<b>Pertinence</b>	
Enjeu 1 : Besoin continu	<p>1. Quel modèle de programme et quelles institutions hôtes sont nécessaires pour renforcer la capacité en santé publique en 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À quelles priorités devrions-nous nous attarder?</li> <li>• Dans quelle mesure les CCNSP répondent-ils à ces besoins?</li> <li>• Quels sont les secteurs d'amélioration possibles?</li> </ul> <p>1.1 Dans quelle mesure le niveau de capacité en santé publique au Canada a-t-il changé au cours des cinq dernières années?</p> <p>1.2 Considérant ces changements, dans quelle mesure le programme des CCNSP est-il encore pertinent pour ce qui est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des rôles et des objectifs</li> <li>• du modèle du programme</li> <li>• de la portée des travaux</li> <li>• des enjeux abordés et des activités réalisées</li> </ul>
Élément 2 : Harmonisation avec les responsabilités et les rôles fédéraux	<p>2. Dans quelle mesure le rôle des CCN est-il compris à l'interne et à l'externe?</p> <p>3. La portée et les activités des CCN sont-elles complémentaires aux activités d'autres intervenants, dont celles de l'ASPC, ou viennent-elles les chevaucher ou les dédoubler?</p>
Élément 3 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement du Canada	<p>4. Dans quelle mesure les priorités des CCN et celles du programme des CCNSP s'harmonisent-elles avec les priorités et les objectifs de l'ASPC? Dans quelle mesure les priorités des CCN s'harmonisent-elles avec les priorités du secteur de la santé publique?</p>
<b>Rendement</b>	
Élément 4 : Efficacité	<p>5. Dans quelle mesure existe-t-il des preuves qui démontrent la contribution du programme aux résultats prévus?</p> <p>6. Dans quelle mesure les CCN ont-ils atteint leur objectif de promouvoir l'utilisation des connaissances pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes?</p> <p>6.1 Dans quelle mesure les produits de connaissances et les activités connexes ont-ils atteint les praticiens de la santé publique, les gestionnaires de programmes et les décideurs?</p> <p>6.2 Existe-t-il des preuves qui démontrent l'utilisation des produits d'application des connaissances des CCN pour appuyer la prise de décisions?</p> <p>6.3 Dans quelle mesure existe-t-il des données probantes quant à l'utilité des produits et des activités de connaissances des CCN? (c.-à-d., est-il possible de démontrer que ces produits et ces activités sont pertinents et offerts en temps utile pour appuyer la prise de décisions?)</p> <p>6.4 Dans quelle mesure les activités de formation sur l'application, la synthèse et l'échange de connaissances ont-elles permis un savoir accru?</p>

Enjeu fondamental	Question d'évaluation
Élément 5 : Efficience et économie	<p>7. Dans quelle mesure les CCN arrivent-ils à aborder les priorités émergentes du domaine de la santé publique?</p> <p>8. Quels sont les mécanismes en place qui permettent la collaboration et l'harmonisation des priorités entre l'ASPC et les CCN? Quelle est l'efficacité de ces mécanismes et quels sont les secteurs d'amélioration possibles?</p> <p>9. Dans quelle mesure les CCNSP sont-ils efficaces?</p> <p>9.1 Dans quelle mesure les CCN mettent-ils à profit d'autres ressources (ressources financières, collaboration, expertise et savoir d'autres partenaires)?</p> <p>9.2 Quel est le niveau des coûts administratifs du programme par rapport aux dépenses totales du programme?</p> <p>9.3 Y a-t-il d'autres modèles de mobilisation en santé publique? Comment se comparent-ils? Pourraient-ils améliorer l'approche des CCNSP?</p> <p>9.4 Quelles sont les pratiques exemplaires qui ont été mises en place pour atteindre les résultats prévus?</p> <p>10. Dans l'ensemble, dans quelle mesure les CCNSP sont-ils rentables?</p>

### Collecte de données et méthodes d'analyse

Les sources d'information utilisées dans cette évaluation comprenaient une revue de la littérature, un examen des données financières et des entrevues avec des informateurs clés. Les données ont été analysées par triangulation des renseignements recueillis auprès de différentes sources et selon les méthodes décrites ci-dessous.

- Examen des documents, des dossiers et des données.** Les représentants du programme qui travaillent au sein de l'ASPC et des services internes connexes ont remis plus de 150 documents et dossiers à l'équipe de l'évaluation. Cette dernière a également consulté les documents disponibles sur le site canada.ca et sur les sites Web des six CCN. Elle s'est enfin penchée sur les questionnaires annuels sur la mesure du rendement, les rapports d'évaluation préparés par les centres eux-mêmes, les documents stratégiques et de planification, les produits d'application des connaissances, les accords de contribution et les documents utilisés pour l'administration régulière du programme.
- Examen des données financières.** Une analyse des dépenses prévues et réelles a été menée à partir des renseignements fournis par la Direction générale du dirigeant principal des finances de l'ASPC. D'autres renseignements ont été fournis par l'entremise des questionnaires sur la mesure du rendement soumis par chaque centre. Les accords de contribution ont également été examinés.
- Entrevues auprès d'informateurs clés.** Les évaluateurs ont réalisé 78 entrevues avec divers intervenants du programme. De ce nombre, 32 ont été menées avec des intervenants externes au programme, dont des experts en la matière de même que des représentants d'organisations non gouvernementales, d'unités de santé publique provinciales, territoriales et régionales, d'autres organismes gouvernementaux et d'associations professionnelles. Vingt-huit entrevues supplémentaires ont été réalisées avec des membres du personnel des CCN, dont des gestionnaires, des représentants des organismes hôtes ou des membres des comités consultatifs. Enfin, 18 entrevues ont été menées avec des représentants de l'ASPC impliqués dans l'administration du

programme ou en tant qu'utilisateurs des produits de connaissances et des activités connexes.

Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

## Notes en fin de texte

- <sup>1</sup> Santé Canada, *Leçons de la crise du SRAS – Renouveau de la santé publique au Canada*, 2004. Sur Internet : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H21-220-2003F.pdf>
- <sup>2</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique de 2008-2009 à 2013-2014*, 2014. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/bureau-evaluation/rapports-evaluation/evaluation-programme-centres-collaboration-nationale-sante-publique-2008-2009-a-2013-2014.html>
- <sup>3</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Tableaux des renseignements supplémentaires 2017-2018 Plan ministériel : Agence de la santé publique du Canada*, 2017. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- <sup>4</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Tableaux des renseignements supplémentaires 2017-2018 Plan ministériel : Agence de la santé publique du Canada*, 2017. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- <sup>5</sup> Jansen et coll., *Health Research Policy and Systems, Conditions for Sustainability of Academic Collaborative Centres for Public Health in the Netherlands: a mixed methods design*, 2015. Sur Internet : <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-015-0026-7>
- <sup>6</sup> DeSalvo KB, YC Wang, A Harris, J Auerbach et D Koo, P. O'Carroll, *Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century*, 2017. Sur Internet : [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/17\\_0017.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/17_0017.htm)
- <sup>7</sup> Stefan K. Lhachimi, Malgorzata M. Bala, Giedrius Vanagas, *Evidence-Based Public Health*, 2016. Sur Internet : <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/5681409/>
- <sup>8</sup> Brownson RC, JE Fielding et CM Maylahn, *Evidence-based Decision Making to Improve Public Health Practice. Front Public Health*, 2014. Sur Internet : <https://uknowledge.uky.edu/frontiersinphssr/vol2/iss2/2/>
- <sup>9</sup> Instituts de recherche en santé du Canada, *Évaluation du programme de financement de l'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada*, 2013. Sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47332.html>
- <sup>10</sup> Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Profil structurel de la santé publique au Canada*, 2013. Sur Internet : <http://www.ccnpps.ca/712/profil-structurel-de-la-sante-publique-au-canada.ccnpps>
- <sup>11</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Horizons stratégiques 2013-2018*, 2013. Sur Internet : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2014/aspc-phac/HP55-1-2013-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP55-1-2013-fra.pdf).
- <sup>12</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain*, 2017. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
- <sup>13</sup> Innovation, Sciences et Développement économique Canada, *Vision scientifique du Canada*, 2018. Sur Internet : [http://www.ic.gc.ca/eic/site/131.nsf/fra/h\\_00000.html](http://www.ic.gc.ca/eic/site/131.nsf/fra/h_00000.html)

- <sup>14</sup> Bureau de la ministre des Sciences, *L'examen du soutien fédéral aux sciences – Investir dans l'avenir du Canada – Consolider les bases de la recherche au pays*, 2017. Sur Internet : <http://www.examenscience.ca/eic/site/059.nsf/fra/accueil>.
- <sup>15</sup> Centres de collaboration nationale en santé publique, *À propos*, sans date. Sur Internet : <https://ccnsp.ca/about-us/>.
- <sup>16</sup> Pour de plus amples renseignements, voir les publications extraites des sites suivants :
- Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses : [https://ccnmi.ca/?post\\_type=publications](https://ccnmi.ca/?post_type=publications)
  - Centre de collaboration nationale de la santé autochtone : [https://www.nccah-ccnsa.ca/524/Recherche\\_de\\_publication.nccah](https://www.nccah-ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccah);
  - Centre de collaboration nationale en santé environnementale : <http://www.ccse.ca/content/publications-et-produits>;
  - Centre de collaboration nationale des méthodes et outils : <https://www.nccmt.ca/fr/impact/publications>;
  - Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé : <http://nccdh.ca/fr/resources/nccdh/>;
  - Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé : <http://www.ccnpps.ca/80/publications.ccnpps>.
- <sup>17</sup> Statistique Canada, *Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires (Population totale seulement)*, 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-215-x/91-215-x2018001-fra.pdf?st=qval7n9R>
- <sup>18</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 – Regard sur la violence familiale au Canada*, 2016. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2016-regard-violence-familiale-canada.html>
- <sup>19</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain*, 2017. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
- <sup>20</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 – Regard sur la violence familiale au Canada*, 2016. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2016-regard-violence-familiale-canada.html>
- <sup>21</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain*, 2017. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
- <sup>22</sup> Emploi et Développement social Canada, *Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones*, Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/apprentissage-jeunes-enfants-autochtones/2018-cadre.html>

- <sup>23</sup> Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario, *Ligne directrice concernant les relations avec les communautés autochtones*, 2018. Sur Internet : [http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Relationship\\_with\\_Indigenous\\_Communities\\_Guideline\\_fr.PDF](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Relationship_with_Indigenous_Communities_Guideline_fr.PDF)
- <sup>24</sup> Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *Revue des compétences essentielles pour la santé publique : Une perspective de santé publique Autochtone*, 2015. Sur Internet : [https://www.nccah-ccnsa.ca/525/Voir\\_publication.nccah?id=145](https://www.nccah-ccnsa.ca/525/Voir_publication.nccah?id=145)
- <sup>25</sup> Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, *Notifiable Diseases Database : Factsheet*, 2018. Sur Internet : <https://nccid.ca/publications/notifiable-diseases-database-factsheet/> (en anglais seulement)
- <sup>26</sup> Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, *Featured Antimicrobial Stewardship Tools*, 2018. <https://nccid.ca/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/Featured-AMS-Tools.pdf> (en anglais seulement)
- <sup>27</sup> Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, *Semaine de la sensibilisation aux antibiotiques; Pour les fournisseurs; Documents de prescription (virale)*, 2018. Sur Internet : <https://infoantibio.ca/>
- <sup>28</sup> Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, *Featured Antimicrobial Stewardship Tools*, 2018. <https://nccid.ca/wp-content/uploads/sites/2/2018/03/Featured-AMS-Tools.pdf> (en anglais seulement)
- <sup>29</sup> Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. (2018). *Bonifiez votre CV grâce aux modules d'apprentissage certifiés par l'Université McMaster*. Sur Internet : <https://www.nccmt.ca/fr/developpement-des-capacites/certified-modules>
- <sup>30</sup> Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain*, 2017. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html>
- <sup>31</sup> Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Évaluation d'impact sur la santé*, sans date. Sur Internet : <http://www.ccnpps.ca/13/evaluation-d'impact-sur-la-sante.ccnpps>
- <sup>32</sup> Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Formation continue en ligne – Un cadre d'analyse de politique publique*, 2017. Sur Internet : [http://www.ccnpps.ca/641/formations-en-ligne.ccnpps?id\\_article=1629](http://www.ccnpps.ca/641/formations-en-ligne.ccnpps?id_article=1629)
- <sup>33</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en*, 2013. Sur Internet : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-public-health-roles>
- <sup>34</sup> Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations*. 2017. Sur Internet : [http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id\\_article=1710](http://www.ccnpps.ca/551/publications.ccnpps?id_article=1710)
- <sup>35</sup> Santé publique Ontario, *Equity Indicators for Ontario Local Public Health Agencies, User Guide*, 2016. Sur Internet (en anglais seulement) : [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Health\\_Equity\\_Indicators\\_for\\_Ontario\\_Local\\_Public\\_Health\\_Agencies\\_-\\_PHO.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Health_Equity_Indicators_for_Ontario_Local_Public_Health_Agencies_-_PHO.pdf)
- <sup>36</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé*, 2018. Sur Internet :

[http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Health\\_Equity\\_Guideline\\_2018\\_fr.pdf](http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Health_Equity_Guideline_2018_fr.pdf)

- <sup>37</sup> Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, Nova Scotia Public Health Health Equity Protocol, sans date. Sur Internet : <https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/05-Health-Equity-Protocol.pdf>
- <sup>38</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Améliorer la santé à Saskatoon : de l'information à l'action*, 2012. Sur Internet : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/casestudy-SK>
- <sup>39</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Apprendre par la pratique : l'équité dans la prévention de la grippe à Saskatoon*, 2015. Sur Internet : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/learning-from-practice-equity-in-influenza-prevention-in-saskatoon>
- <sup>40</sup> Médecin hygiéniste en chef du Manitoba, *Énoncé de position sur l'équité en santé du médecin hygiéniste en chef du Manitoba*, 2018. Sur Internet : [https://www.gov.mb.ca/health/cppho/docs/ps/health\\_equity.fr.pdf](https://www.gov.mb.ca/health/cppho/docs/ps/health_equity.fr.pdf)