



Agence de la santé
publique du Canada

Canada

Évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique De 2018-2019 à 2022-2023

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

Mars 2024



Table des matières

	ANNEXE G : TABLEAU RÉCAPITULATIF DU FINANCEMENT DES CCNSP DE 2018-2019 À 2022-2023	50	
RÉSUMÉ.....	III	NOTES DE FIN.....	51
CONTEXTE	III		
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	III		
DESCRIPTION DU PROGRAMME.....	1		
ÉVALUATION DU PROGRAMME DES CENTRES DE COLLABORATION NATIONALE EN SANTÉ PUBLIQUE	2		
APPROCHE ET PORTÉE DE L'ÉVALUATION	4		
ÉVALUATIONS ANTÉRIEURES	5		
CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION	6		
ATTEINTE DES OBJECTIFS ESCOMPTÉS	6		
PERTINENCE DU MODÈLE DE PROGRAMME DES CCNSP	19		
MÉCANISME DE FINANCEMENT	22		
RELATIONS ENTRE L'ASPC ET LES CCN	26		
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	29		
CONCLUSIONS	29		
RECOMMANDATIONS	30		
RÉPONSE ET PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION	33		
ANNEXE A : COURTS PROFILS DES SIX CENTRES DE COLLABORATION NATIONALE.....	37		
ANNEXE B : MODÈLES LOGIQUES DES CCNSP	39		
MODÈLE LOGIQUE ORIGINAL DES CCNSP (VERSION DE 2009)	40		
ANNEXE C : CALENDRIER DES CCNSP 2005-2023	41		
ANNEXE D : MÉTHODES DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES.....	42		
ANNEXE E : FAITS SAILLANTS DES STATISTIQUES DU SITE WEB DES CCN	46		
ANNEXE F : PRINCIPAUX EXEMPLES D'ACTIVITÉS MENÉES LORS DE L'INTERVENTION DE LUTTE CONTRE LA COVID-19 PAR LES CCN.....	48		

Liste des acronymes

ACSP	Administrateur en chef de la santé publique	COVID-19	Maladie à coronavirus
ASPC	Agence de la santé publique du Canada	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
BCSP	Bureau du conseiller scientifique principal	PDFDP	Prise de décisions fondées sur des données probantes
CCN	Centre de collaboration nationale	QMR	Questionnaire de mesure du rendement
CCNDS	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé	RAM	Résistance aux antimicrobiens
CCNMI	Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses	RSP	Réseau pancanadien de santé publique
CCNMO	Centre de collaboration nationale des méthodes et outils	SdTP	Santé dans toutes les politiques
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé	SRAS	syndrome respiratoire aigu sévère
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone		
CCNSE	Centre de collaboration nationale en santé environnementale		
CCNSP	Centres de collaboration nationale en santé publique		

Résumé

Contexte

Le programme des Centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) a été créé en 2005, en même temps que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Réseau pancanadien de santé publique (RSP), pour faciliter la prise de décisions fondées sur des données probantes dans l'ensemble du système de santé publique du Canada. L'objectif des six centres de collaboration nationale (CCN) est de remplir cette mission en identifiant les lacunes en matière de connaissances, en favorisant les réseaux de collaboration et en créant et en diffusant des ressources et des services d'application des connaissances.

Chaque CCN se spécialise dans un domaine prioritaire différent de la pratique de la santé publique, mais ils appliquent le même modèle. Chaque centre est hébergé dans une université ou un organisme provincial de santé publique qui bénéficie d'un financement versé par l'ASPC dans le cadre d'une entente de contribution, est dirigé par des experts en la matière qui forment le personnel et est guidé par un conseil consultatif externe.

Depuis 2017, le programme est géré par le Bureau du conseiller scientifique principal (BCSP). Chaque CCN reçoit un financement de base de 974 000 \$ par an de l'ASPC, conformément à ce qui a été établi en 2015. Des fonds supplémentaires à court terme viennent compléter le budget de base.

Conclusions et recommandations

Depuis l'évaluation de 2018, les CCN ont continué à bien s'acquitter de leurs trois fonctions principales et à tirer parti de leurs forces et de leurs relations pour soutenir un large public, dont des fournisseurs de services et des praticiens de première ligne, des décideurs provinciaux, territoriaux et régionaux en santé publique, des organisations non gouvernementales, des organismes universitaires et l'ASPC elle-même. Ils ont notamment dévié de leurs plans de travail établis pendant la pandémie de COVID-19 afin de mettre à profit leurs forces et leurs réseaux pour soutenir les efforts de planification, d'intervention et d'atténuation déployés par l'ASPC et d'autres intervenants du secteur de la santé publique au Canada.

De plus, les CCN ont continué à produire une large gamme de produits et d'activités d'application des connaissances pertinents au cours des cinq dernières années pour remédier aux lacunes cernées en matière de connaissances et ont poursuivi leur collaboration

avec plusieurs praticiens et organismes de la santé publique au Canada, dont l'ASPC. Les personnes interrogées ont relevé de nombreux exemples de la contribution des CCN, soulignant notamment leur rôle de chef de file sur des questions telles que l'équité en santé, la réconciliation avec les peuples autochtones et les changements climatiques. Les CCN collaborent également de plus en plus avec les équipes de l'ASPC, en particulier pour la rédaction des rapports annuels de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP). Leur expérience, leur expertise, leur crédibilité auprès des organismes des différentes administrations et leur capacité d'adaptation aux nouvelles priorités en matière de santé publique ont facilité leur travail. Le modèle des CCN est un facteur clé dans la promotion de ces forces. Cela comprend le mécanisme de l'entente de contribution, qui structure les relations entre l'ASPC et les CCN et leur confère la souplesse nécessaire pour répondre aux priorités émergentes ou changeantes.

Malgré les réalisations des CCN et la force du modèle du programme, les CCN ont été confrontés à des défis croissants pour répondre aux attentes de tous les bénéficiaires clés du programme sans financement supplémentaire de la part de l'ASPC et des bailleurs de fonds externes. Le besoin accru de financement supplémentaire à court terme nuit aux engagements prévus dans le plan de travail annuel et à la capacité de remédier au manque de capacités à long terme. Comme l'indique l'évaluation de 2018, cette situation a créé de l'incertitude quant aux attentes de l'ASPC à l'égard de ce programme de longue date, c'est-à-dire ce que signifie la réalisation avec succès de la mission.

La relation entre l'ASPC et les CCN, facilitée par le BCSP, continue d'être mutuellement profitable. Le BCSP a coordonné les réunions entre les CCN et les hauts dirigeants et gestionnaires de l'ASPC et a organisé le travail de collaboration entre les équipes de l'ASPC et les différents CCN. Toutefois, l'ASPC pourrait mieux utiliser les renseignements recueillis par les six CCN auprès des collaborateurs et des partenaires externes grâce à leurs vastes réseaux. L'ASPC pourrait également communiquer systématiquement aux CCN ses propres priorités stratégiques au niveau de l'organisme et du programme et celles du Réseau pancanadien de santé publique, et ainsi contribuer à l'élaboration collaborative des plans de travail des CCN. Enfin, malgré une certaine simplification du cadre des rapports sur la mesure du rendement des CCN depuis 2018, il est possible d'améliorer davantage celui-ci pour mieux rendre compte des résultats et des répercussions du programme.

Les conclusions mentionnées dans le présent rapport ont permis de dégager trois recommandations.

Recommandation 1 : Réévaluer les attentes de l'ASPC à l'égard du programme des CCNSP à la lumière du renouvellement du financement, de l'ASPC et du secteur de la santé publique.

Les objectifs du programme sont les mêmes depuis 2005, mais le contexte de la santé publique a évolué, surtout depuis la pandémie de COVID-19. Selon les résultats de l'évaluation, la définition par l'ASPC de la réussite de ce programme de longue date doit être

clarifiée. Par ailleurs, certains partenaires et collaborateurs au sein de l'ASPC et à l'extérieur de celle-ci ont également des attentes à l'égard du programme étant donné que celui-ci est censé être utile aux décideurs et aux praticiens de la santé publique de l'ensemble du Canada. Il est donc nécessaire d'examiner si le mandat et le modèle du programme des CCNSP cadrent avec le contexte de santé publique actuel, ainsi qu'avec le mandat de l'ASPC, surtout en ce qui concerne le renouvellement de la santé publique.

Recommandation 2 : Améliorer la relation d'échange bidirectionnelle de renseignements entre l'ASPC et les CCN.

Malgré les mesures prises précédemment pour rétablir une structure favorisant une meilleure coordination entre l'ASPC et les CCN, il reste possible l'engagement stratégique avec les CCN en ce qui concerne les priorités de l'ASPC et du RSP. De même, l'ASPC et le RSP pourraient profiter davantage des compétences techniques et des vastes réseaux des CCN pour éclairer leurs priorités et actions stratégiques.

Recommandation 3 : Améliorer le cadre de mesure du rendement des CCNSP pour mieux rendre compte des résultats et des répercussions du programme.

Les six CCN continuent de satisfaire ou de dépasser les exigences de l'ASPC en matière de rapports annuels sur la mesure du rendement. Toutefois, il a été difficile d'utiliser ces renseignements pour décrire pleinement les résultats des six CCN et l'incidence du programme dans son ensemble. Même s'il a été simplifié en 2018, des suggestions pour améliorer le cadre de mesure du rendement ont été formulées lors des récents examens et réitérées par les personnes interrogées. Les améliorations apportées à la mesure du rendement devraient tenir compte des changements découlant de la première recommandation.

Description du programme

La mission du programme des CCNSP est de promouvoir l'utilisation des connaissances scientifiques et des autres renseignements pour appuyer le processus décisionnel fondé sur des données probantes (PDDP) par les praticiens de la santé publique, les administrateurs de programmes et les décideurs dans l'ensemble du Canada, à tous les niveaux du système de santé publique.¹ Il s'agit d'un programme transversal qui contribue aux trois principales responsabilités actuelles de l'ASPC : promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, prévention et contrôle des maladies infectieuses et sécurité sanitaire.²

Il existe six centres de collaboration nationale (CCN) répartis dans tout le Canada, chacun se concentrant sur un domaine prioritaire différent de la pratique de la santé publique, comme il est indiqué à l'**annexe A** :

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

Les six CCN réalisent la mission du programme selon un modèle commun. Chaque CCN est hébergé dans une institution de santé publique ou une université provinciale qui a conclu une entente de contribution avec l'ASPC et qui est dirigé par un responsable scientifique ou universitaire. Les responsables sont soutenus par un directeur et une petite équipe; tous sont des employés de l'organisme hôte. Chaque centre dispose d'un comité consultatif composé de représentants des intervenants qui contribuent aux priorités du plan de travail annuel et à l'accès à des réseaux plus vastes. Tous les CCN remplissent trois fonctions essentielles pour accomplir leur mission, comme le montre le modèle logique original, qui figure à l'**annexe B** :

- Identifier les lacunes en matière de connaissances afin d'encourager la recherche dans les domaines prioritaires de la santé publique.
- Favoriser la collaboration en réseautant afin de faciliter l'échange de connaissances et la mobilisation parmi un

large éventail d'acteurs du système de santé publique, c'est-à-dire les praticiens, les chercheurs et les décideurs aux niveaux local, provincial, territorial et fédéral.

- Traduire les connaissances et les recherches nouvelles et existantes dans des formats utiles et accessibles adaptés à différents publics, en s'appuyant sur l'expertise régionale, nationale et internationale.

Depuis 2015, le budget du programme prévoit 973 666 dollars par exercice financier pour chacun des six CCN. Ils ont reçu des fonds supplémentaires, principalement dans le cadre de projets spéciaux avec diverses unités de l'ASPC et d'un financement de pointe lors de l'intervention de lutte contre la COVID-19. Voir la section [Mécanisme de financement](#) pour obtenir plus de détails.

Le programme est géré depuis 2017 par le Bureau du conseiller scientifique principal (BCSP), qui gère les ententes de contribution et les exigences en matière de reddition de comptes. Il sert également de « guichet unique » pour les autres unités de l'ASPC qui souhaitent collaborer avec l'un ou l'autre des CCN. Ce point est abordé dans la section [Relation entre l'ASPC et les CCN](#). Le programme cadre avec les responsabilités fondamentales de l'ASPC par l'entremise du soutien à l'application des connaissances qu'il fournit sur une variété de sujets prioritaires pour l'ASPC et aux organisations liées à la santé publique dans l'ensemble du Canada.³ Il soutient également l'engagement de l'ASPC à appliquer l'optique de l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACSG Plus), étant donné que chaque CCN a intégré

l'équité en matière de santé et la réconciliation avec les peuples autochtones dans son travail.⁴

Évaluation du programme des Centres de collaboration nationale en santé publique

L'épidémie de SRAS de 2003 a révélé l'incapacité du Canada à mobiliser rapidement les connaissances existantes pour guider les interventions visant à répondre à une situation d'urgence en matière de santé publique. Elle a également révélé un manque de coordination et de collaboration à l'égard des priorités en matière de développement des connaissances existantes. Les consultations d'experts avant 2003 et l'expérience du SRAS elle-même ont souligné la nécessité de renforcer l'expertise en matière de santé publique et de transférer rapidement les connaissances à tous les niveaux du gouvernement, des universités et des organismes non gouvernementaux.⁵ Les examens effectués après 2003, notamment le rapport Naylor intitulé [Leçons de la crise du SRAS](#), ont appelé au renforcement des capacités de développement et d'application concrète des données probantes en matière de santé publique.^{6,7}

Après l'épidémie de SRAS, le gouvernement fédéral s'est engagé à investir dans le renouvellement et le renforcement du système de santé publique. Par la suite, le programme des CCNSP a été annoncé en 2004 et lancé en 2005, parallèlement à la création de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et du Réseau pancanadien de santé publique (RSP). Le niveau initial de financement de base de l'ASPC était de 1,5 million de dollars par CCN.

Le programme des CCNSP a été initialement conçu pour contribuer à améliorer les actions conjointes fédérales-provinciales-territoriales en matière de santé publique, parallèlement au RSP. Avant le lancement du programme en 2005, le champ d'application a été élargi pour inclure les gouvernements locaux, les universités, les praticiens de la

santé publique et les organisations non gouvernementales, c'est-à-dire tous les niveaux et secteurs du système de santé publique du Canada.⁸ Une chronologie des événements qui ont façonné le programme est fournie à l'**annexe C**.

Approche et portée de l'évaluation

Cette évaluation s'est concentrée sur le rendement du programme des CCNSP au cours de la période 2018-2019 à 2022-2023, c'est-à-dire juste avant la pandémie de COVID-19, puis au cours de l'intervention nationale en matière de santé publique. Elle visait également à examiner la pertinence du programme dans le contexte du rôle fédéral en matière de santé publique et à satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. L'évaluation s'est appuyée sur les résultats de plusieurs sources de données, énumérées à l'**annexe D**, pour répondre aux questions suivantes sur les réalisations, la conception et la mise en œuvre :

Atteinte des objectifs escomptés

- Dans quelle mesure les CCN ont-ils atteint les objectifs prévus en matière d'engagement et de soutien des principaux partenaires et collaborateurs du programme, y compris l'ASPC, au cours des cinq dernières années, y compris dans le cadre de l'intervention de lutte contre la pandémie de COVID-19?
 - Quels sont les défis, les obstacles et les facteurs facilitant la réalisation des objectifs du programme?
 - Les objectifs sont-ils raisonnables compte tenu du budget du programme?

Modèle des CCNSP

- Dans quelle mesure le modèle du programme des CCNSP est-il adapté pour répondre aux besoins actuels et émergents en matière d'application des connaissances dans le système de santé publique canadien? Comment les CCN ont-ils évolué pour répondre à des besoins avérés et à des priorités changeantes?

Mécanisme de financement

- Dans quelle mesure le mécanisme de financement est-il adapté aux objectifs du programme et aux attentes des partenaires/collaborateurs en ce qui concerne le soutien des centres de collaboration nationale?

Relations entre l'ASPC et les CCN

- Dans quelle mesure le soutien de l'ASPC au programme des CCNSP fonctionne-t-il bien, y compris la facilitation de l'engagement des CCN auprès de l'ASPC et la mesure du rendement du programme?

Évaluations antérieures

Le programme des CCNSP a déjà été évalué en 2009, 2014 et 2018.⁹ L'évaluation de 2018 a montré que les CCN continuaient à répondre à un besoin en matière de services d'application des connaissances afin de rendre accessibles et utiles des renseignements fondés sur des données probantes et que les CCN occupaient un créneau unique. En outre, le programme a évolué, passant d'une approche de première ligne à un soutien à tous les niveaux du système de santé publique, et les centres nationaux de coordination ont été considérés comme très collaboratifs, productifs, crédibles et efficaces dans leur utilisation de ressources limitées. Leur capacité à favoriser les relations est considérée comme un atout important, de même que les avantages du modèle de programme des centres indépendants. Toutefois, des questions ont été soulevées concernant l'harmonisation des plans de travail des CCN avec les priorités de l'ASPC et du niveau opérationnel, l'interaction limitée entre l'ASPC et les CCN et l'utilité de l'exigence pour les six CCN consistant à collaborer à des projets communs.

Des recommandations ont été formulées dans le cadre de l'évaluation, c'est-à-dire sur i) le développement d'un partenariat de collaboration bidirectionnelle entre l'ASPC et les CCN, ii) l'assurance que chaque CCN demeure pertinent à la lumière des besoins émergents en matière de connaissances, et iii) l'étude des options permettant de maximiser l'efficacité de l'utilisation des ressources.¹⁰

Conclusions de l'évaluation

Atteinte des objectifs escomptés

Dans l'ensemble, chacun des six CCN a réalisé un grand nombre d'activités basées sur leurs trois fonctions principales, avant et pendant l'intervention de lutte contre la COVID-19, notamment l'identification des lacunes en matière de connaissances, la facilitation des réseaux de collaboration et l'application des connaissances. À l'instar de ce qui a été constaté dans l'évaluation de 2018, les CCN :

- ont montré qu'ils étaient capables de détecter rapidement les nouvelles priorités et d'y répondre;
 - ont entretenu de vastes réseaux d'acteurs de la santé publique à tous les échelons de gouvernement, dans tous les secteurs et auprès de tous les publics concernés;
 - disposent de ressources bien développées en matière de connaissances sur les questions de santé publique, qu'elles soient nouvelles ou anciennes.
-

Les sous-sections ci-dessous donnent un aperçu des réalisations et des défis du programme pour les trois fonctions principales ainsi que du soutien apporté par les CCN à la prise de décision fondée sur des données probantes au cours des cinq dernières années.

Identification des lacunes en matière de connaissances

Les six CCN ont continué à identifier les lacunes en matière de connaissances sur les questions de santé publique existantes et émergentes, même pendant la pandémie de COVID-19.

Les CCN ont continué à recueillir des renseignements sur les besoins en matière de connaissances de diverses manières. Ils ont tous sollicité l'avis de leurs comités consultatifs respectifs et se sont régulièrement concertés avec le BCSP pour

comprendre les priorités de l'ASPC et identifier les possibilités de collaborations spécifiques. En outre, les six CCN ont organisé 97 groupes de discussion et entrepris des sondages auprès des bénéficiaires ainsi que 64 analyses de la conjoncture au cours de la période d'évaluation. De plus, les CCN ont consigné 674 demandes d'information au cours de la période d'évaluation. Les CCN ont défini les priorités de leur plan de travail annuel et ont organisé leurs activités en fonction de ces renseignements.

**Questions de santé publique existantes et émergentes
désignées prioritaires par les CCN**

Le tableau ci-dessous, découlant de l'analyse documentaire, fournit des exemples de questions existantes et émergentes abordées par chaque CCN au cours des cinq dernières années à la suite de l'identification des lacunes en matière de connaissances.¹¹

Priorité des CCN	Exemples de questions de santé publique existantes et émergentes examinées par les CCN
CCNDS : déterminants sociaux de la santé et équité en santé;	Capacité organisationnelle et formation pour l'intégration de l'équité en matière de santé dans la pratique de la santé publique; lutte contre le racisme structurel; éthique de l'équité en santé; promotion de la santé mentale.
CCNSE : menaces environnementales et pratique de la santé environnementale;	Exposition au monoxyde de carbone dans les établissements de soins de longue durée; environnements alimentaires et accès aux aliments; planification des communautés autochtones; environnements sains bâtis; exposition au radon et tests; exposition à la fumée des incendies de forêt et impact sur la santé de la communauté; intervention d'urgence en cas de déversement d'hydrocarbures; îlots de chaleur urbains, chaleurs extrêmes et autres effets des changements climatiques sur la santé; efforts de renforcement des capacités d'adaptation de la santé communautaire aux changements climatiques.
CNNPPS : capacité en matière d'analyse stratégique, approches stratégiques pour régler des problèmes de santé publique;	Gouvernance en santé publique; la santé dans toutes les politiques; budgétisation et élaboration de politiques en matière de bien-être; légalisation du cannabis et crise des opioïdes et promotion de la santé mentale.
CNNSA : Données informées par les Autochtones sur la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis;	Déterminants de la santé des Autochtones; environnements bâtis autochtones, tuberculose; consommation de méthamphétamines; stérilisation forcée et contrainte des femmes et des filles autochtones; confiance envers les vaccins; maladie d'Alzheimer ou autres démences; changements climatiques; infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS); santé et pratique des soins de santé tenant compte des traumatismes; sécurité culturelle et les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation.
CCNMI : mobiliser la recherche et les données probantes	Maladies et épidémies émergentes (par exemple, éclosions du virus Zika, résurgence du MERS CoV, tuberculose, ITSS); maladie à transmission vectorielle; résistance aux antimicrobiens et intendance; migration et mobilité de la population; iniquités dans les interventions de santé publique à l'égard des

sur les maladies infectieuses;	maladies transmissibles dans les communautés rurales et isolées; utilisation de données volumineuses et modélisation mathématique.
CCNMO : prise de décisions fondées sur des données probantes (PDFDP) dans le domaine de la santé publique;	Accès à des données probantes sur ce qui fonctionne, y compris un service de données probantes rapides pour les questions de santé publique émergentes ou les situations d'urgence; renforcement des capacités en matière de PDFDP (comme le programme de mentorat de la transmission du savoir); approches autochtones en matière de synthèse des données. Intégration des données probantes au niveau des systèmes, y compris des données fondées sur la communauté.

De nombreuses personnes interrogées au sein des CCN, des conseils d'administration, des organismes hôtes et des utilisateurs ont indiqué que les CCN sont suffisamment souples pour réorienter les priorités et produire rapidement des activités d'AC en réponse à des besoins émergents, grâce à la mise à profit de relations et de réseaux pour répondre aux besoins émergents et combler les lacunes en matière de connaissances. Par exemple, dans le cas du CNNMI, cette flexibilité a permis de mettre l'accent sur les populations mal desservies dans les refuges et en situation de pauvreté dans un centre urbain, des réalités et des dynamiques de santé publique auxquelles l'ASPC n'aurait pas eu facilement accès autrement.¹² Parmi les 69 participants interrogés, 70 % sont tout à fait d'accord pour dire que les produits et activités de connaissance des CCN ont toujours été pertinents et opportuns au cours des cinq dernières années et que les sujets couverts par les CCN sont appropriés et pertinents compte tenu des questions de santé publique actuelles et émergentes.¹³

De nombreuses personnes interrogées au sein de l'ASPC, du conseil consultatif et des utilisateurs ont fait remarquer que les CCN assument souvent un rôle de leadership en matière de santé publique, en se faisant les champions de domaines émergents tels que le travail sur le racisme et la discrimination, l'équité, les changements climatiques et l'environnement bâti sain, la budgétisation du bien-être, la migration de la population et la capacité d'évaluation critique des données probantes. Par exemple, le CCNSA mène un débat sur la nécessité de privilégier les modes de connaissance autochtones par rapport à la vision biomédicale

occidentale, en reconnaissant que la santé et la maladie ne peuvent pas simplement être mesurées de manière empirique, mais que la sagesse, les connaissances et l'histoire autochtones locales sont des outils de recherche tout aussi valables dans le domaine de la santé.¹⁴

Certains utilisateurs des CCNSP, ainsi que d'autres personnes interrogées, ont mis en évidence des priorités de santé publique qui, selon eux, n'étaient prises en compte par aucun des CCN. Il s'agit notamment du concept Une seule santé¹⁵, de l'investissement communautaire et de la collaboration intersectorielle, des populations à risque telles que les jeunes, des maladies chroniques, de la consommation de substances, de la résistance aux antimicrobiens (RAM), des maladies à transmission vectorielle et de la promotion de la santé mentale. Toutefois, un rapide échantillon des six sites Web des CCN a montré que ces sujets avaient déjà été abordés à des degrés divers. Par exemple, le projet sur la RAM - qui comprend des approches « Une seule santé » - au CCNMI¹⁶ est une priorité permanente, de même que diverses maladies à transmission vectorielle qui sont également traitées par le CCNSE; le travail de collaboration intersectorielle du CCNPPS par le biais de la santé dans toutes les politiques et de l'évaluation de l'impact sur la santé, ainsi que la clarification des rôles de la santé publique dans la promotion de la santé mentale et du bien-être de la population¹⁷; et le CCNDS et le CCNPPS soutiennent un centre universitaire de développement et d'échange des connaissances sur la promotion de la santé mentale, qui est également financé par l'ASPC dans le cadre d'un programme différent.¹⁸

Priorité accordée à la COVID-19

Les CCN ont détecté les premiers signaux des besoins du secteur de la santé publique liés à la pandémie de COVID-19. Les CCN ont consulté leurs comités consultatifs et sont restés à l'écoute de leurs divers réseaux de partenaires et de collaborateurs tout au long de l'urgence sanitaire afin de comprendre les besoins en matière de connaissances sur la COVID-19. Parmi les premières réponses, on peut citer une analyse des données liées à la COVID-19 au sujet des fermetures d'écoles (CCNMI) et des directives sur les différentes questions éthiques auxquelles sont confrontés les praticiens de la santé publique en cas de pandémie (CCNPPS). Avec le soutien du BCSP, les CCN ont ajusté les priorités de leur plan de travail annuel en conséquence, dans le cadre de leurs domaines de pratique spécifiques.¹⁹ Les exemples suivants de besoins en matière d'application des connaissances dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ont été identifiés par les CCN et ajoutés à leurs plans de travail :

- CCNDS : problèmes d'équité dans le cadre de l'intervention de la santé publique pour lutter contre la pandémie de COVID-19, comme la mesure des conséquences différentes sur les diverses communautés et la mise en évidence de stratégies de santé publique tenant compte de l'équité;
- CCNSE : prévention de la transmission à l'intérieur et à l'extérieur du virus du SARS-CoV-2 qui cause la COVID-19;
- CCNPPS : éthique de la santé publique lors d'une intervention de lutte contre une pandémie et planification du système de santé publique après la pandémie;

- CCNMI : renseignements essentiels et fiables sur la maladie à coronavirus (COVID-19) à l'intention des praticiens de la santé publique, et modélisation mathématique;
- CCNSA : renseignements fiables sur la pandémie de COVID-19 pour les communautés autochtones, y compris la lutte contre la désinformation sur la pandémie de COVID-19 et le soutien à l'utilisation de données et de connaissances autochtones dans la prise de décisions en matière de santé publique;
- CCNMO : examens rapides des données probantes, coordination en vue de réduire les doubles emplois dans les synthèses de données probantes et mise en place d'un répertoire accessible des examens des données probantes sur la COVID-19 au Canada.

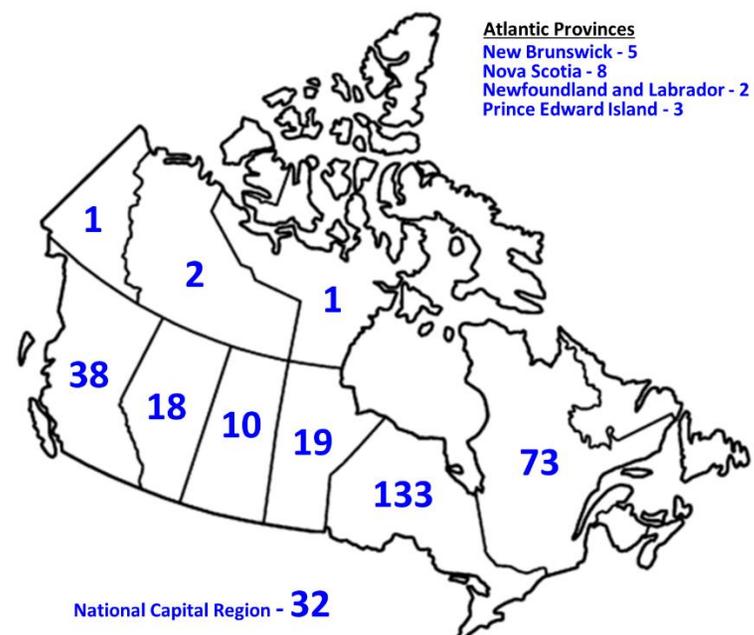
L'une des personnes interrogées par l'ASPC a fait remarquer que « les CCN ont été à l'avant-garde du travail au bon moment, en raison de la qualité de leur réseau ».

Réseauter pour collaborer

À l'instar de ce qui a été observé lors de l'évaluation de 2018, les CCN ont continué à établir des liens avec de nombreux groupes différents. Les collaborations sont l'un des mécanismes les plus solides dont disposent les CCN pour réaliser la mission du programme.

Une analyse des données des rapports des CCN a montré qu'ensemble les CCN avaient établi 523 relations avec des collaborateurs ou des partenaires organisationnels au cours d'un exercice financier (2022-2023) avec 345 organismes uniques à travers le Canada.²⁰ La figure 1 donne une idée de la répartition géographique de ces organisations uniques au Canada. Cinquante (50) organismes uniques à l'extérieur du Canada ont collaboré avec les CCN.²¹

Figure 1: Nombre de partenaires organisationnels et de collaborateurs uniques des CCN par province et territoire, 2022-2023



Les CCN ont continué à utiliser divers mécanismes de collaboration.

- Les membres des conseils consultatifs de chaque CCN représentent différentes régions et organisations de santé publique, ce qui permet aux CCN de recueillir rapidement des renseignements sur les besoins émergents en matière de ressources en connaissances et d'établir les priorités du plan de travail annuel. Ces relations profitent également aux participants.²² Par exemple, le CCNMO a déclaré avoir des contacts réguliers et continus avec 215 décideurs de haut niveau à travers le Canada, comme les médecins hygiénistes et les cadres supérieurs des services de santé publique, ce qui a donné lieu à de nouveaux projets au cours des cinq dernières années. La communication régulière avec 27 programmes et écoles de santé publique dans des établissements d'enseignement a permis d'intégrer des ressources dans les programmes d'études, ainsi que 14 stages d'étudiants auprès du CCNMO.²³
- Les CCN entretiennent des relations étroites avec le Bureau du conseiller scientifique principal (BCSP), qui administre les ententes de financement sous forme de contribution au programme et facilite les collaborations avec d'autres unités de l'ASPC²⁴, comme le soulignent les sections Mécanisme de financement et Relation entre l'ASPC et les CCN ci-dessous. L'équipe chargée du rapport annuel du Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique en est un bon exemple : elle a consulté différents CCN chaque année en fonction du thème du rapport,

notamment sur l'équité en matière de santé dans le cadre de la pandémie de COVID-19 en 2020 et sur l'avenir du système de santé publique canadien en 2021. Notamment, les six CCN ont participé à la publication et à la diffusion de quatre rapports portant sur différents aspects du rapport 2021 de l'ACSP sur Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada. Le CCNSA a dirigé l'élaboration de l'un des rapports, intitulé « Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis ». ²⁵ En outre, l'ASPC a chargé les CCN d'actualiser les compétences nationales essentielles en matière de santé publique.²⁶

- Les CCN entretiennent des relations de longue date avec différentes associations professionnelles de santé publique, et sont notamment présents lors de conférences importantes, en particulier la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique et les Journées annuelles de santé publique francophones. Les CCN continuent de collaborer avec des associations professionnelles ou basées sur la pratique pour répondre aux besoins de leurs membres, comme la Société canadienne de pédiatrie (CCNSA), l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique (CCNSE), l'Association des pharmaciens du Canada (CCNMI), le Community Health Nurses' Initiatives Group (CCNMO), l'Association pour la santé publique de l'Ontario (CCNPPS) et le Réseau canadien pour la santé urbaine (CCNDS).

- Les CCN ont également réuni des groupes d'intervenants axés sur des thèmes prioritaires, comme le Réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques (CCNPPS). En outre, le CCNPPS héberge le secrétariat du Réseau mondial pour la santé dans toutes les politiques, une initiative menée par les pays, dont la mission est de travailler avec les gouvernements et les institutions de différents secteurs pour s'attaquer aux déterminants de la santé, en renforçant l'approche de la santé dans toutes les politiques (SdTP), dans le but de soutenir la mise en œuvre des objectifs de développement durable des Nations Unies et de la couverture universelle des soins de santé.
- Les CCN continuent de collaborer entre eux en fonction de leurs domaines d'expertise et de leurs priorités. Les responsables et les gestionnaires des six CCN se réunissent également régulièrement pour partager les priorités et identifier les possibilités de projets communs. En plus de soutenir le rapport 2021 de l'ACSP mentionné ci-dessus, des exemples de projets récents impliquant les six CCN comprenaient des interventions de santé publique pour l'évacuation et le rétablissement à long terme²⁷, et la collaboration pour organiser une conférence du Winter Institute en février 2023 sur le potentiel de partenariats entre les refuges et les organismes de santé publique.²⁸

Le modèle des CCN renforce leur capacité à développer et à entretenir des réseaux étendus, ce qui leur permet de créer et de mobiliser des collaborations pour traiter les questions de

santé publique émergentes. De nombreuses personnes interrogées au sein du conseil d'administration des CCN et des organismes hôtes ont souligné que la capacité des CCN à collaborer est soutenue par les universités hôtes et les instituts provinciaux de santé publique, qui sont eux-mêmes considérés comme crédibles et dignes de confiance. Voir la section ci-dessous sur [Pertinence du modèle de programme des CCNSP](#) pour en apprendre davantage.

De nombreuses personnes interrogées au sein de l'ASPC, des CCN et des comités consultatifs ont expliqué que le modèle des CCNSP pour les centres hébergés à l'extérieur de l'ASPC, en tant qu'entités « indépendantes », permet aux six CCN d'avoir la souplesse nécessaire pour établir des liens avec les praticiens, les chercheurs et les décideurs à travers le système de santé publique et les lignes de compétence d'une manière que les organismes du gouvernement fédéral pourraient avoir du mal à reproduire. Malgré ces points forts, plusieurs personnes interrogées ont déclaré qu'il était possible d'élargir la portée des CCN, en suggérant notamment d'exprimer un point de vue pancanadien sur les priorités en matière de santé publique, de profiter des conférences ou des rassemblements sur la santé publique pour avoir des échanges ouverts, et de s'engager davantage auprès des chercheurs et de l'ASPC elle-même. Il existe des exemples dans tous les CCN où ce type d'activités a eu lieu et continue d'être mis en œuvre.

Priorité accordée à la COVID-19

Les CCN ont maintenu leurs réseaux de partenaires et de collaborateurs en matière de santé publique pendant toute la durée de la pandémie de COVID-19, malgré l'évolution rapide

de la main-d'œuvre. Un CCN hôte et une personne interrogée de l'ASPC ont décrit comment les réseaux préexistants donnaient aux CCN l'avantage d'être à la fois « sur le terrain », tout en restant en contact avec les organes de décision et les établissements d'enseignement. Cela leur a permis de communiquer les problèmes rencontrés par les communautés et les travailleurs de première ligne en situation de crise. Leurs relations étendues ont également influencé la manière dont les CCN ont adapté leurs plans de travail annuels afin de s'engager et de répondre rapidement aux besoins émergents lors de l'intervention de lutte contre la pandémie de COVID-19 et de la période postpandémique.

Les CCN ont soutenu les unités et les structures de l'ASPC, notamment en effectuant des examens rapides des données probantes, en aidant à préparer et à afficher rapidement l'information en ligne en leur nom,²⁹ et en présentant des idées au Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial en 2020 et au Réseau pancanadien de santé publique en 2022.³⁰ Cela dit, malgré l'accueil très favorable réservé à leur travail et à leurs contributions, quelques personnes interrogées ont fait remarquer qu'il était difficile d'intégrer les CCN dans les structures importantes d'échange de renseignements sur la COVID-19 de l'ASPC.³¹ Au-delà de l'ASPC, un exemple clé du travail du CCN sur la COVID-19 a été le rôle du CCNMO et du CCNSA pour appuyer COVID-END, une plateforme mondiale d'application des connaissances hébergée au Canada et conçue pour aider les décideurs à utiliser les données probantes tout en réduisant la duplication des efforts.³²

Application des connaissances

Tout comme les conclusions de l'évaluation de 2018, les rapports sur la mesure du rendement soumis annuellement par les six CCN attestent du nombre important et de la variété des activités d'application des connaissances réalisées au cours des cinq dernières années. Ces activités comprenaient des formations en ligne, des webinaires, des ateliers, ainsi que la production de contenu pour divers canaux de médias sociaux.

Un résumé des données annuelles de mesure du rendement pour cinq exercices financiers, d'avril 2018 à mars 2023, a montré que les CCN :

- a produit 137 outils, 1 559 publications, dont 195 ont été évaluées par des pairs, 218 baladodiffusions, 389 webinaires et 405 présentations de conférences;
- animé 117 ateliers et 849 activités de formation.

Les six principaux sites Web du CCN ont attiré 4,73 millions de visiteurs uniques et 1,26 million de téléchargements.³³ Le nombre de visiteurs uniques sur l'ensemble des sites Web du CCN a augmenté depuis la dernière évaluation. En général, en 2022-2023, les sites Web des CCN ont été consultés par un plus grand nombre de visiteurs que certains sites Web de l'ASPC portant sur des thèmes similaires. Une analyse plus détaillée est présentée à l'**annexe E**. Les CCN ont également fait état d'environ 905 000 visionnements sur YouTube, dont la plupart étaient des webinaires enregistrés et des résumés de certaines questions.³⁴

La plupart des ressources produites par les CCN sont en ligne et gratuites afin de les rendre aussi accessibles que possible. À noter que le CCNSA a publié en 2018 une deuxième édition de Determinants of Indigenous Peoples' Health, Beyond the Social, le premier ouvrage de ce type rédigé principalement par des auteurs autochtones. S'appuyant sur cette publication, le CCNSA a publié en 2022 une introduction aux déterminants de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada, à l'intention de ceux qui ne connaissent pas encore l'idée de décolonisation dans le domaine de la santé.³⁵ La plupart des documents semblent être disponibles en français et en anglais, mais toutes les ressources ne sont pas facilement traduites, comme les enregistrements des webinaires. Quelques personnes interrogées ont estimé que l'utilisation de l'ensemble des produits et activités des CCN pourrait être accrue en sensibilisant les praticiens et les chercheurs en santé publique à ces produits, y compris au sein de l'ASPC.³⁶

Priorité accordée à la COVID-19

Les six CCN ont produit un large éventail de ressources et de services d'application des connaissances liés à la COVID-19, certains dans les semaines qui ont suivi la déclaration de la pandémie. En général, ils ont constitué des bibliothèques de renseignements fiables et classés sur des sujets prioritaires, élaboré de nouveaux documents d'orientation et tiré parti de leurs capacités existantes en matière de communication et de mise en réseau pour diffuser des renseignements sous diverses formes. Par exemple, le CCNMI a créé une ressource « Liens rapides » pour les praticiens en janvier 2020, et l'a

mise à jour toutes les deux semaines au fur et à mesure que de nouveaux renseignements étaient disponibles, jusqu'à ce que la pandémie soit déclarée.³⁷ De plus, le CCNDS a lancé une série de conversations sur la COVID-19 qui réunit des praticiens de la santé publique, d'autres CCN et des décideurs.³⁸ Les CCN ont fourni un soutien à l'application des connaissances pour les subventions d'intervention rapide en recherche des IRSC. Enfin, le CCNMO a fourni des synthèses de données probantes en réponse à des demandes émanant de décideurs à tous les niveaux de la santé publique. Il a également été un collaborateur clé dans la création de COVID-END, un réseau de plus de 50 groupes de recherche canadiens et internationaux spécialisés dans la synthèse des données probantes, l'évaluation des technologies de la santé et l'élaboration de lignes directrices.³⁹ Un inventaire plus détaillé des activités du CCN sur la COVID-19 figure à l'**annexe F**.

Soutien à la prise de décisions fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé publique

De multiples sources de données montrent que, dans l'ensemble, les trois fonctions essentielles assurées par les six CCN ont continué à soutenir la capacité des praticiens et des décideurs de la santé publique à travers le Canada à prendre des décisions fondées sur des données probantes.

En général, deux types de conséquences ont été observés dans les données recueillies pour cette évaluation. Tout

d'abord, les acteurs de la santé publique accèdent aux produits de la connaissance du CCN pour les utiliser au sein de leurs propres organismes. Deuxièmement, de nombreuses personnes interrogées et répondants au sondage ont raconté comment la participation à une formation organisée par le CCN ou à des efforts de collaboration a renforcé leur propre capacité individuelle ou organisationnelle. Des exemples par fonctions essentielles comprennent :

- Identification des lacunes en matière de connaissances : Le forum 2018 Vers l'élimination de la tuberculose dans les communautés autochtones du Nord, co-organisé par le CCNMI, le CCNSA, le CCNPPS et le CCNDS, a inspiré la priorisation de la santé comme thème dans une analyse du Conseil privé sur les questions de logement dans les réserves des Premières Nations.⁴⁰
- Travailler en réseau pour collaborer : Les projets mondiaux et nationaux sur la santé dans toutes les politiques (SdtP) menés par le CCNPPS⁴¹ depuis 2017 ont abouti à la création d'un réseau canadien pour la SdtP en collaboration avec l'ASPC, soutenant une priorité de l'Agence visant à soutenir l'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé.
- Application des connaissances : L'ensemble des ressources et des formations de renforcement des capacités sur le PDFDP créées et affinées au fil des ans par le CCNMO a été salué par les participants, qui ont indiqué qu'elles leur ont permis d'améliorer leurs compétences. Ce matériel a été intégré dans des programmes d'études post-secondaires et adapté par des organismes locaux de santé publique pour renforcer les capacités de leurs propres équipes.⁴² Le

CCNSE s'est associé au Centre Intact d'adaptation au climat dans l'élaboration de directives nationales visant à réduire le risque de chaleur extrême.⁴³

« Les CCN ont accompli un travail considérable pour concrétiser la vision initiale du programme, à savoir renforcer la base de données probantes en matière de santé publique en mettant l'accent sur l'application et le développement d'outils susceptibles d'aider les différents acteurs de la santé publique qui travaillent à différents niveaux ainsi que sur la mise en œuvre des politiques ». – Membre du conseil consultatif du CCN

Malgré la multitude d'exemples d'acteurs de la santé publique soutenus par les CCN, les utilisateurs potentiels des produits et activités des CCN à l'appui du PDFDP sont confrontés à des défis plus vastes. Il s'agit notamment des charges de travail exigeantes, des priorités concurrentes et du contexte politique de la prise de décision dans les organisations de santé publique.⁴⁴

Priorité accordée à la COVID-19

Les centres nationaux de coordination ont recentré leurs efforts pour aider les acteurs de la santé publique pendant la pandémie de COVID-19. Voici quelques exemples de ressources ayant fait l'objet d'une forte utilisation :

- Le CCNSA a adapté et mis à jour deux publications sur la confiance dans les vaccins en collaboration avec le CCNMI et Services aux Autochtones Canada. Il a atteint plus de 800 cliniques de santé autochtones dans des zones rurales, isolées et urbaines.⁴⁵

- L'Organisation mondiale de la Santé a utilisé l'examen rapide des données probantes sur la communication des risques du CCNMO⁴⁶ pour guider ses travaux sur les mesures d'atténuation des risques pour la santé publique dans le secteur de l'aviation en 2020-2021.
- Le CCNPPS a adapté ses travaux antérieurs sur les cadres éthiques pour la santé publique au début de la pandémie afin de soutenir l'accent mis sur la COVID-19, y compris un cours actualisé pour les praticiens et des ressources annotées sur l'application de l'éthique à des aspects spécifiques de la pandémie de COVID-19.⁴⁷ Plus de 3 000 personnes ont suivi le cours. La majorité des participants qui ont donné leur avis ont estimé que le cours était applicable à leur travail et qu'ils étaient désormais mieux préparés à appliquer l'éthique à l'appui de la prise de décision.⁴⁸
- Le CCNSE a produit le guide sur la COVID-19 au sujet de la réduction de la transmission dans les immeubles résidentiels à logements multiples, qui a influencé la prise de décision au niveau provincial et dans le secteur privé

sur les membres de précaution et la communication des risques aux résidents.⁴⁹

- Le CCNMI et le CCNDS ont collaboré avec plusieurs organismes de santé publique pour mettre en œuvre des indicateurs d'orientation produits conjointement pour les organismes de santé publique afin d'évaluer la résilience et de comprendre les questions d'équité en matière de santé face aux situations d'urgence.⁵⁰

Une étude d'analyse du réseau des CCNSP réalisée en 2022 sur la base d'une enquête menée auprès de 200 professionnels de la santé publique a montré que les CCN étaient considérés comme une source d'information fiable concernant la COVID-19. L'analyse a montré que les intervenants s'adressaient aux CCN pour obtenir des renseignements factuels sur la COVID-19 à un rythme comparable à celui de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'ASPC, de Santé Canada et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis.⁵¹

Pertinence du modèle de programme des CCNSP

Le modèle des CCNSP est resté le même depuis 2005 et représente une force pour les CCN. Ce modèle leur permet d'être des sources fiables de connaissances en matière de santé publique pour un large éventail d'intervenants, et de rester suffisamment souples pour répondre à l'évolution des besoins en matière de connaissances, tant dans leurs domaines respectifs que dans le cadre d'initiatives conjointes.

Outre la mission du programme décrite ci-dessus dans la Description du programme, les caractéristiques importantes du modèle des CCNSP sont les suivantes :

- Chaque CCN est hébergé en dehors de l'ASPC, dans une université ou un organisme provincial de santé publique. Les organismes hôtes sont en grande partie restés les mêmes, fournissant une plateforme fiable à partir de laquelle les CCN opèrent.⁵²
- Le financement de base est assuré par une entente de contribution entre l'ASPC et chaque organisme hôte, comme indiqué dans la section suivante.
- Chaque CCN est dirigé par un responsable scientifique ou universitaire, assisté d'un gestionnaire et d'une petite équipe.
- Chaque CCN dispose d'un comité consultatif composé de représentants d'organismes partenaires qui donnent leur avis sur les priorités du plan de travail annuel et facilitent l'accès à des réseaux d'intervenants plus larges.
- Les CCN se concentrent chacun sur un grand domaine prioritaire différent de la pratique de la santé publique, mais ont également la possibilité d'aborder des questions émergentes de manière indépendante ou en collaboration

les uns avec les autres. À ce titre, les CCN se rencontrent régulièrement pour échanger des informations sur les priorités et planifier des activités conjointes.

La mission et le modèle du programme sont stables depuis son lancement en 2005. Parallèlement, le programme a fait preuve de maturité grâce à une rotation progressive des dirigeants dans chaque CCN et à l'adaptation à plusieurs changements dans la gestion du programme, en particulier : les réductions budgétaires mentionnées dans la section suivante, la gouvernance et l'emplacement du programme des CCNSP dans la structure de la direction générale de l'ASPC.⁵³

Une autre considération pour le programme est que le contexte de la santé publique a changé entre 2005 et 2023. L'ASPC et le Réseau pancanadien de santé publique ont également évolué au cours de la même période. Les compétences de base en santé publique ont été développées en 2007 et il y a maintenant plus d'écoles de santé publique au Canada.⁵⁴ Le nombre de programmes de maîtrise en santé publique est passé de huit en 2005 à dix-neuf en 2022, dans un contexte de diversité croissante des autres programmes de formation post-secondaire en santé publique.⁵⁵ Les

investissements dans la recherche ont augmenté, comme le programme de chaires de santé publique appliquée des IRSC-ASPC.⁵⁶ De nouvelles technologies d'information et de communication scientifiques sont devenues disponibles, notamment la mise au point rapide de vaccins et l'utilisation des médias sociaux pour la communication de messages de santé publique.⁵⁷ Enfin, les priorités en matière de santé publique ont évolué, comme indiqué ci-dessus dans la section relative à l'identification des lacunes en matière de connaissances, avec notamment une prise de conscience accrue de l'autodétermination des populations autochtones, des déterminants structurels et sociaux de la santé, de l'équité en matière de santé et des changements climatiques. Malgré ces changements de contexte, la pertinence contemporaine du modèle des CCNSP est étayée par deux similitudes importantes entre l'ère post-SRAS et l'ère post-COVID-19 actuelle :

- Comme pour le SRAS, l'urgence de santé publique découlant de la COVID-19 a mis à l'épreuve la capacité des organisations de santé publique du Canada à tous les niveaux, y compris celui de la main-d'œuvre.⁵⁸
- La nécessité d'appliquer les connaissances reste forte et s'accroît face aux multiples défis complexes en matière de santé publique, comme le souligne le rapport 2021 de l'ACSP.⁵⁹ Le rapport appelle à combler « le fossé entre la production de connaissances, la politique et la pratique ». Entre autres mesures, il suggère d'améliorer « la recherche interventionnelle rapide et continue sur la santé des populations pour les initiatives de prévention et de bien-être et de renforcer les modèles de synthèse des

connaissances interdisciplinaires tels que les CCNSP ». Cette reconnaissance de la valeur du modèle des CCN s'est reflétée dans un exercice de vision post-COVID des Instituts de recherche en santé du Canada. Les avantages du concept d'application collaborative des connaissances qui sous-tend le modèle des CCN sont également reflétés dans d'autres publications.⁶⁰

Certaines personnes au sein de l'ASPC et de nombreux membres du personnel, du conseil d'administration et de l'organisme hôte des CCN interrogés ont indiqué que le modèle a permis aux CCN d'avoir la portée, la flexibilité et la crédibilité nécessaires pour établir des liens avec les intervenants dans l'ensemble du système de santé publique et au-delà des limites administratives. La stabilité des CCN a également permis à ces relations de mûrir malgré les défis posés au personnel de santé publique et décrits dans le rapport annuel 2021 de l'ACSP. Selon un membre du conseil consultatif, les CCN sont précieux en raison de la pertinence, de la qualité et de l'utilité de leurs produits d'application des connaissances et de leurs formations, qui sont « destinés aux bons publics ». Ceci est cohérent avec la recherche sur l'application des connaissances pour soutenir le PDFDP : elle est plus efficace lorsqu'elle est adaptée aux différents contextes des utilisateurs individuels des connaissances et de leurs organisations.⁶¹

Le modèle des CCN a également permis à ces derniers d'identifier et de traiter rapidement les priorités émergentes. De nombreuses personnes interrogées au sein de l'ASPC, des CCN, du conseil d'administration, des organismes hôtes et des

utilisateurs ont convenu que les CCN étaient en mesure de tirer parti de leurs forces pour répondre rapidement à la pandémie de COVID-19 en raison de leur capacité d'application des connaissances, de leur crédibilité acquise au fil du temps et de la portée de leurs réseaux reliant les praticiens de la santé publique communautaires et de première ligne, les décideurs et les chercheurs.⁶² L'une des personnes interrogées a expliqué que ces atouts ont permis aux CCN d'être efficaces en « temps de paix » comme en temps de crise, en fournissant aux intervenants l'expertise dont elles ont besoin.

Comme il est indiqué dans l'évaluation de 2018, il ne semble pas y avoir de chevauchement des rôles entre les CCN et d'autres organismes de santé publique produisant des connaissances au Canada. Par exemple, l'Institut pour la santé publique et des populations des IRSC est axé sur le financement de la recherche universitaire, tandis que les écoles de santé publique postsecondaires se concentrent sur la formation des étudiants en vue de leur entrée sur le marché du travail. Au contraire, il existe de nombreux exemples de complémentarité entre les CCN et d'autres organismes de l'« écosystème » des connaissances en matière de santé publique, comme il est indiqué plus haut à la section Réseau de collaboration. Quelques personnes interrogées au sein de l'ASPC, des CCN et des comités consultatifs ont indiqué que le créneau de collaboration est favorisé par le fait que les responsables des CCN sont des experts dans leur domaine,

ainsi que par le mécanisme des comités consultatifs dans lequel les experts et les membres de la communauté fournissent des idées et des conseils aux CCN sur les priorités émergentes, les relations clés et les lacunes en matière de connaissances dans le domaine de la santé publique.

Principaux domaines d'intérêt des CCN

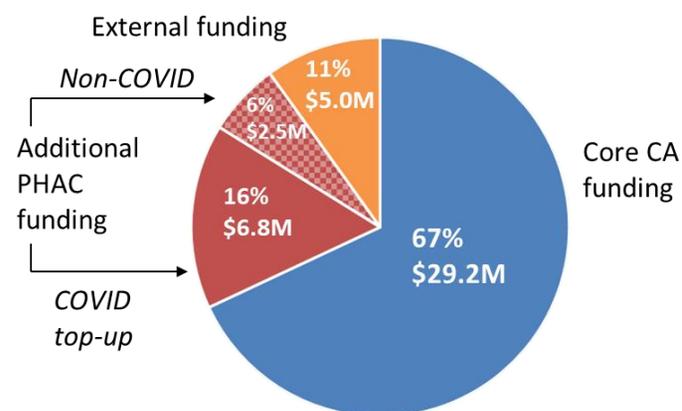
De nombreuses personnes interrogées associées aux CCN, y compris des utilisateurs, ont fait remarquer que les six thèmes des CCN sont suffisamment vastes pour aborder les questions de santé publique prioritaires existantes et de nouvelles questions à mesure qu'elles émergent. Comme il est indiqué dans la section Identification des lacunes en matière de connaissances, d'autres ont identifié des sujets qui, selon eux, n'étaient pas traités de manière adéquate par les six CCN. Il s'agit notamment de la promotion de la santé mentale, d'une plus grande attention portée à d'autres populations à risque telles que les jeunes, les maladies chroniques, la consommation et l'abus de substances, et du concept « Une seule santé » d'action conjointe à l'égard de la santé humaine et animale. Comme il a été mentionné précédemment, les CCN ont réagi à des questions émergentes telles que celles-ci. Toutefois, leur capacité à répondre à toutes les questions émergentes en dehors de leurs plans de travail annuels est limitée, comme il est noté à la section suivante.

Mécanisme de financement

La majorité des budgets de fonctionnement des six CCN continue de provenir du financement principal sous forme d'entente de contribution versé par l'ASPC. Toutefois, le pouvoir d'achat du montant de base, inchangé depuis 2015, a diminué au fil du temps. Par rapport aux conclusions de l'évaluation précédente, l'ASPC a de plus en plus utilisé la flexibilité du mécanisme d'entente de contribution pour allouer des fonds supplémentaires aux CCN pour des travaux spécifiques et limités dans le temps, en particulier en réponse à la COVID-19. Les CCN ont également obtenu davantage de financement d'autres sources, à des degrés divers.

Au total, les six CCN ont fonctionné avec un budget combiné de 43 millions de dollars au cours des cinq derniers exercices financiers. Un résumé des sources de financement des CCN est présenté à la figure 2. Un tableau plus détaillé du financement par CCN est présenté à l'**annexe G**.

Figure 2: Financement total des CCN de 2018-2019 à 2022-2023



Au cours des cinq dernières années, les six CCN ont reçu 29,2 millions de dollars de l'ASPC dans le cadre d'ententes de contribution, soit 973 666 \$ de financement de base par CCN

et par an. Le niveau de financement de base est resté le même depuis 2015, après deux réductions budgétaires consécutives depuis la création du programme.⁶³ Le financement de base est destiné à couvrir les salaires du personnel du CCN et à contribuer aux dépenses opérationnelles.⁶⁴

Au cours des cinq dernières années, l'ASPC a fourni un financement supplémentaire à court terme d'un montant moyen de 1,5 million de dollars par CCN. Les fonds ont été versés aux CCN par le biais de 16 demandes de modification, de deux protocoles d'entente, d'un contrat et d'une subvention. Des projets spécifiques ont été financés par au moins 12 unités de l'ASPC différentes, comme il est indiqué à la section suivante.

La majeure partie du financement supplémentaire de l'ASPC a servi à augmenter temporairement la capacité du CCN afin d'aider ce dernier dans le cadre de l'intervention de lutte contre la COVID-19 et pendant la période postpandémique. Plus précisément, une modification de 120 000 \$ a été apportée pour chaque CCN en 2020-2021. D'autres modifications allant jusqu'à 533 333 \$ ont été apportées à chaque CCN en 2021-2022 et 2022-2023. De nombreuses

personnes interrogées ont déclaré que ce financement supplémentaire pendant la pandémie a été crucial pour assurer l'efficacité de leur intervention, permettant une augmentation temporaire de la capacité.⁶⁵ Il convient de noter que de telles modifications apportées au financement étaient rares avant la pandémie de COVID-19, mais qu'elles sont devenues plus fréquentes. Le personnel du programme avait déjà traité huit modifications de financement provenant de diverses directions générales de l'ASPC au deuxième trimestre de l'exercice 2023-2024. À l'opposé, sept modifications de ce genre avaient été apportées pendant l'ensemble de l'exercice 2018-2019.⁶⁶

Au cours des cinq dernières années, les CCN ont également reçu un total de 5 millions de dollars de sources extérieures à l'ASPC pour entreprendre des projets avec d'autres partenaires en dehors des plans de travail de l'entente de contribution de l'ASPC. La majeure partie de ce financement a été obtenue par le CCNSA auprès d'un certain nombre d'organismes gouvernementaux fédéraux et provinciaux.

Les organismes hôtes du CCN ont continué à fournir d'importants services de soutien en nature pour l'utilisation de l'infrastructure institutionnelle telle que les installations, les services publics, la comptabilité, la bibliothèque, les ressources humaines, les technologies de l'information et les services de vérification. Il est également établi que certains organismes hôtes contribuent de manière significative aux coûts salariaux. Les données sur les contributions des organismes hôtes n'étaient pas suffisamment complètes ou

cohérentes pour permettre de rendre compte de la valeur totale du soutien des organismes hôtes pour chaque CCN.

Points forts du mécanisme d'entente de contribution

De nombreuses personnes interrogées au sein de l'ASPC, des CCN et des conseils consultatifs ont indiqué que les ententes de contribution entre l'ASPC et les six organismes hôtes des CCN officialisent et aident à structurer la relation entre l'ASPC et les CCN. Ils ont estimé que ce mécanisme était plus approprié qu'un modèle de subvention ou de contrat. Une subvention ne permettrait pas d'ajouter des fonds supplémentaires pour des projets spéciaux et priverait l'ASPC de la possibilité d'assortir le financement de conditions, telles que la présentation de plans de travail annuels ou de rapports sur les résultats.⁶⁷ De même, un contrat ne conviendrait que pour fournir un service directement au bailleur de fonds et non pour aider un large éventail d'acteurs de la santé publique.⁶⁸ Le renouvellement pour huit ans des ententes de contribution actuelles, de 2020 à 2028, a apporté plus de certitude pour la dotation et la planification du CCN comparativement au cycle précédent d'ententes quinquennales. Il a également réduit certaines exigences administratives en permettant aux CCN de mieux se concentrer sur la mise en œuvre des programmes et le développement des réseaux sur une période de financement plus longue.

La souplesse du mécanisme des ententes de contribution a permis à l'ASPC d'affecter des fonds supplémentaires à des priorités spécifiques et d'utiliser des fonds qui, autrement, prit fin. De même, il permet aux CCN d'ajuster les engagements du

plan de travail annuel. Certaines personnes interrogées au sein de l'ASPC, du CCN et des organismes hôtes ont indiqué qu'un financement supplémentaire était utile et apprécié. Cependant, ils ont également indiqué que les modifications inattendues qui interviennent en cours d'exercice financier exercent des pressions importantes sur la capacité limitée des CCN à utiliser ces fonds avant la fin de l'exercice financier en question. Il a été suggéré que le processus de modification pourrait être amélioré grâce à une meilleure coordination avec les CCN et à une harmonisation accrue sur les cycles de financement administratif annuels de l'ASPC et des CCN.⁶⁹ En réponse, le personnel du programme a indiqué qu'il travaillait avec les unités de l'ASPC pour encourager l'efficacité d'établissement d'échéanciers et de coordination.

Limites du financement

La plupart des personnes interrogées ont cité le financement de base statique comme une limitation de plus en plus importante de la capacité des CCN à répondre aux attentes de l'ASPC et des partenaires/collaborateurs non membres de l'ASPC en ce qui concerne l'accomplissement de leur rôle sans financement supplémentaire.⁷⁰ Un aspect essentiel de la capacité des CCN à répondre aux besoins de connaissances en matière de santé publique concerne la dotation en personnel. De nombreuses personnes interrogées au sein des CCN ont souligné qu'il était plus difficile de conserver le personnel expérimenté, car le budget de base statique n'est pas ajusté en fonction de l'inflation ni de l'augmentation des coûts opérationnels qui en découle. La nature à court terme et imprévisible du financement supplémentaire de l'ASPC par le biais de modifications à l'entente de contribution rend très

difficile l'utilisation de ces fonds supplémentaires pour les salaires du personnel à long terme. Si le niveau de financement de base de 2015 de 974 000 dollars par CCN et par an avait suivi le rythme de l'inflation, il serait passé à 1,2 million de dollars par CCN d'ici 2023.⁷¹

Les CCN se sont adaptés à cette réalité financière. Par exemple, quelques personnes externes interrogées ont souligné que les CCN optimisent leurs budgets en faisant des gains d'efficacité tels que la réduction du nombre de réunions en personne et donc du coût des voyages associés grâce à l'utilisation de plateformes de réunions virtuelles. Cependant, les CCN sont de moins en moins en mesure d'approuver les augmentations de salaire – dans certains cas, exigées par les organismes hôtes – nécessaires pour maintenir en poste les cadres expérimentés qui sont essentiels à leur succès, en particulier les experts en la matière qui entretiennent de vastes réseaux d'échange des connaissances. Les CCN ne sont pas non plus en mesure de garantir l'emploi au-delà de la fin des ententes de contribution actuelles, reconnaissant que d'autres organismes sont dans une situation similaire. Comme l'indiquent le rapport d'évaluation collective des CCN 2023 et certaines personnes interrogées au sein des CCN, du conseil consultatif et de l'organisme hôte, le personnel expérimenté des CCN peut quitter les CCN pour chercher des postes mieux rémunérés offrant une plus grande certitude d'emploi à long terme ou permanent. De nombreuses personnes interrogées au sein de l'ASPC, des CCN, des conseils consultatifs et des organismes hôtes se sont inquiétées du fait que les contraintes budgétaires empêchent les CCN d'atteindre leur objectif, qui est de répondre aux besoins en matière de

connaissances d'une grande variété d'organismes et de praticiens de la santé publique. Les CCN pourraient bientôt atteindre un point critique où ils n'auront plus la capacité de desservir les partenaires et collaborateurs actuels en tant que source principale de connaissances. Ces défis ont déjà été relevés dans l'évaluation de 2018.

Relations entre l'ASPC et les CCN

La relation entre l'ASPC et les six CCN, gérée par le BCSP, continue d'être un soutien mutuel, étayé par le mécanisme d'entente de contribution et soutenu par une petite équipe dévouée du BCSP. Il a soutenu les efforts en cours pour s'engager dans la définition des priorités des CCN.

L'ASPC est un partenaire unique du programme, car elle agit simultanément en tant que :

- **Baillleur de fonds** : Par le biais de l'entente de contribution, l'ASPC gère le financement de base des six CCN ainsi que les modifications occasionnelles et les exigences connexes en matière de rapport annuel. L'ASPC agit ainsi pour réaliser la mission du programme, c'est-à-dire permettre aux intervenants à tous les niveaux de la santé publique de prendre des décisions fondées sur des données probantes.
- **Utilisateur des connaissances** : Le personnel de l'ASPC accède aux ressources de connaissances produites par les CCN, tout comme d'autres intervenants au Canada et à l'étranger.
- **Collaborateur** : Différents programmes de l'ASPC ont entrepris des projets spécifiques avec des CCN individuels ou y ont contribué. Certains de ces projets ont incité l'ASPC à envoyer des fonds supplémentaires à chaque CCN par le biais de modifications à l'entente de contribution ou, plus rarement, de contrats.

Cette relation se manifeste de trois grandes manières : l'engagement dans la définition des priorités, la sensibilisation

et l'échange de renseignements et les rapports sur la mesure du rendement. Cette relation s'est adaptée aux changements de position du BCSP et du programme des CCNSP au sein de la structure organisationnelle de l'ASPC au fil du temps, reflétant des changements plus importants au sein de l'Agence.⁷²

Engagement à l'égard de la définition des priorités

De nombreux membres du personnel des CCN interrogés ont noté que l'équipe du BCSP était très professionnelle et encourageait une communication ouverte avec les CCN. Le personnel du BCSP gère les ententes de contribution, a facilité des rencontres régulières entre les CCN et divers gestionnaires de l'ASPC pour discuter des priorités et sert souvent de point de contact pour d'autres groupes au sein de l'ASPC intéressés par une collaboration avec l'un des CCN. Une relation de travail étroite entre les CCN et l'équipe du programme de l'ASPC a été maintenue au fil des ans. Un exemple de cette relation est la flexibilité du plan de travail des CCN introduite par le BCSP en avril 2020 pour donner la priorité aux besoins de connaissances liés à la pandémie COVID-19. Presque tous les membres du personnel des CCN mentionnent qu'ils ont apprécié la flexibilité dont l'ASPC a fait preuve pendant la pandémie, en fournissant un financement de pointe pour leur permettre d'entreprendre des projets liés à la COVID-19, ainsi que la flexibilité nécessaire pour modifier les plans de travail

annuels afin d'accorder la priorité aux travaux concernant la COVID-19.

À la suite de l'évaluation de 2018, le BCSP a jeté les bases d'un comité des responsables exécutifs de l'ASPC et du CCN, destiné à coordonner l'engagement de l'ASPC auprès des CCNSP et à conseiller le responsable scientifique sur l'orientation stratégique et les opportunités en rapport avec le programme des CCNSP. Bien que ce comité ait été suspendu peu après son lancement en raison des exigences liées à l'intervention contre la COVID-19, le BCSP a repris les réunions entre les CCN et les hauts responsables de l'ASPC en octobre 2022.

Malgré les bonnes relations avec l'ASPC, de nombreux membres du personnel des CCN interrogés ont fait remarquer que le mandat des CCN consistant à servir tous les niveaux du système de santé publique peut signifier que les besoins de l'ASPC doivent être mis en balance avec ceux d'autres partenaires et collaborateurs, dont certains ont également fourni des fonds à divers CCN. Étant donné le rôle de l'ASPC en tant que principal bailleur de fonds, il existe un risque que les besoins de l'ASPC dépassent ou éclipsent ceux des autres partenaires et collaborateurs dans les plans de travail des CCN.

Quelques cadres de l'ASPC ont indiqué qu'il fallait aller au-delà des collaborations ponctuelles avec les CCN pour identifier de manière plus stratégique les priorités des CCN qui reflètent le rôle et les priorités de l'ASPC. Il a également été reconnu qu'une procédure d'admission pourrait être mise en place

pour que les directions générales de l'ASPC proposent et financent des projets spécifiques à l'Agence pour les CCN dans le cadre de la planification opérationnelle.

Sensibilisation et échange de renseignements

Le BCSP a continué à faire connaître les CCN à l'ensemble de l'ASPC en organisant des réunions et des présentations ouvertes à l'ensemble du personnel de l'ASPC et de Santé Canada. Toutefois, certaines personnes interrogées au sein des CCN ont indiqué que la sensibilisation du personnel de l'ASPC aux CCN était entravée par la rotation du personnel, l'augmentation des effectifs de l'Agence et les changements apportés aux structures organisationnelles de l'ASPC. Ces réalités peuvent rendre difficile l'établissement de relations essentielles et la sensibilisation à ce que les CCN peuvent offrir ou à ce qu'ils font déjà.

Les renseignements des CCN sur les lacunes en matière de connaissances et les priorités de nombreux intervenants différents au sein des administrations et des secteurs pourraient contribuer à informer l'ASPC et le RSP.⁷³ Un gestionnaire de l'ASPC a donné l'exemple du CCNSA qui est devenu membre d'un groupe de travail sur les droits et la réconciliation du RSP en reconnaissance de la capacité du Centre à apporter un point de vue d'expert en santé publique autochtone sur des questions critiques. En même temps, deux gestionnaires de l'ASPC ont indiqué qu'une connaissance stratégique de l'ASPC et des priorités fédérales, provinciales et territoriales en matière de soins de santé primaires devrait guider les CCN.

Certaines personnes interrogées par l'ASPC ont identifié des sujets pour lesquels les CCN sont devenus des leaders nationaux, devenant ainsi des sources de connaissances pour l'ASPC. Il s'agit notamment du soutien du CCNSA à l'autodétermination des Autochtones en matière de santé et de bien-être, de l'accent mis par le CCNSA sur l'équité en matière de santé et des travaux du CCNPPS sur la santé dans toutes les politiques. Malgré l'intérêt croissant pour les effets des changements climatiques et de l'environnement bâti sur la santé, quelques personnes interrogées ont indiqué qu'il ne semble pas y avoir de groupe spécialisé dans ce domaine au sein de l'ASPC et que le CCNSE constitue une plateforme naturelle pour ce faire.

Mesure du rendement

Les exigences de l'ASPC en matière de mesure du rendement pour le programme des CCNPS produisent des données riches pour décrire la productivité des CCN en fonction de leurs trois fonctions principales, ainsi que leur portée. Les outils actuels de mesure du rendement du programme sont un questionnaire annuel de mesure du rendement (QMR), une mise à jour annuelle du plan de travail et une exigence d'évaluation externe. Les exigences en matière de reddition de comptes ont été rationalisées à la suite de l'évaluation de 2018, qui a révélé que les exigences en matière de rapports du rendement des CCNSP étaient lourdes et prenaient beaucoup de temps, surtout si l'on tient compte des ressources limitées en personnel pour les remplir. Un nouveau format de QMR a été lancé en 2019-2020. Toutefois, le format est encore sujet à interprétation, ce qui a donné lieu à des données incohérentes entre les CCN et les exercices financiers. Cela a posé des

problèmes d'analyse. En outre, les personnes interrogées au sein du CCN ont déclaré que les exigences actuelles demandent beaucoup de ressources, malgré les efforts déployés pour les rationaliser.

Malgré le temps considérable consacré par le personnel des CCN à la production de renseignements sur le rendement, celles-ci fournissent peu de renseignements sur la différence que les CCN font en soutenant l'utilisation de données probantes dans la prise de décision des intervenants et dans la pratique de la santé publique. Le modèle logique actuel du programme présenté à l'**annexe B** ne décrit pas le fonctionnement des CCN et n'est pas lié aux exigences actuelles en matière de mesure du rendement. Il se concentre plutôt sur la manière dont le programme s'articule avec une structure historique de rapports ministériels de l'ASPC. De manière plus générale, il est difficile d'évaluer systématiquement les résultats des activités d'application des connaissances en raison de l'ensemble complexe de facteurs qui influencent les résultats⁷⁴, dont beaucoup se situent en dehors de la sphère d'influence des CCN.

Les personnes interrogées au sein de l'ASPC, des CCN et de l'organisme hôte, ainsi qu'une récente évaluation collective des CCN et une évaluation distincte de l'ASPC, ont formulé des suggestions pour résoudre ces problèmes.⁷⁵ Les CCN et le personnel du BCSP ont la possibilité de collaborer pour améliorer l'utilité et la faisabilité des exigences actuelles en matière de mesure du rendement.

Conclusions et recommandations

Conclusions

Depuis la dernière évaluation en 2018, les six CCN ont continué à produire un large éventail de produits de connaissance pertinents en réponse aux lacunes identifiées. Les CCN ont continué à construire et à entretenir des réseaux étendus afin de collaborer avec de nombreux organismes à travers le Canada, y compris l'ASPC. Dès le début de la pandémie de COVID-19, ils se sont effectivement détournés de leurs plans de travail habituels pour soutenir l'intervention de la santé publique. Les principaux informateurs ont relevé de nombreux exemples de la contribution des CCN, soulignant notamment leur rôle de chef de file sur des questions telles que l'équité en santé, la réconciliation avec les peuples autochtones et les changements climatiques. Les CCN collaborent également de plus en plus avec les unités de l'ASPC, en particulier pour les rapports annuels de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP).

Le besoin de soutien à l'application des connaissances pour les praticiens de la santé publique et les décideurs politiques reste important malgré les changements intervenus dans le secteur depuis 2005. Parmi ces changements, on peut citer les nouveaux problèmes de santé publique, les problèmes persistants, les nouvelles technologies, les nouveaux acteurs de la santé publique et l'évolution des approches en matière de santé publique. Cela dit, comme en 2005, le personnel de santé publique a récemment été touché par une urgence majeure de santé publique. Le programme des CCNSP a mûri, comme en témoignent la stabilité des organismes hôtes des CCN, le renouvellement progressif de la direction des CCN et l'adaptation aux changements apportés par l'ASPC à la gestion et au financement du programme. Le travail des CCN a continué de démontrer l'expertise de ces derniers ainsi que leur crédibilité dans l'ensemble des administrations et leur réactivité aux nouvelles priorités et aux priorités émergentes en santé publique.

Le modèle des centres de connaissances des CCN, hébergés en dehors de l'ASPC et soutenus par des comités consultatifs indépendants, favorise ces points forts. Il s'agit notamment du mécanisme de l'entente de contribution qui a permis de structurer les relations entre l'ASPC et les CCN et d'assurer la flexibilité nécessaire pour faire face à l'évolution des priorités. En outre, les six CCN sont considérés comme fonctionnant efficacement dans le cadre des fonds disponibles et recherchent d'autres sources de financement et de soutien en nature.

Un financement supplémentaire de l'ASPC et des sources de financement externes ont permis aux CCN de générer davantage de ressources en connaissances et d'activités, en particulier lors de l'intervention d'urgence pour lutter contre la COVID-19. Cependant, les CCN sont confrontés à des difficultés croissantes pour répondre aux attentes en matière de soutien à la prise de décision fondée sur des données probantes pour les partenaires et les collaborateurs du programme à tous les niveaux du système de santé publique du Canada, sans financement supplémentaire. La nature à court terme et spéciale du financement supplémentaire affecte la priorisation des engagements du plan de travail annuel ainsi que la capacité à combler les lacunes de capacité à long terme des CCN. Comme l'indique l'évaluation de 2018, cette situation a créé de l'incertitude quant aux attentes de l'ASPC à l'égard de ce programme de longue date, c'est-à-dire ce que signifie la réalisation de la mission. Les personnes interrogées s'accordent largement pour dire que le budget actuel du programme ne permet pas de soutenir une capacité suffisante des CCN pour répondre aux besoins en matière d'application des connaissances de tous les acteurs clés de la santé publique.

Les relations entre l'ASPC et les CCN, facilitées par le BCSP, se renforcent mutuellement en raison de la nature collaborative de l'engagement avec les responsables et les gestionnaires des six CCN. Il s'agit notamment de faciliter les réunions et les communications régulières entre les unités de l'ASPC et les CCN, ainsi que de veiller à ce que les CCN respectent les exigences en matière de rapports de rendement. Cela dit, le développement d'un échange stratégique de renseignements sur les besoins et les priorités en matière de santé publique pourrait aider l'ASPC et les CCN à mieux cibler leurs activités respectives, ce qui signifie que l'ASPC pourrait faire un meilleur usage des renseignements recueillis par les six CCN grâce à leurs vastes réseaux. L'ASPC pourrait également communiquer systématiquement aux CCN ses priorités stratégiques et celles du Réseau pancanadien de santé publique, et ainsi contribuer à l'élaboration des plans de travail des CCN. Il est également possible de continuer à améliorer le cadre de présentation des rapports des CCN afin de documenter les résultats du programme de manière plus efficiente et plus efficace.

Recommandations

Les conclusions mentionnées dans le présent rapport ont permis de dégager trois recommandations.

Recommandation 1 : Réévaluer les attentes de l'ASPC à l'égard du programme des CCNSP à la lumière du renouvellement du financement, de l'ASPC et du secteur de la santé publique.

Les CCN ont été créés en même temps que l'ASPC et le réseau pancanadien de santé publique, dans le cadre de la vision initiale du renouvellement des aides fédérales en matière de santé publique après l'éclosion de SRAS. Bien que les six centres nationaux de coordination aient continué à obtenir de bons résultats, l'environnement de la santé publique et le contexte opérationnel du programme ont changé depuis 2005, en particulier à la suite de la pandémie de COVID-19. Cependant, les objectifs du programme des CCNSP sont restés les mêmes depuis 2005 et les résultats de l'évaluation suggèrent que la définition de la réussite de l'ASPC

pour ce programme de longue date doit être clarifiée. Cela peut également avoir une incidence sur la façon dont le personnel de l'ASPC et des CCN comprend l'harmonisation du modèle et du mandat du programme des CCNSP sur le mandat de l'ASPC. Étant donné que le programme des CCNSP a été fondé en même temps que l'ASPC, l'harmonisation est une question importante dans le contexte des discussions sur le renouvellement de l'ASPC à la suite de la pandémie de COVID-19. Par ailleurs, certains intervenants à l'extérieur de l'ASPC ont également des attentes à l'égard du programme étant donné que celui-ci est censé être utile aux décideurs et aux professionnels de la santé publique de l'ensemble du Canada. Il est donc nécessaire d'examiner si le mandat et le modèle du programme des CCNSP cadrent avec le contexte de santé publique actuel, ainsi qu'avec le mandat de l'ASPC, surtout en ce qui concerne le renouvellement de la santé publique.

Recommandation 2 : Améliorer la relation d'échange bidirectionnelle de renseignements entre l'ASPC et les CCN.

Les travaux du comité des CCN et de l'ASPC mis en place par le BCSP à la suite de l'évaluation de 2018 pour améliorer la coordination ont été suspendus en raison des exigences découlant de l'intervention contre la COVID-19. Bien que la relation entre l'ASPC et les CCN continue d'être basée sur la collaboration, les données indiquent qu'il est possible d'améliorer l'échange de renseignements entre l'ASPC et les CCN de deux manières :

1. De l'ASPC aux CCN : Il est possible de s'appuyer sur les moyens existants du BCSP pour partager les priorités de l'ASPC avec les CCN, par exemple en répondant aux demandes de collaboration des unités de l'ASPC, afin de se concentrer davantage sur l'harmonisation du travail des CCN avec les priorités de l'ASPC et du Réseau pancanadien de santé publique à un niveau stratégique.
2. Des CCN à l'ASPC : Les exemples de contribution des CCN aux rapports annuels de l'ACSP et de présentation au Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial sur la COVID-19 suggèrent que les CCN pourraient fournir des renseignements utiles à l'ASPC et au Réseau pancanadien de santé publique, recueillies « sur le terrain » sur les questions de santé publique prioritaires au fur et à mesure qu'elles se posent.

Recommandation 3 : Améliorer le cadre de mesure du rendement des CCNSP pour mieux rendre compte des résultats et des répercussions du programme.

Bien que les six CCN continuent de satisfaire aux exigences de l'ASPC en matière de rapports annuels de mesure du rendement et d'évaluations complémentaires, il a été difficile d'utiliser les renseignements découlant des rapports sur le rendement pour décrire pleinement les résultats des six CCN et l'impact du programme dans son ensemble. Le cadre de mesure du rendement, bien qu'il ait été simplifié depuis 2018, pourrait être davantage axé sur la démonstration de la réalisation des attentes. Des suggestions pour l'amélioration du cadre de mesure du rendement ont été formulées lors des récents examens et réitérées par les personnes interrogées. Toutefois, l'efficacité de toute modification future du cadre de mesure du rendement reste tributaire d'une nouvelle compréhension des attentes du programme; voir la recommandation 1.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation du programme des centres de collaboration nationale en santé publique, de 2018-2019 à 2022-2023

Recommandation n° 1				
Réévaluer les attentes de l'ASPC à l'égard du programme des CCNSP à la lumière du renouvellement du financement, de l'ASPC et du secteur de la santé publique.				
Réponse de la direction				
D'accord				
Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Revoir les objectifs du programme des CCN à la lumière de l'évolution du paysage de la santé publique, des besoins futurs en matière de main-d'œuvre en santé publique, du financement disponible et du renouvellement de l'ASPC.	<ul style="list-style-type: none"> a) Engagement avec les CNN et les principaux intervenants, y compris un rapport de synthèse de leurs points de vue b) Examen de la situation actuelle en matière de santé publique c) Ratification par le comité exécutif de l'ASPC de toute modification des objectifs du programme des CCN 	<ul style="list-style-type: none"> a) Mars 2025 b) Mars 2025 c) Mars 2026 	BCSP en collaboration avec la Direction générale de la politique stratégique	Équipe actuelle de soutien au programme au sein de l'ASPC
Recommandation n° 2				
Améliorer la relation d'échange bidirectionnelle de renseignements entre l'ASPC et les CCN.				
Réponse de la direction				
D'accord				

Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
<p>MESURE 1 Continuer à soutenir la sensibilisation interne aux travaux annuels des CCN, échanger sur les questions de santé publique émergentes découlant des domaines d'activité des CCN et favoriser de nouvelles collaborations entre les CCN et les programmes et comités de l'ASPC.</p>	<p>a) Une stratégie d'engagement des CCN sera présentée au président et à l'ACSP et comprendra les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunion annuelle d'engagement des CCN et de l'ASPC avec les cadres supérieurs de l'ASPC • Présentations périodiques des CCN aux tables de gouvernance de l'ASPC (RSP, CE, GE, Comité des DG chargé des politiques) • Amélioration de la coordination et de la connectivité entre le réseau de santé publique et les CCN • Réunions périodiques d'échange de renseignements avec les responsables des programmes de l'ASPC • Rapport sur les projets de collaboration des CCN et de l'ASPC 	<p>a) Mars 2025</p> <p>b) Octobre 2024</p> <p>c) Nouvelle date fixée à décembre 2024</p>	<p>a) BCSP et vice-présidents des programmes concernés</p> <p>b) BCSP/DGDPFG/BDFP</p> <p>c) BCSP</p>	Équipe actuelle de soutien au programme au sein de l'ASPC
<p>MESURE 2 Intégrer les collaborations prévues entre l'ASPC et les CCN dans la planification opérationnelle intégrée et les exigences budgétaires.</p>	<p>b) Les outils de planification générale actuels de l'ASPC comprennent une sous-section permettant d'identifier de manière prospective les collaborations prévues avec les CCN. Ce résultat devrait réduire la nécessité de modifier les ententes de</p>			

<p><u>MESURE 3</u> Revoir les dates de soumission du plan de travail annuel des CCN à la lumière du cycle de planification de l'ASPC afin d'harmoniser les cycles de planification des CCN et de l'ASPC.</p>	<p>contribution du CCN et créer une plus grande stabilité en ce qui concerne les ressources des CCN pour les projets liés à l'ASPC.</p> <p>c) Date révisée de soumission du plan de travail des CCN, comme indiqué dans l'entente de contribution (annexe C – Plan de rapport).</p>			
Recommandation n° 3				
Améliorer le cadre de mesure du rendement des CCNSP pour mieux rendre compte des résultats et des répercussions du programme.				
Réponse de la direction				
D'accord				
Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources

<p>Le BCSP doit revoir le cadre de mesure du rendement des CCNSP à la lumière des conclusions du BAE et de l'exercice d'évaluation. Le BCSP collaborera avec les CCN tout au long de ce processus.</p>	<p>Mise à jour du modèle logique et du cadre de mesure du rendement des CCNSP</p> <p>Mise à jour des outils et des modèles de rapports de rendement</p>	<p>Mars 2026 (interdépendant des résultats de la recommandation 1)</p>	<p>BCSP</p>	<p>Équipe actuelle de soutien au programme au sein de l'ASPC</p>
--	---	--	-------------	--

Annexe A : Courts profils des six Centres de collaboration nationale

Nom du CCN	Profil
 <p>National Collaborating Centre for Indigenous Health</p> <p>https://www.ccnsa.ca/fr/default.aspx?sortcode=1</p>	<p>Organisme hôte : Université du nord de la Colombie-Britannique, Prince George, Colombie-Britannique</p> <p>Domaines d'intérêts : Soutenir le renouvellement de la santé publique et l'équité en matière de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis par une approche holistique, coordonnée et fondée sur les points forts, tout en favorisant l'autodétermination et le savoir autochtone pour favoriser une santé et un bien-être optimaux.</p> <p>Priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accroître la compréhension et l'application des données probantes provenant des Autochtones sur la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis tout au long de leur vie afin d'appuyer la prise de décisions relatives aux politiques, aux pratiques et aux programmes de santé publique. • Favoriser les partenariats, les collaborations et les réseaux pour recueillir des données probantes provenant des Autochtones dans l'ensemble des secteurs et des administrations à l'appui de l'équité en matière de santé autochtone.
 <p>NCC for Environmental Health</p> <p>https://ccnse.ca/</p>	<p>Organisme hôte : Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (BCCDC), Vancouver, Colombie-Britannique</p> <p>Domaines d'intérêts : Évaluer les risques pour la santé associés à l'environnement physique et déterminer les interventions basées sur des données probantes qui réduisent ces risques.</p> <p>Priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mieux faire connaître et mieux comprendre (1) les menaces et les avantages environnementaux existants et émergents, et (2) la façon d'atténuer ces menaces et d'optimiser les avantages. • Traduire et mettre en évidence les résultats de la recherche qui éclairent la pratique efficace de la santé environnementale. • Réunir l'expérience globale des praticiens de la santé environnementale de partout au Canada pour éclairer une pratique efficace et adaptée à l'orientation en évolution en matière de santé publique.
 <p>NCC for Infectious Diseases</p> <p>https://ccnmi.ca/</p>	<p>Organisme hôte : Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba</p> <p>Domaines d'intérêts : 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. Établir des liens entre ceux qui produisent et ceux qui utilisent les connaissances en matière de santé publique sur les maladies infectieuses.</p> <p>Priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladies émergentes et éclosions • Tuberculose • Utilisation des antimicrobiens et résistance aux antimicrobiens • Migration et mobilité de la population

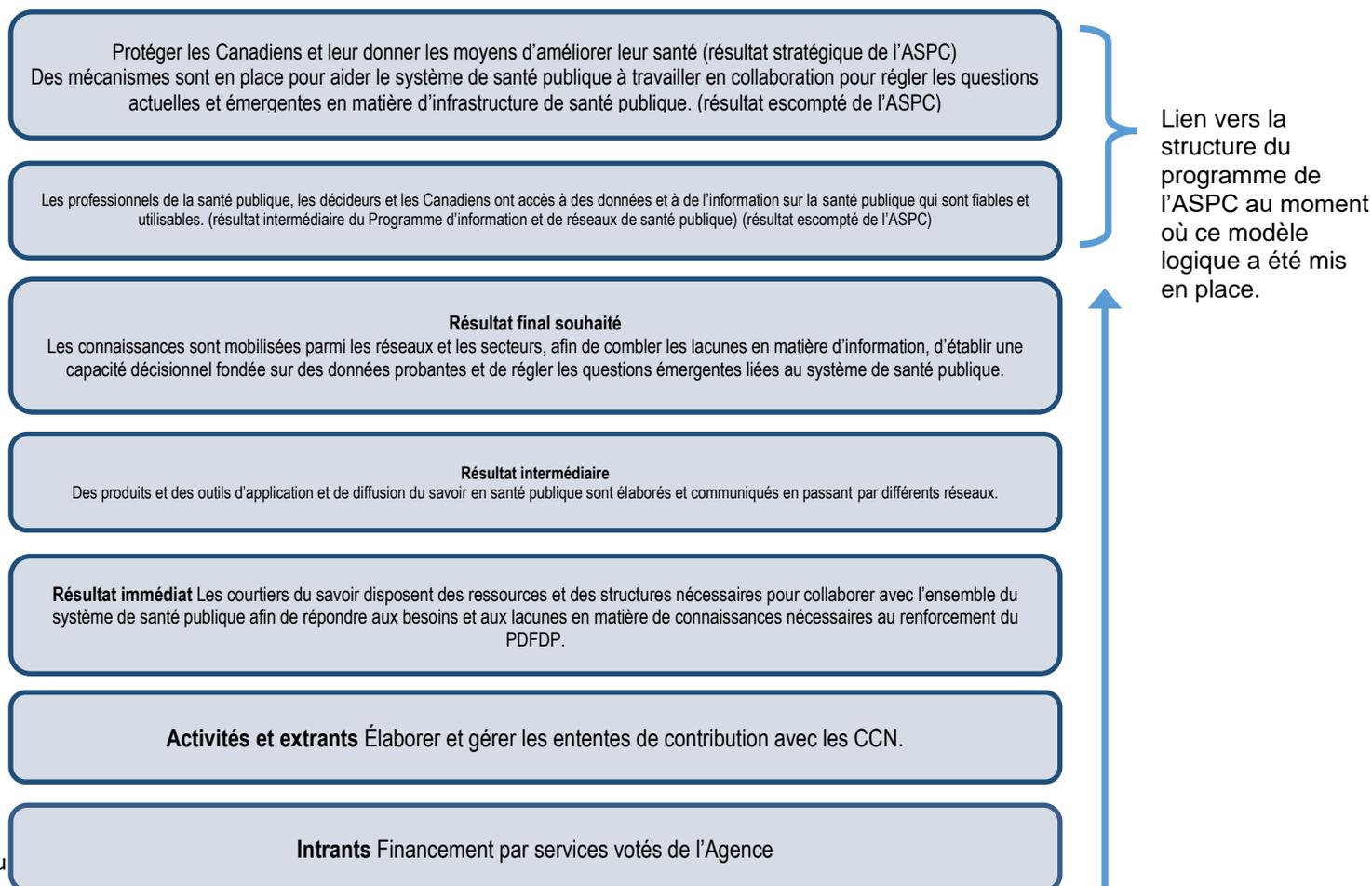
Nom du CCN	Profil
	<ul style="list-style-type: none"> • Modélisation mathématique pour la santé publique • Prévention et contrôle du VIH et des infections transmissibles sexuellement et par le sang • Comptes rendus sur les maladies qui renvoient les lecteurs à des orientations cliniques et de santé publique, à des données probantes et à d'autres sources d'information. • Base de données des maladies à déclaration obligatoire.
 <p data-bbox="226 418 527 443">NCC for Methods and Tools</p> <p data-bbox="111 529 449 561">https://www.nccmt.ca/fr/</p>	<p data-bbox="751 386 1377 410">Organisme hôte : Université McMaster, Hamilton, Ontario</p> <p data-bbox="751 451 1955 573">Domaines d'intérêts : Faciliter l'utilisation des meilleures données probantes disponibles dans la pratique de la santé publique en élaborant des ressources largement disponibles, aptes à renforcer la capacité à prendre des décisions éclairées et à favoriser des relations entre les personnes et les organisations, le tout pour promouvoir l'application des connaissances.</p> <p data-bbox="751 613 842 638">Priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes en santé publique au Canada. • Rendre facilement accessible et, en cas de lacunes, développer des méthodes et des outils qui facilitent le renforcement de la capacité à prendre des décisions fondées sur des données probantes. • Faciliter et appuyer le changement organisationnel au sein des organismes de santé publique.
 <p data-bbox="226 846 548 870">NCC for Healthy Public Policy</p> <p data-bbox="111 951 485 984">https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/</p>	<p data-bbox="751 813 1650 837">Organisme hôte : Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec</p> <p data-bbox="751 878 1961 967">Domaines d'intérêts : 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 axes de travail figurent la santé mentale, l'environnement bâti, l'éthique en santé publique et les toxicomanies.</p> <p data-bbox="751 1008 842 1032">Priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer le perfectionnement des compétences et de la capacité organisationnelle en analyse des politiques. • Appuyer la mise en œuvre d'approches intersectorielles pour promouvoir des politiques publiques saines. • Élaborer des approches stratégiques pour les nouveaux enjeux en santé publique.
 <p data-bbox="226 1175 575 1200">NCC for Determinants of Health</p> <p data-bbox="111 1281 369 1313">https://nccdh.ca/fr/</p>	<p data-bbox="751 1143 1560 1167">Organisme hôte : Université St. Francis Xavier, Antigonish, Nouvelle-Écosse</p> <p data-bbox="751 1208 1948 1297">Domaines d'intérêts : 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 entre les personnes les plus en santé et les moins en santé.</p> <p data-bbox="751 1338 842 1362">Priorités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le secteur de la santé publique pour qu'elle s'attaque aux facteurs structurels de l'iniquité en santé. • Promouvoir une action de santé publique fondée sur des données probantes concernant les « conditions de la vie quotidienne » qui influencent la santé et l'équité.

Nom du CCN	Profil
	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir une « culture d'équité » dans les organismes de santé publique et le système de santé. Contribuer aux méthodes et outils d'application des connaissances émergents pour faire progresser l'équité.

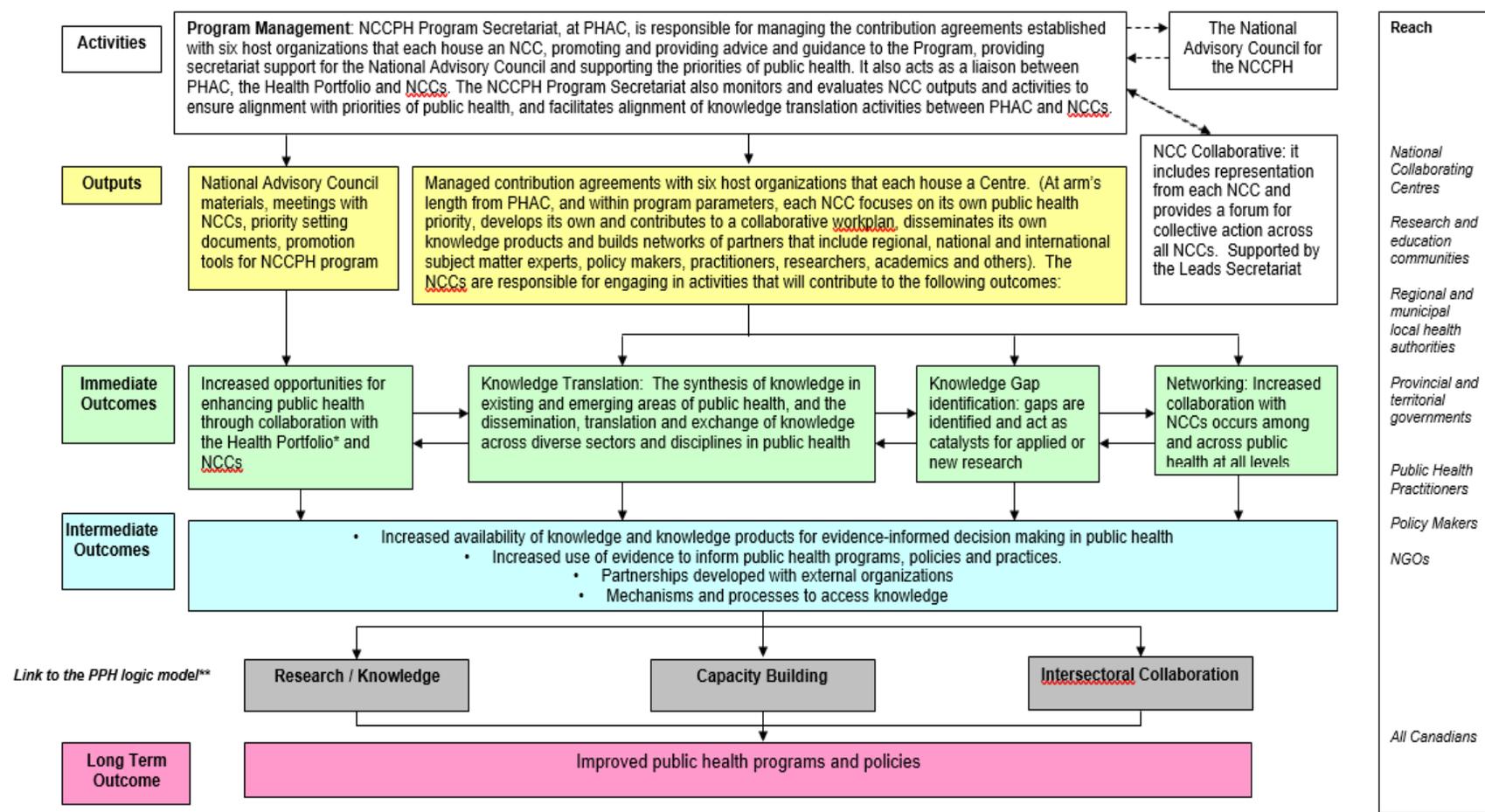
Sources : Énoncés d'action tirés des sites Web des CCN. Priorités de : Maureen Dobbins, Alejandra Dubois, Donna Atkinson, Olivier Bellefleur, Claire Betker, Margaret Haworth-Brockman, Lydia Ma. Commentaire - Agiles, efficaces et en évolution : la réponse rapide des Centres de collaboration nationale à la COVID-19 au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, vol 41, n° 5, mai 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-41-no-5-2021/reponse-rapide-centres-collaboration-nationale-covid-19-canada.html>

Annexe B : Modèles logiques des CCNSP

Ce modèle logique des CCNSP a été mis en place en 2014-2015 et a été inclus dans la dernière stratégie de mesure du rendement datant de mai 2017. Les liens vers la structure du programme de l'ASPC et les résultats escomptés décrits sont désuets depuis 2023.



Modèle logique original des CCNSP (version de 2009)

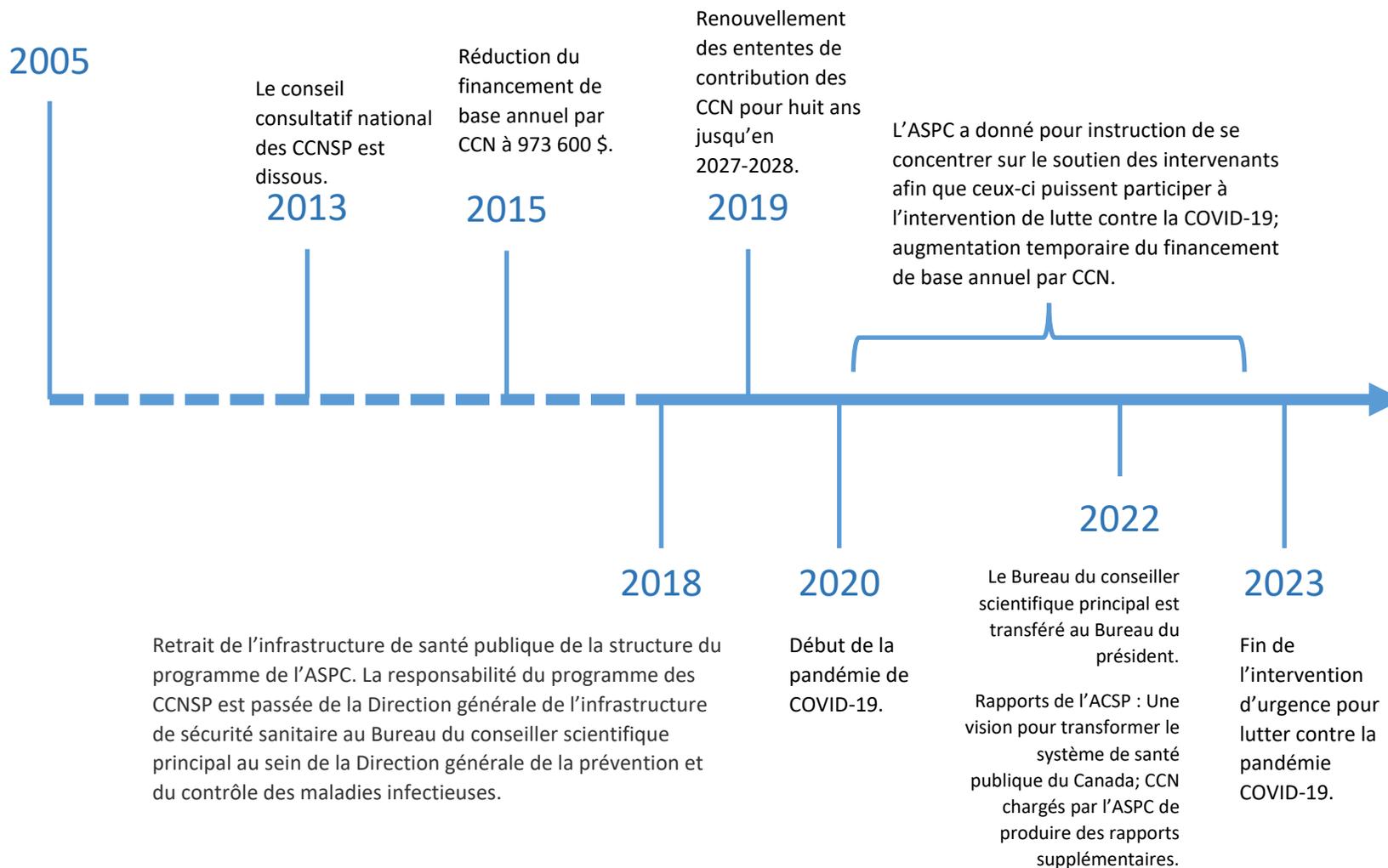


* Le portefeuille de la Santé comprend Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et Procréation assistée Canada.

** Fonds pour la santé de la population, au titre duquel le programme des CCNSP est financé.

Annexe C : Calendrier des CCNSP 2005-2023

Lancement des six CCN, parallèlement à la création de l'ASPC et du Réseau pancanadien de santé publique. Le programme relève du Bureau de la pratique en santé publique de l'ASPC. *Remarque : Le programme des CCNSP a plus tard été transféré à la Division du développement des capacités en santé publique du Centre pour l'infrastructure de santé publique au sein de la Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire.*



Annexe D : Méthodes de collecte et d'analyse des données

Cette évaluation s'est concentrée sur le rendement du programme des CCNSP au cours de la période allant de 2018-2019 à 2022-2023. Elle a également examiné la pertinence du programme dans le contexte du rôle du gouvernement fédéral en matière de santé publique. L'équipe d'évaluation a recueilli des données au moyen des méthodes suivantes :

Examen de la documentation et des données sur le rendement



Examen des rapports de l'ASPC et des CCN axés sur les activités des CCN et les besoins en matière d'application des connaissances dans le domaine de la santé publique, en particulier :

- les évaluations et les rapports d'évaluation produits par l'ASPC ou l'un des CCN;
- la documentation du programme, y compris les ententes de contribution et le cadre de mesure du rendement;
- Les rapports de l'ASPC, y compris les rapports annuels de l'ACSP et les rapports ministériels sur les résultats de l'ASPC.

Entrevues



Réalisation de 44 entrevues avec 58 représentants des groupes suivants :

- Personnel administratif et cadres supérieurs du programme de l'ASPC (n=6)
- Personnel des CCN (n=16)
- Représentants de l'organisme hôte (n=9)
- Un échantillon de partenaires et d'utilisateurs de connaissances principalement identifiés par les CCN :
 - Représentants du comité consultatif du CCN représentant divers groupes d'intervenants (n=7)
 - Services locaux de santé publique (n=2)
 - Associations professionnelles (n = 3)
 - Personnel et gestionnaires de l'ASPC (n=12) et représentants d'autres ministères fédéraux (n=3)



Questionnaire (pour compléter les entrevues)

A reçu 43 réponses à un questionnaire envoyé à 68 partenaires et utilisateurs de connaissances supplémentaires identifiés par les CCN. Il s'agit de représentants d'organisations autochtones, des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, d'associations professionnelles, d'organisations non gouvernementales et d'instituts de recherche.



Examen des données sur le rendement

Examen des rapports annuels de chaque CCN pour les cinq exercices 2018-2019 à 2022-2023.



Examen de données financières

Examen des renseignements sur les subventions et les contributions de base et aux transferts financiers supplémentaires de l'ASPC aux CCN.



Examen de la documentation

Analyse limitée de la documentation récente sur l'application des connaissances dans le domaine de la santé publique.

L'équipe d'évaluation a eu recours à la triangulation pour analyser les données recueillies par ces différentes méthodes et ainsi accroître la fiabilité et la crédibilité des résultats et des conclusions de l'évaluation. Néanmoins, la plupart des évaluations sont assujetties à des contraintes susceptibles d'avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations qui en découlent. Le tableau ci-dessous présente les limites rencontrées au cours de l'évaluation et les stratégies d'atténuation qui ont été mises en place.

Limites	Incidence potentielle	Stratégies d'atténuation
Les entrevues sont de nature rétrospective; elles fournissent une perspective récente sur des événements passés.	Cela pourrait avoir une incidence sur la validité de l'évaluation des activités ou des résultats, qui pourrait avoir changé au fil du temps.	La triangulation d'autres sources de données a permis de corroborer ou de compléter les données recueillies pendant les entrevues. L'examen de la documentation a également permis de recueillir des connaissances ministérielles.
Le nombre potentiel de personnes interrogées était très important compte tenu des réseaux étendus et de la variété des partenaires, des collaborateurs et des utilisateurs des connaissances pour chacun des six CCN.	Certaines personnes susceptibles d'être interrogées n'ont pas été en mesure d'apporter leur contribution.	Les personnes interrogées ont été sélectionnées de manière à ce que tous les CCN soient représentés. Un questionnaire a été utilisé pour permettre à un plus grand nombre de répondants de participer qu'il n'a été possible d'en interroger. Toutefois, la portée du

Limites	Incidence potentielle	Stratégies d'atténuation
		questionnaire était très limitée par rapport aux réseaux des CCN et ne peut être considérée comme un échantillon significatif des utilisateurs des CCN.
La représentation en fonction du sexe, de l'identité autochtone ou d'autres identités n'a pas été prise en compte dans la conception de la méthodologie des entrevues ou des questionnaires.	Il n'est pas certain qu'un équilibre entre les voix des principaux groupes bénéficiaires du programme des CCNSP ait été présent dans les données recueillies pour cette évaluation, malgré la présence d'une grande variété de professionnels, d'organisations et de représentations régionales parmi les personnes interrogées ou jointes par le biais du questionnaire.	Il s'agit toujours d'une limite dans la conception de l'évaluation, qui a été partiellement atténuée par l'utilisation de produits développés par les CCN. Les évaluations futures des CCN permettront d'améliorer la représentation au stade de la conception initiale.
Bien qu'ils soient nombreux, certains éléments des données de mesure du rendement du programme étaient incomplets ou incohérents entre les CCN et entre les exercices.	Il est difficile d'évaluer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats.	La triangulation d'autres sources de données a été utilisée pour fournir des renseignements supplémentaires en cas de lacunes dans les données de mesure du rendement.
La structure des données financières n'est pas liée aux extrants ou aux résultats. En outre, les données relatives à la dotation en personnel et aux aides en nature accordées aux CCN étaient limitées.	La capacité d'évaluer l'efficacité d'un point de vue quantitatif est limitée.	L'évaluation s'est concentrée sur d'autres domaines de résultats et a eu recours à la triangulation avec d'autres sources de données, dans la mesure du possible.

L'approche en matière d'ACSG Plus a été appliquée à l'évaluation du programme. La question des langues officielles n'a pas été examinée spécifiquement, mais celle-ci ne semble pas être un problème pour les activités du Programme. L'examen des objectifs de développement durable n'a pas été spécifié pour cette évaluation, bien que le programme (à l'image de la santé publique en

général) aborde indirectement l'objectif 3 : Bonne santé et bien-être, tout en contribuant à d'autres tels que l'objectif 10 : Inégalités réduites.⁷⁶

Tout au long de l'évaluation, le Bureau de l'audit et de l'évaluation a travaillé en étroite collaboration avec une personne-ressource du programme au sein du Bureau du conseiller scientifique principal pour accéder aux documents et aux données sur le rendement et pour identifier les groupes d'intervenants. La portée de cette évaluation a été partagée à l'interne avec le Comité de mesure et d'évaluation du rendement de l'ASPC en avril 2023 pour aider à orienter les questions d'évaluation. Le rapport final et la réponse et le plan d'action de la direction élaborés par le Bureau du conseiller scientifique principal ont également été présentés à ce comité en janvier 2024.

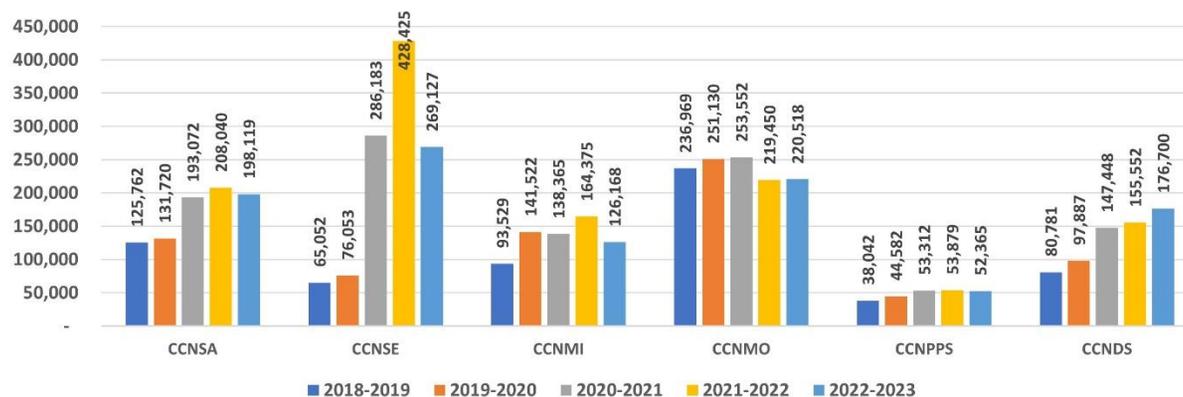
Annexe E : Faits saillants des statistiques du site Web des CCN

Comparaison de certaines statistiques Web des CCN et de l'ASPC, 2017-2018 et 2022-2023

Sites Web	Visiteurs uniques en 2017-2018	Visiteurs uniques en 2022-2023 (% de variation)	Durée moyenne de présence sur le site en 2017-2018	Durée moyenne sur le site de 2022-2023
CCNSE	40 264	269 127 (568 %)	2 : 00	2 : 28
CCNMO	195 687	220 518 (13 %)	5 : 30	2 : 33
CCNSA	127 142	198 119 (56 %)	2 : 59	2 : 02
CCNDS	44 598	176 700 (296 %)	1 : 44	1 : 09
CCNMI	44 636	126 168 (183 %)	2 : 27	0 : 57
<i>Vaccins et immunisation de l'ASPC</i>	94 542	120 631 (28 %)	0 : 57	0 : 52
<i>Déterminants sociaux de la santé et équité en santé de l'ASPC</i>	45 088	106 232 (136 %)	2 : 34	5 : 48
CCNPPS	34 566	52 365 (51 %)	2 : 27	1 : 58
<i>Maladies infectieuses de l'ASPC</i>	25 393	14 040 (-45 %)	1 : 01	1 : 24
<i>Rapport de l'ACSP de l'ASPC</i>	5 928	3 071 (-48 %)	1 : 00	2 : 16

Remarque : Classés par nombre de visiteurs uniques en 2022-2023 Source des données : Données autodéclarées par CCN, telles qu'elles figurent dans les questionnaires de mesure du rendement de 2017-2018 et de 2022-2023, et les données d'analyse Web de l'ASPC.

Nombre de visiteurs uniques sur les sites Web des CCN, 2018-2019 à 2022-2023



Source des données : Questionnaires sur la mesure du rendement des CCN

Annexe F : Principaux exemples d'activités menées lors de l'intervention de lutte contre la COVID-19 par les CCN

CCN	Activités
CCNSA	<ul style="list-style-type: none"> Bibliothèque de plus de 370 ressources sur la COVID-19 informées par les Autochtones et spécifiques aux populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis Résumés, webinaires, baladodiffusions, vidéos sur des sujets prioritaires tels que la stigmatisation, la confiance envers les vaccins (en collaboration avec le CCNMI)
CCNSE	<ul style="list-style-type: none"> Bibliothèque de ressources sur la transmission et l'atténuation de la COVID-19 (92 ressources; 24 thèmes) Communauté de pratique du forum sur l'environnement bâti sain Nouvelles directives et webinaires sur la transmission de la COVID-19 dans l'environnement bâti; cinq enquêtes sur le terrain portant sur des thèmes prioritaires
CCNMI	<ul style="list-style-type: none"> Carrefour des ressources du Réseau des laboratoires de la santé publique du Canada Résumés des connaissances et baladodiffusions (à partir de janvier 2020) Webinaires pour les praticiens afin de comprendre la modélisation et les vaccins Collaborations avec le CCNSA sur la confiance envers les vaccins et le CCNDS sur les indicateurs d'équité en matière de santé
CCNMO	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser et publier des analyses rapides sur des sujets prioritaires, à la demande des décideurs à tous les niveaux dans l'ensemble du Canada Répertoire des revues canadiennes sur la COVID-19 dans le domaine de la santé publique Réseau de données probantes sur la COVID-19 pour soutenir la prise de décisions (COVID-END) Examens systémiques du rétablissement des systèmes de santé publique
CCNPPS	<ul style="list-style-type: none"> Bibliothèque de ressources liées à la COVID-19 sur l'éthique de la santé publique (11 thèmes) Travaux ciblés sur l'amélioration de l'infrastructure de santé publique après la pandémie, par exemple profils du système de santé publique et des dépenses. Projets sur la santé dans toutes les politiques et la budgétisation du bien-être, y compris une enquête en partenariat avec le réseau mondial pour la santé dans toutes les politiques et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de comprendre comment les processus décisionnels intergouvernementaux, les mécanismes de santé dans toutes les politiques et les structures de gouvernance ont été mobilisés pour faire face à la pandémie.

CCNDS	<ul style="list-style-type: none">• Centre de ressources/bibliothèque liées à la COVID-19 sur l'équité en matière de santé (235 ressources)• Réseau de communautés de pratique sur l'équité en matière de santé, événements, formations• Lignes directrices sur les indicateurs d'équité liés à la COVID-19 (avec le CCNMI)• Fiches thématiques et présentations sur différentes questions relatives à l'équité en matière de santé dans le cadre de la pandémie de COVID-19
-------	---

Annexe G : Tableau récapitulatif du financement des CCNSP de 2018-2019 à 2022-2023

	CCNDS	CCNSE	CCNPPS	CCNMI	CCNSA	CCNMO	Total
Financement de base de l'ASPC	4 868 330 \$	4 868 330 \$	4 868 330 \$	4 868 330 \$	4 868 330 \$	4 868 330 \$	29 209 980 \$
Financement supplémentaire de l'ASPC	1 808 833 \$	1 214 667 \$	1 722 611 \$	1 410 333 \$	1 614 417 \$	1 498 667 \$	9 269 528 \$
Autres financements de contrepartie*	186 015 \$	Aucun fonds n'a été déclaré	501 155 \$	13 000 \$	3 602 427 \$	656 000 \$	4 958 597 \$
Total	6 863 178 \$	6 082 997 \$	7 092 096 \$	6 291 663 \$	10 085 174 \$	7 022 997 \$	43 438 105 \$

* D'autres financements de contrepartie comprennent des estimations de la valeur des soutiens en nature fournis par les organismes hôtes à certains des CCN. Ces chiffres doivent donc être interprétés comme des approximations.

Notes de fin

¹ La stratégie de mesure du rendement des CCNSP (2017) stipule ce qui suit : « La mission du programme des CCNSP est de promouvoir l'utilisation des connaissances pour une prise de décision fondée sur des données probantes par les praticiens de la santé publique et les décideurs à travers le Canada. Les centres de collaboration nationale (CCN) synthétisent, appliquent et partagent les connaissances pour les rendre utiles et accessibles aux décideurs, aux gestionnaires de programmes et aux praticiens, afin de soutenir une prise de décision efficace et fondée sur des données probantes. Les CCN sont conçus pour identifier les lacunes en matière de connaissances, stimuler la recherche dans les domaines prioritaires et mettre en relation les chercheurs en santé publique et les praticiens afin de créer des réseaux solides basés sur la pratique dans l'ensemble du Canada ». (Section 3.0)

² Comme il est indiqué dans le *Plan ministériel 2022-2023 de l'Agence de la santé publique du Canada : Tableaux de renseignements supplémentaires*, le programme des CCNSP est lié à tous les résultats ministériels de l'ASPC, correspondant à ses trois responsabilités principales. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2022-2023-tableaux-renseignements-supplementaires.html#a2.10>.

³ Pour consulter une vue d'ensemble des trois responsabilités fondamentales de l'ASPC, à savoir i) la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, ii) la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et iii) la sécurité sanitaire, voir le dernier plan ministériel de l'ASPC à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites.html>.

⁴ L'équité en matière de santé est intégrée dans l'objectif relatif à l'ACSG Plus. Les CCN appliquent le principe de l'ACSG Plus dans la mesure où l'équité en matière de santé est intégrée aux priorités de leur plan de travail annuel. Par exemple : Travaux du CCNDS sur les déterminants structurels des iniquités en santé; Approches stratégiques du CCNPPS pour réduire les iniquités en santé; Ressources axées sur l'équité dans les répertoires de connaissances hébergées par le CCNMO; Attention accordée par le CCNMI à la résolution des problèmes liés aux maladies infectieuses dans les populations marginalisées; Ressources du CCNSE sur l'équité en matière de santé dans l'environnement bâti; Efforts déployés par le CCNSA pour faire progresser l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé et de bien-être. Vous pouvez consulter la *Politique en matière d'Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus du portefeuille de la Santé : Promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion* se trouve à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/portefeuille-sante-politique-matiere-d-analyse-comparative-fondee-sur-sexe-genre.html>.

⁵ L'évaluation du programme des CCNSP de 2014 indique ce qui suit : « L'origine du programme des CCNSP remonte à des examens et à des consultations réalisés par l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP-IRSC) de 2001 à 2003 concernant la production et l'utilisation de connaissances dans la population canadienne et le secteur de la santé publique. Ces travaux ont révélé qu'il existait des problèmes importants dans le secteur concernant l'accès à des résultats de recherche pertinents et de grande qualité et leur utilisation pour guider la prise de décisions. Après la crise du SRAS de 2003, plusieurs commissions, consultations et rapports canadiens, parmi lesquels le *Rapport Naylor*, sont parvenus à la conclusion qu'on n'avait pas suffisamment investi dans l'infrastructure de santé publique du Canada, ce qui a eu pour conséquence que le Canada possédait un fonds de connaissances insuffisant pour orienter l'élaboration de programmes et de politiques de santé publique. Les auteurs de ces rapports ont vivement

recommandé de renforcer les capacités en santé publique du Canada et d'améliorer à cette fin les pratiques de prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP). Pour répondre à ces préoccupations, le gouvernement fédéral s'est engagé à renouveler et à renforcer la santé publique au Canada. En 2004, à l'appui de cet engagement, le Cabinet a annoncé la création du programme des CCNSP, parallèlement à celle de l'Agence de la santé publique du Canada et du Réseau de santé publique pancanadien. » 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#s2.1>.

⁶ Kiefer, L., Frank, J., Di Ruggiero, E., Dobbins, M., et al. (2005). Fostering Evidence-based Decision-making in Canada. *Revue canadienne de santé publique*. *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, n° 3.

⁷ Dans le rapport Nayloy de 2004 intitulé *Leçons de la crise du SRAS - Renouveau de la santé publique au Canada - rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique*, les auteurs indiquent ce qui suit : « Il faut au Canada davantage de recherche appliquée et d'évaluation en santé publique, plus d'examen systématiques et de directives sur la pratique en santé publique, une formation supérieure pour la production et l'interprétation des données en santé publique et de meilleurs moyens de stocker, de tenir à jour et de consulter les connaissances utiles à la pratique en santé publique. Tous ces points ont été soulignés dans un document produit par l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC. Le nouvel organisme devrait avoir à la fois une capacité interne et les fonds nécessaires pour sous-traiter les fonctions de R et D à des partenaires comme les IRSC. » (p. 70) Le chapitre 10 est consacré à la capacité de recherche en santé publique. La recommandation 10.2 stipule que : « L'Agence canadienne de santé publique, en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et par l'entremise du réseau F/P/T pour la lutte contre les maladies transmissibles, devrait investir directement dans la capacité scientifique de santé publique dans les provinces, les territoires et les régions. Les 100 millions de dollars réservés à la capacité de « deuxième ligne », y compris le fonctionnement du réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles, est la source de financement logique à cette fin. Les options seraient l'attribution directe du financement aux organismes provinciaux et territoriaux actuels ou la création d'instituts régionaux F/P/T conjoints. Le mandat de ces organismes consisterait à fournir des services de recherche en santé publique aux provinces et territoires. » Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/lecons-crise-sras-renouveau-sante-publique-canada.html>.

⁸ L'objectif initial du programme des CCNSP était de créer des liens et de favoriser la collaboration entre les chercheurs, la communauté de la santé publique et d'autres intervenants afin d'analyser les questions prioritaires en matière de santé de la population et de fournir des preuves et de l'expertise pour le développement de mécanismes et d'outils visant à améliorer la santé publique au Canada. Cet énoncé est tiré du Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats de 2005 et énumère les trois fonctions des CCN que sont l'application des connaissances, l'identification des lacunes en matière de connaissances et le réseautage. Les exemples suivants reprennent les mêmes éléments de promotion d'un processus décisionnel fondé sur des données probantes par le biais d'activités d'application des connaissances pour tous les acteurs de la santé publique au Canada. Deux exemples :

- Stratégie de mesure du rendement 2017 : La mission des CCNSP est de promouvoir l'utilisation des connaissances pour une prise de décision fondée sur des données probantes par les praticiens de la santé publique et les décideurs à travers le Canada. Les centres de collaboration nationale (CCN) synthétisent, appliquent et partagent les connaissances pour les rendre utiles et accessibles aux décideurs, aux gestionnaires de programmes et aux praticiens, afin de soutenir une prise de décision efficace et fondée sur des données probantes. Les CCN sont conçus pour identifier les lacunes en matière de connaissances, stimuler la recherche dans les domaines prioritaires et mettre en relation les chercheurs en santé publique et les praticiens afin de créer de solides réseaux basés sur la pratique dans tout le Canada.

-
- Plan ministériel 2023-2024 : L'objectif de ce programme est de promouvoir une prise de décision fondée sur des données probantes par les praticiens de la santé publique et les décideurs à travers le Canada. Le [programme des CCNSP] résume et diffuse les connaissances de manière à ce qu'elles soient utiles et accessibles aux intervenants du domaine de la santé publique. Résultats escomptés : i) les partenaires de santé publique travaillent ensemble en vue de régler les questions actuelles et émergentes en matière de santé publique; ii) les organismes de santé publique participent à des réseaux et à des processus de collaboration; iii) les professionnels de la santé publique et leurs partenaires ont accès à des données et à de l'information sur la santé publique qui sont fiables et utilisables.

⁹ Le rapport d'évaluation du programme des CCNSP de 2018 est disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/evaluation/2014-2015-2018-2019-rapport-evaluation-programme-centres-collaboration-nationale-sante-publique.html>

Le rapport d'évaluation du programme des CCNSP de 2014 est disponible à l'adresse suivante : <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>

Le rapport d'évaluation du programme des CCNSP de 2009 est disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/bureau-evaluation/rapports-evaluation/archivee-evaluation-formative-programme-centres-collaboration-nationale-sante-publique.html>

¹⁰ La mise en œuvre de la réponse et du plan d'action de la direction du programme de 2018 comprenait les mesures suivantes :

- i) établir un partenariat de collaboration bidirectionnelle entre l'ASPC et les CCN : La pandémie de COVID-19 a interrompu les activités du comité exécutif de l'ASPC et des CCN qui avait été récemment créé pour promouvoir une collaboration plus étroite entre les directions générales de l'ASPC et les six CCN. Cependant, le BCSP a renouvelé les ententes de contribution des CCN, a fait connaître le travail des CCN à l'ASPC et a facilité les collaborations directes entre les unités de l'ASPC et les différents CCN.
- ii) veiller à ce que chaque CCN demeure pertinent à la lumière des besoins émergents en matière de connaissances : La pandémie de COVID-19 a mis un frein à la capacité du comité exécutif de l'ASPC et des CCN à examiner les priorités des CCN, mais le BCSP examine les plans de travail annuels des CCN en fonction de leur capacité à traiter un large éventail de mesures reflétant les priorités essentielles.
- iii) explorer les options permettant une utilisation efficace des ressources maximale : Le BCSP a supprimé l'exigence pour tous les CCN de collaborer à un projet « emblématique » commun, a fait preuve de souplesse dans la modification des plans de travail en fonction des priorités émergentes (comme cela a été le cas au début de la pandémie de COVID-19) et a créé une version plus rationnelle du questionnaire sur la mesure du rendement.

¹¹ Basé sur les renseignements tirés de la section 3.5 de l'évaluation collective 2020 des Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique; PRA Inc. (2022). Case Study of the (NCCDH) Organizational Capacity for Health Equity Initiative, Final report; (2023) Evaluative Portrait of the Partnerships and Collaborations of the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; Maureen Dobbins, Alejandra Dubois, Donna Atkinson, Olivier Bellefleur, Claire Betker, Margaret Haworth-Brockman, Lydia Ma. Commentaire - Agiles, efficaces et en évolution : la réponse rapide des Centres de collaboration nationale à la COVID-19 au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, vol 41, n° 5, mai 2021. Sur Internet :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-41-no-5-2021/reponse-rapide-centres-collaboration-nationale-covid-19-canada.html>; Haworth-Brockman M, Keynan Y. Knowledge brokering on infectious diseases for public health. *Can Commun Dis Rep* 2021 ;47(3):161–5. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i03a06>.

¹² Voir : <https://ccnmi.ca/project-stream/migration-et-mobilite/>.

¹³ De plus, parmi les 69 participants interrogés :

- 73 % étaient fortement d'accord pour dire que les CCN facilitent l'établissement de réseaux/de collaborations qui cadrent avec les priorités de leur travail;
- 50 % étaient fortement d'accord pour dire que les produits et les activités des CCN portant sur la COVID-19 ont été utiles pour leur organisme ou eux-mêmes.

¹⁴ Par exemple, voir Rogers, B.J., Swift, K., van der Woerd, K., Auger, M., Halseth, R., Atkinson, D. et al. (2019). À l'interface : les professionnels de la santé autochtones et la pratique factuelle. Prince George, Colombie-Britannique Centre de collaboration nationale de la santé autochtone Sur Internet : <https://www.ccnmi.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=249>.

¹⁵ Une seule santé examine les interconnexions entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun, c'est-à-dire les déterminants sociaux, politiques et environnementaux. Les maladies à transmission vectorielle et la résistance aux antimicrobiens (RAM) ainsi que les effets des changements climatiques sur la santé humaine sont des exemples de questions spécifiques qui pourraient bénéficier d'une approche d'analyse fondée sur le principe de l'unité d'action sanitaire. Voir : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021/rapport.html#a4.2>.

¹⁶ Voir : <https://ccnmi.ca/project-stream/la-resistance-aux-antimicrobiens/>.

¹⁷ « Depuis plusieurs années, le CCNPPS travaille avec ses partenaires à clarifier les besoins associés à ces rôles et à répondre à ces besoins. Parmi les activités réalisées, notons la tenue d'un forum pancanadien, l'élaboration d'un répertoire des stratégies de santé mentale au Canada et d'un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations qui a été utilisé dans plusieurs juridictions, notamment en Ontario pour soutenir la mise en œuvre des Normes de santé publique en promotion de la santé mentale. » Bellefleur O, Jacques M. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au temps de la COVID-19 : développer les compétences pour « rebâtir en mieux » *RMTC* 2021;47;4:232-6. Sur Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-4-april-2021/ccdrv47i04a08f-fra.pdf>.

¹⁸ Le Carrefour de développement et d'échange des connaissances (CDE) est financé par l'ASPC (par l'intermédiaire du Fonds d'innovation pour la promotion de la santé mentale) et les IRSC pour fournir un soutien à l'application des connaissances pour les projets de promotion de la santé mentale qu'ils financent. Le CDE semble être similaire aux CCN en ce sens qu'il met les ressources et les activités de connaissance à la disposition du public, qu'il est hébergé par une

université (Collège universitaire Renison à l'Université de Waterloo) et qu'il est conseillé par un cercle de collaborateurs comprenant le CCNDS et le CCNPPS. Sur Internet : <https://kdehub.ca/fr/>.

¹⁹ Par exemple, le CCNPPS s'est concentré sur la période postpandémique. Certaines personnes interrogées par l'ASPC ont indiqué que certaines priorités avaient été reléguées au second plan en raison de la pandémie de COVID-19, comme les ITSS, mais le CCNMI a continué à faciliter la mise en place d'un réseau de communauté de pratique pour les praticiens se concentrant sur les ITSS tout au long de la pandémie de COVID-19. Cela dit, il a été noté que les taux d'ITSS ont augmenté et les taux de dépistage ont diminué pendant la pandémie de COVID-19, ce qui souligne l'importance des CCN pour répondre aux priorités actuelles en matière de santé publique.

²⁰ Le total combiné de 523 relations uniques avec des partenaires ou des collaborateurs déclarées par les CCN pour l'exercice 2022-2023 comprend les regroupements suivants :

- L'Agence de la santé publique du Canada et ses sous-divisions et directions générales représentent 7,3 % du total des partenaires individuels (38).
- Les établissements d'enseignement représentent le type d'organisme ayant le plus grand nombre de partenaires dans l'ensemble des CCN, avec 19,7 % du total des partenaires individuels (103).
- Près de 41 % du nombre total de partenaires (213) sont liés aux gouvernements du Canada à tous les niveaux (fédéral, provincial, territorial, régional, municipal et local).
- Cinq pour cent (5 %) de l'ensemble des partenaires sont des autorités sanitaires autochtones ou dirigées par des autochtones.

²¹ Dix-sept (17) pays figurent dans la liste des organismes internationaux collaborant avec un ou plusieurs CCN en 2022-2023. La majorité de ces organismes provenaient des États-Unis (14 collaborations). L'Europe était le continent le plus représenté dans cette liste, mais des collaborations avaient également été établies avec les Amériques, l'Afrique, l'Asie et l'Australie/la Nouvelle-Zélande. Les collaborations internationales étaient principalement établies avec des universités, des ONG et des gouvernements étrangers. Même si l'ensemble des CCN participaient à des collaborations internationales, le CCNPPS et le CCNMO étaient les plus actifs sur la scène internationale.

²² Une personne interrogée a déclaré : « Je participe également à un comité de pilotage d'un réseau sur la santé dans toutes les politiques piloté par le CCNPPS, ainsi qu'au comité d'orientation du CCNPPS. Ces collaborations permettent d'établir des liens entre la production universitaire de la recherche et les besoins des utilisateurs en milieu de pratique, bénéfiques aussi pour déterminer les orientations de ma recherche. ».

²³ Husson, H., Howarth, C., Neil-Sztramko, S., et Dobbins, M. (2021). Le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) : soutenir la prise de décisions fondée sur des données probantes en santé publique au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 47(56), 292–296. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2021-47/issue-5-6-may-june-2021/ccdrv47i56a08f-fra.pdf>.

²⁴ L'une des personnes interrogées au sein de l'ASPC a fait remarquer que la diversité des unités de l'ASPC ayant versé des fonds supplémentaires à différents CCN était une indication positive de l'importance qu'elles accordaient aux centres.

²⁵ Le rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021 intitulé Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada est disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>.

Les quatre rapports commandés publiés et diffusés par les CCN, y compris le rapport rédigé par le CCNSA, sont disponibles à l'adresse suivante : <https://ccnsp.ca/projets/rapport-2021-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-et-rapports-associes/>

²⁶ <https://ccnsp.ca/projets/competences-essentielles-en-sante-publique-au-canada-2024/>.

²⁷ <https://ccnsp.ca/projets/reponses-de-la-sante-publique-aux-evacuations-a-long-terme-et-au-retablissement/>.

²⁸ Cent quatorze personnes se sont inscrites à l'événement, dont des responsables et du personnel de refuges, des praticiens de la santé publique, des médecins hygiénistes, des gestionnaires de programmes et des directeurs d'autorités sanitaires régionales et du gouvernement, du personnel d'organismes de santé communautaire et de groupes communautaires de la région désignée (nord de l'Alberta, Saskatchewan, Manitoba et nord-ouest de l'Ontario). Des membres du personnel du CCNMI et des cinq autres centres de collaboration nationale en santé publique étaient également présents. CCNMI, février 2023 A Winter Institute: Shelters and Public Health, final report. p. 11. Sur Internet <https://nccid.ca/publications/shelters-and-public-health-final-report/>.

²⁹ Le CCNMI a publié le travail de modélisation de l'ASPC sur la COVID-19 sur son site Web; voir : <https://ccnmi.ca/modeles-covid-19/>.

³⁰ Les CCN ont présenté leurs premiers travaux sur la COVID-19 au Comité consultatif stratégique (CCS) fédéral-provincial-territorial en juillet 2020. Il s'agissait notamment de diffuser une synthèse des besoins exprimés par les praticiens de santé publique de première ligne. Les CCN ont également présenté au RSP en 2022 le renouvellement de l'infrastructure de santé publique (CCNPPS) et l'évolution de la compréhension des mesures de la qualité de l'air intérieur, une synthèse des connaissances réalisée par le CCNSE.

³¹ Une des personnes interrogées a mentionné que les CCN auraient pu communiquer plus régulièrement des renseignements au Comité consultatif stratégique sur la COVID-19 ou au Comité consultatif technique. Toutefois, une autre personne interrogée a souligné que le CCNMO a contribué à créer des synthèses de données probantes sur la COVID-19 à utiliser dans l'ensemble de l'ASPC et qui ont été utilisées pour guider les discussions du Comité consultatif stratégique et du Comité consultatif technique.

³² Le CCNMO et le CCNSA étaient membres du comité directeur de COVID-END au Canada et ont tous deux apporté leur soutien à la diffusion. Le responsable du CCNSA a conseillé le comité responsable de COVID-END au sujet de l'inclusion significative et respectueuse des chercheurs et des communautés autochtones. <https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end/archive-for-covid-end-in-canada/about-covid-end-in-canada/scientific-leadership>.

³³ Certaines évaluations des CCN ou évaluations des besoins mentionnent des sujets jugés utiles par les intervenants pendant une certaine période. Par exemple, le sondage sur l'évaluation des besoins du CCNSE a mis l'accent sur la COVID-19, les moisissures, les aliments et la salubrité alimentaire. L'évaluation

collective de 2023 indique que le document *Comprendre les tests RT-PCR et leurs résultats* était le document le plus téléchargé de tous les temps pour le CCNMI et des mises à jour régulières sur les variants préoccupants ont généré la majorité du trafic sur le site Web du CCNMI.

³⁴ Des exemples de courtes vidéos récemment publiées sur des sujets précis peuvent être visionnés à l'adresse suivante : CCNSE https://ccnse.ca/ressources?f%5B0%5D=resource_type%3A2219 et CCNPPS <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/ressources/videos/> CCNMO <https://www.nccmt.ca/fr/training/videos> CCNSA <https://www.ccnca.ca/fr/publications.aspx?sortcode=1.8.21>.

³⁵ Une personne interrogée a indiqué que le livre, *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social*, est destiné aux étudiants des programmes liés à la santé, tels que les soins infirmiers, la santé publique, la surveillance, la médecine, etc. Le manuel a reçu un accueil très favorable, ce qui a conduit à l'élaboration de la deuxième édition. Une vue d'ensemble de l'élaboration de ce livre se trouve sur : <https://www.ccnca.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.7.10.24>. Un aperçu de la publication subséquente de 2022 et de la série vidéo connexe, *Introduction aux déterminants de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada*, est disponible à l'adresse suivante : <https://www.ccnca.ca/fr/ListingIndex.aspx?sortcode=1.6.17&id=496>.

³⁶ Un utilisateur des CCN interrogé a fait remarquer que l'utilité des outils et des ressources des CCN peut varier d'une province ou d'un territoire à l'autre en fonction de la capacité de leurs organismes de santé publique, c'est-à-dire que les intervenants dans les administrations qui n'ont pas d'instituts provinciaux de santé publique peuvent s'appuyer davantage sur les CCN. Par conséquent, les CCN doivent combler les lacunes et fournir différents types de produits pour différents publics, ce qui est difficile à faire compte tenu de leur budget.

³⁷ La ressource « Liens rapides » du CCNMI est devenue un centre d'information en ligne, « Points saillants » : <https://ccnmi.ca/debrief/covid-19/>.

³⁸ Le CCNDS a organisé quatre séries de conversations sur les interventions fondées sur l'équité pour lutter contre la COVID-19 : <https://nccdh.ca/fr/our-work/covid-19/>.

³⁹ COVID-END a été créé en avril 2020 et est en partenariat avec le CCN des méthodes et outils, qui est hébergé à l'Université McMaster au Canada (COVID-END, 2021; Grimshaw et al., 2020; Bureau du conseiller scientifique principal, 2020a). Le réseau COVID-END réalise des synthèses de données probantes (y compris des revues « vivantes ») et des analyses contextuelles sur divers sujets liés à la COVID-19, comme les mesures de santé publique, les interventions thérapeutiques et cliniques, la gestion des ressources du système de santé et les interventions économiques et sociales (COVID-END, 2021; Bureau du conseiller scientifique principal, 2020a). COVID-END vise également à réduire la duplication des projets de recherche en fournissant une plateforme pour la collaboration et la coordination des chercheurs (COVID-END, 2021). <https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end>.

⁴⁰ Comme indiqué dans Prairie Research Associates (2020). Evaluation of the National Collaborating Centres for Public Health, Volume II – Case Studies. Rapport sur le Forum d'échange de connaissances des CCN : Vers l'élimination de la tuberculose dans les communautés autochtones du Nord, du 31 janvier au 1^{er} février 2018, Winnipeg, Manitoba. Sur Internet : <https://ccnmi.ca/forum-dechange-de-connaissances-du-ccn-vers-lelimination-de-la-tuberculose-dans-les-communaut-es-autochtones-du-nord/>.

⁴¹ Un chef de projet de recherche sur la SdtP a indiqué qu'il avait bénéficié d'une collaboration étroite avec le CCNPPS pour accroître l'efficacité des notes d'information en matière de santé publique afin de mobiliser les décideurs. Les conseils du CCNPPS ont grandement contribué à améliorer les connaissances de l'équipe en matière de rédaction, ainsi qu'à appliquer et à mobiliser les connaissances. Ils ont reçu des réactions très positives de la part des décideurs dans quelques cas où l'équipe de recherche financée par les IRSC a diffusé les notes d'orientation et organisé des ateliers. Voir : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/sante-dans-toutes-les-politiques/>

En outre, le CCNDS a organisé en 2018 des webinaires qui ont mis l'accent sur le concept de la santé dans toutes les politiques, notamment : Chapitre 18 : Santé dans toutes les politiques, promotion de la santé au Canada, quatrième édition, qui fait partie de la série Promotion de la santé Canada; santé dans toutes les politiques : introduction et opportunités pour la santé publique en collaboration avec le Réseau collaboratif pour l'équité en santé.

⁴² Le renforcement des capacités en matière de PDFDP est au cœur des préoccupations du CCNMO, dont les ressources, la formation et le mentorat ont été utilisés dans tout le Canada et dans de nombreux pays, ce qui a permis de mobiliser des organismes de première ligne et des universités de partout au Canada et dans de nombreux autres pays. Voir la description des activités de renforcement des capacités et de la portée : Husson H, Howarth C, Neil-Sztramko S, Dobbins M. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) : Soutenir la prise de décisions fondée sur des données probantes en santé publique au Canada. *RMTC* 2021;47(5/6):292-6. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i56a08> Une personne interrogée a décrit l'intégration poussée de la PDFDP à l'autorité sanitaire de la région Peel avec le soutien du CCNMO. Une étude réalisée en 2018 sur le programme de formation et de mentorat du CCNMO en matière d'application des connaissances a révélé que le programme était efficace pour renforcer les capacités individuelles en matière de PDFDP, mais que le degré de réussite dépendait de divers facteurs contextuels. Dobbins, M., Traynor, R.L., Workentine, S. et al. Impact of an organization-wide knowledge translation strategy to support evidence-informed public health decision making. *BMC Public Health* 18, 1412 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6317-5>. Le modèle, la méthodologie, les ressources et la formation du CCNMO en matière de PDFDP sont disponibles sur le site Web du CCNMO, en commençant par : <https://www.nccmt.ca/tools/eiph>.

⁴³ Le CCNSE s'est associé au Centre Intact d'adaptation au climat de l'Université de Waterloo pour produire le guide suivant et le webinaire de suivi sur les mesures d'adaptation comportementales et infrastructurelles aux risques de chaleur extrême : <https://www.centreintactadaptationclimat.ca/chaleur-extreme-irreversible-protger-les-canadiens-ennes-et-les-collectivites-dun-avenir-mortel/>.

⁴⁴ Les défis clés comprennent : temps limité, lourdes charges de travail, priorités concurrentes, crises émergentes, capacité limitée de recherche, d'évaluation et d'application des données probantes découlant de la recherche, compétences et infrastructure limitées de gestion des connaissances, résistance au changement, culture organisationnelle offrant peu de soutien et de leadership, contexte politique du processus décisionnel, base de données probantes en constante évolution. En raison des nombreux obstacles à la PDFDP, il faut cerner des stratégies d'application des connaissances (AC) efficaces et durables pour améliorer la capacité des organismes et de l'effectif en santé publique pour fonctionner d'une façon axée sur les données probantes. Dobbins, M., Traynor, R. L., Workentine, S., Yousefi-Nooraie, R. et Yost, J. (2018). Impact of an organization-wide knowledge translation strategy to support evidence-informed public health decision making. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6317-5>.

-
- ⁴⁵ Les travaux du CCNSA visant à remédier à la réticence à la vaccination comprennent ce qui suit :
- séries de cinq fiches d'information : <https://www.ccnsa.ca/fr/ListingIndex.aspx?sortcode=1.6.17&id=466>;
 - webinaire avec le CCNMI : <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=322>;
 - articles, comme : [Promouvoir l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 au Canada \(ccnsa.ca\)](#);
 - vidéo animée : <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=336>.

⁴⁶ Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (23 mars 2023). Revue rapide version 2 : Quelles sont les meilleures pratiques en matière de communication des risques et de stratégies visant à réduire les comportements à risques? <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/09361a525106ed31be72ceb7ffb34c0b1c2cfa2d.pdf>.

⁴⁷ Le CCNPPS a indiqué que les ressources sur l'éthique en santé publique ont été utilisées par de nombreux acteurs, notamment le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, le First Nations Health Consortium en Alberta et Manitoba Shared Care. Bellefleur O, Jacques M. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au temps de la COVID-19 : développer les compétences pour « rebâtir en mieux » RMTC 2021;47(4):232–6. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i04a08>.

⁴⁸ Dyke, E. Évaluation de la contribution des Centres de collaboration nationale en santé publique à la santé publique au Canada, 18 janvier 2023, RAPPORT FINAL. Document interne

⁴⁹ Le CCNSE a publié un guide et un webinaire sur [les précautions relatives à la COVID-19 pour les immeubles résidentiels à logements multiples](#) en mars 2020 en réponse à un besoin perçu par le personnel sur les connaissances permettant de réduire les risques de transmission de la COVID-19 dans les environnements résidentiels à haute densité. Le CCNSE a indiqué que de nombreux organismes du secteur du logement utilisaient ses ressources pour la première fois. Le guide est disponible à l'adresse suivante <https://ccnse.ca/resources/evidence-reviews/precautions-concernant-la-covid-19-dans-les-immeubles-logements> et le webinaire associé peut être visionné ici : <https://ccnse.ca/events/upcoming-webinars/covid-19-precautions-multi-unit-residential-buildings>.

⁵⁰ Haworth-Brockman, M, et Betker, C. (2020). Mesurer ce qui compte au milieu de la pandémie de COVID-19, Indicateurs d'équité pour la santé publique. CCNMI et CCNDS. Sur Internet : <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/measuring-what-counts-in-the-midst-of-the-covid-19-pandemic-equity-indicator> Cette ressource a également été présentée une quinzaine de fois à divers intervenants, notamment à l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé et à l'atelier du printemps 2022 de la Convention de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, en mai 2022 (comme il est indiqué dans le QMR annuel).

⁵¹ Le CCNMO a mené un projet visant à analyser la portée et l'étendue de la fiabilité de tous les CCN aux yeux des acteurs de la santé publique. Tous les CCN ont été considérés comme des sources de connaissances fiables pendant la pandémie de COVID-19, c'est-à-dire de 2019 à 2022. Le rapport, *NCC Social Network Analysis and Reach Evaluation, Appendix 2021.5.4b*, a été consulté à partir des renseignements du rapport annuel sur le rendement du CCNMO. Le

CCNMO a dirigé un projet réunissant tous les CCN visant à étudier l'utilisation des ressources de santé publique pertinentes au Canada pendant la pandémie de COVID-19 et à réaliser une évaluation de la portée globale des CCN.

⁵² En 2016, le CCNMO a déménagé de l'Université de Winnipeg à l'Université du Manitoba. Tous les autres organismes hôtes sont restés les mêmes depuis le début du programme. <https://news.umanitoba.ca/bringing-evidence-on-infectious-diseases-into-practice/>.

⁵³ Trois grands changements ont été apportés à la structure de gouvernance du programme des CCNSP de l'ASPC ainsi qu'à leur emplacement au sein de la structure de l'Agence.

- La conception du programme demande l'établissement d'un conseil consultatif d'experts externes, qui a été créé pour examiner les priorités annuelles de chaque CCN et du programme des CCNSP dans leur ensemble. Le conseil, mis sur pied au début du programme, a été dissous en 2013 dans le cadre d'un examen de tous les comités externes de l'ASPC.
- Le programme des CCNSP relevait d'abord de la Direction générale de l'infrastructure de santé publique de l'ASPC. L'inventaire des programmes de l'ASPC indiquait que le programme était une composante de l'infrastructure en santé publique jusqu'en 2018-2019. À cette époque, la gestion du programme a été confiée au nouveau poste de conseiller scientifique principal, qui se situe lui-même au sein de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses.
- Au début de 2022, le Bureau du conseiller scientifique principal est devenu une direction générale, reflétant ainsi son rôle renouvelé de collaborateur horizontal avec l'ensemble des directions générales de l'ASPC pour faire progresser les priorités scientifiques. Celui-ci continue de gérer le programme des CCNSP.

⁵⁴ Di Ruggiero, E., Papadopoulos, A., Steinberg, M. et al. Strengthening collaborations at the public health system–academic interface: a call to action. *Can J Public Health* 111, 921–925 (2020). <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00436-w>.

⁵⁵ En 2005, il existait huit programmes de maîtrise en hygiène publique (M.H.P.) au Canada. Ce chiffre est passé à 14 seulement un an plus tard, en 2006. Le dernier rapport complet dénombrait 19 programmes canadiens de M.H.P. en 2022 sur un total de 46 programmes de santé publique de deuxième cycle. Cambourieu, C. et Snelling, S. (2023). Soutenir la planification des ressources humaines en santé publique : enquête sur les programmes de formation en santé publique des universités canadiennes. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Sur Internet : <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2023-Soutenir-la-planification-des-ressources-humaines-en-sante-publique.pdf>.

⁵⁶ Par exemple, le programme de chaires en santé publique appliquée des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada (IRSC-ASPC) a été lancé en 2006 et vise à renforcer les liens entre la recherche et la pratique. Voir : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52313.html>.

⁵⁷ Le rapport 2021 de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada donne les exemples suivants d'avancées technologiques importantes : celles liées à la mise au point rapide de vaccins (c'est-à-dire de nouveaux

vaccins à ARN messagers [ARNm]); la technologie numérique et les plateformes virtuelles de partage d'informations (y compris les médias sociaux comme moyen de diffuser des informations fondées sur des données probantes, mais aussi avec le défi de la propagation de la désinformation); la surveillance de la santé, qui permet de détecter, de suivre et de signaler la propagation des maladies.

⁵⁸ Les organismes de santé publique à tous les niveaux au Canada ont été confrontés à des défis importants au cours des cinq dernières années, en particulier en raison des exigences liées à l'intervention de lutte contre la pandémie de COVID-19. Diverses publications ont souligné la nécessité de renforcer le secteur de la santé publique à la suite de la pandémie de COVID-19, comme le rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2021, *Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada*, section 2, La santé publique au Canada : Possibilités de transformation.

⁵⁹ Le rapport sommaire de l'ACSP de 2021 souligne que la pandémie de COVID-19 a intensifié les défis préexistants au sein du système de santé publique du Canada, comme les lacunes en matière de données, la mésinformation et la désinformation et les données probantes évoluant rapidement. Le rapport principal indique que la « recherche est essentielle à une pratique efficace en santé publique. Cependant, il y a des lacunes dans l'interface, entre le contexte dans lequel la recherche est effectuée et les besoins et ressources du milieu dans lequel elle est appliquée. Par conséquent, il se peut que les données probantes ne soient pas utilisées dans les contextes où elles pourraient être les plus utiles. » (p. 68) Le rapport mentionne COVID-END et le programme de chaire de recherche en santé publique appliquée de l'ASPC et des IRSC, qui ont reçu le soutien des CCN. Il demande également d'améliorer « la recherche d'intervention rapide et continue en santé de la population pour les initiatives de prévention et de bien-être, et renforcer les modèles interdisciplinaires de synthèse des connaissances, comme les Centres de collaboration nationale en santé publique. » (p. 94) <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021/rapport.html>.

⁶⁰ Les CCN ont été mis en avant comme une ressource qui pourrait aider à renforcer les collaborations entre la recherche et la pratique, comme indiqué dans le rapport des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Institut de la santé publique et des populations 2022 intitulé « Imaginer l'après-pandémie : 10 possibilités de renforcer les systèmes de santé publique du Canada, section 3 : Quelles sont les possibilités? Sur Internet : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/52879.html> Les CCN sont mentionnés comme un moyen de renforcer les relations entre la pratique de la santé publique et le monde universitaire. Di Ruggiero E, Papadopoulos A, Steinberg M, Blais R, Frandsen N, Valcour J, Penney G. Strengthening collaborations at the public health system-academic interface: a call to action. *Can J Public Health*. Décembre 2020;111(6):921-925. doi: 10.17269/s41997-020-00436-w. Epub 2020 Nov 11. PMID : 33175335. PMCID : PMC7656888. Un avis publié bien plus tôt en 2009 par plusieurs responsables de la santé publique soulignait également que le modèle des CCN était une solution pour dépasser le cycle répétitif des projets pilotes et échanger les connaissances entre les différentes administrations afin de faciliter les pratiques et les politiques fondées sur des données probantes. Monique Bégin, Laura Eggertson et Noni Macdonald (2009). A country of perpetual pilot projects. *CMAJ*, 9 juin 2009 180 (12) 1185; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.090808>.

⁶¹ « L'AC est la science de l'application des connaissances issues de la recherche aux décisions concernant les services, les politiques et les programmes de soins de santé, dans le but de combler le fossé entre la recherche et la pratique. Des messages adaptés et ciblés, une infrastructure de gestion des connaissances et une interaction multidirectionnelle entre les communautés de recherche et de décision, en particulier, sont prometteurs en tant que stratégies efficaces d'AC. La recherche indique que les stratégies de soutien au PDFDP doivent se concentrer non seulement sur le développement des connaissances et des compétences individuelles, mais aussi sur l'évolution de la culture au sein des organisations pour valoriser le PDFDP et développer l'infrastructure et les

mécanismes qui la soutiennent ». Dobbins, M., Traynor, R. L., Workentine, S., Yousefi-Nooraie, R. et Yost, J. (2018). Impact of an organization-wide knowledge translation strategy to support evidence-informed public health decision making. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6317-5>

⁶² Les personnes interrogées ont fait part de leur respect pour le personnel des CCN qui sont reconnus comme des chefs de file dans leur domaine, qui a une connaissance approfondie des différents groupes d'intervenants et qui sont capables de fournir des produits de connaissance utiles. Un fait marquant a été la nomination de Margo Greenwood, responsable universitaire de longue date du CCNMI, au Sénat du Canada en novembre 2022. L'avis de nomination souligne les nombreuses années de leadership de la D^{re} Greenwood dans le domaine de la santé publique autochtone ainsi que son engagement en faveur du bien-être des communautés autochtones à travers le Canada. Voir : <https://www.pm.gc.ca/fr/nouvelles/notes-dinformation/2022/11/10/margo-greenwood>.

⁶³ Le budget initial prévu était de 1,5 million de dollars en financement sous forme de contribution par CCN et par an. Toutefois, les tableaux supplémentaires du plan ministériel 2007-2008 de l'ASPC montrent que le budget prévu a été réduit à 1,4 million de dollars par CCN et par an. Les tableaux supplémentaires du plan ministériel 2015-2016 de l'ASPC montrent que le budget prévu a encore été réduit au niveau actuel de 973 666 \$ par CCN et par an en 2014-2015 dans le cadre d'une initiative plus large de réduction des coûts du gouvernement fédéral.

⁶⁴ Jusqu'à 18 % de ce montant est autorisé à contribuer aux dépenses opérationnelles, y compris le loyer, les services publics et les services d'évaluation par des tiers.

⁶⁵ Ce financement d'appoint pour lutter contre la COVID-19 a permis aux CCN d'augmenter temporairement leur capacité à fournir un soutien. Par exemple, le CCNMI a pu rémunérer des étudiants capables de contribuer à des projets sur les maladies infectieuses émergentes, à des analyses documentaires ou à des travaux prospectifs. Le CCNMI a également pu embaucher deux assistants de recherche, ce qui a permis de lancer d'autres projets sur des sujets émergents tels que l'équité vaccinale. Toutefois, une personne interrogée a fait remarquer que personne ne connaissait avec certitude la durée du financement, ce qui rendait difficile le maintien du personnel.

⁶⁶ Les modifications apportées à l'entente de contribution de l'ASPC en 2023-2024 ont inclus un financement supplémentaire pour les activités suivantes : un projet de collaboration entre CCN pour aider la Direction générale des données et de la surveillance organisationnelles (DGDSO) à renouveler les compétences essentielles en santé publique dans le cadre duquel : le CCNMI aide la DGDSO à effectuer un examen de la portée, le CCNMI, de concert avec le CCNDS tient des consultations en vue d'élaborer une stratégie de surveillance, le CCNMI aide la DGDSO à organiser une série de séminaires sur l'avenir de la surveillance de la santé publique, le CCNMI collabore avec le Comité consultatif national de l'immunisation à la prestation d'un webinaire sur les lignes directrices pour l'évaluation économique des programmes de vaccination au Canada. En outre, une modification a été apportée pour que le CCNSE aide Santé Canada à identifier les risques liés à un incident de pollution marine.

⁶⁷ « Les subventions sont des paiements de transfert inconditionnels. Par conséquent, si un particulier ou une organisation satisfait aux critères d'admissibilité applicables à l'octroi d'une subvention, le bénéficiaire peut toucher la subvention sans devoir respecter d'autres conditions. Par contre, les contributions sont des paiements de transfert assujettis aux conditions de rendement précisées dans l'accord de contribution. Le bénéficiaire doit continuer à démontrer que ces conditions de rendement sont honorées afin de se faire rembourser certains coûts pendant la durée de l'accord. L'État peut vérifier l'utilisation que fait le

bénéficiaire des contributions alors que ce n'est pas obligatoire dans le cas d'une subvention. » Bureau du vérificateur général du Canada (aucune date) Cadre de détermination des risques dans les programmes de subventions et de contributions. Sur Internet : https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/meth_gde_f_10223.html#introduction.

⁶⁸ Les personnes interrogées au sein de l'ASPC et des CCN ont estimé qu'un mécanisme de subvention offrirait moins de flexibilité à l'ASPC et réduirait son contrôle financier. En outre, un large consensus s'est dégagé sur le fait que le modèle d'organismes hôtes était préférable à la transformation des CCN en organismes indépendants à but non lucratif, car cela entraînerait trop de défis administratifs et éloignerait les CCN de leur travail de base. Enfin, le fait de fonctionner sur une base contractuelle ne serait pas conforme à l'objectif du programme, qui est de soutenir tous les niveaux du système de santé publique, étant donné que les contrats sont destinés à fournir des biens ou des services directement au bailleur de fonds.

⁶⁹ Les personnes interrogées ont souligné les difficultés liées à la gestion des modifications spéciales des ententes de contribution, par exemple :

- certaines propositions de projets de l'ASPC ne cadraient pas bien avec le plan de travail annuel du CCN, ce qui signifie que les activités planifiées du CCN pourraient être déplacées par une proposition spéciale de l'ASPC. Cependant, les CCN peuvent se sentir obligés d'accepter une proposition de l'ASPC qui déplacerait un autre projet en raison du statut de l'ASPC en tant que bailleur de fonds, collaborateur et utilisateur de renseignements pour les CCN.
- Les propositions de l'ASPC peuvent être difficiles à gérer, par exemple les projets peuvent démarrer tardivement et être annulés après des mois de planification. Le délai pour transférer et utiliser les fonds provenant d'une modification de l'entente de contribution peut être très court si une proposition est reçue en cours d'exercice. Quelques personnes interrogées ont confirmé que les fonds versés par le biais de modifications ne peuvent pas être « reportés », c'est-à-dire qu'ils doivent généralement être dépensés au cours du même exercice financier ou 30 jours avant le prochain exercice.

Les recommandations de toutes les personnes interrogées encouragent l'ASPC à entreprendre un exercice pour comprendre comment le financement devrait être alloué sur la base des besoins et des priorités, plutôt que « d'en faire le plus possible ». Certaines personnes interrogées ont également souligné la nécessité de disposer d'une source de financement supplémentaire pour les urgences et les crises inattendues, afin que les CCN ne soient pas obligés d'abandonner des plans de travail portant sur des priorités de santé publique préexistantes.

⁷⁰ Les exemples suivants de limitations de la capacité des CCN à remplir leurs fonctions clés et leur mission ont été relevés dans les témoignages. Tous ces cas peuvent être liés à la capacité actuelle du personnel, limitée par le financement de base actuel.

- Identification des lacunes en matière de connaissances : priorités en matière de santé publique qui, selon certaines personnes interrogées, n'étaient prises en compte par aucun des CCN; voir la section [Identification des lacunes en matière de connaissances](#).
- Mise en réseau pour la collaboration : limites de la capacité de réunir les intervenants pour collaborer sur des sujets prioritaires, et limites de la capacité des CCN à collaborer les uns avec les autres; voir la section [Réseau de collaboration](#).
- Application des connaissances : limites de la capacité des CCN à répondre à toutes les questions émergentes en dehors de leurs plans de travail annuels; voir la section [Pertinence du modèle de programme des CCNSP](#). Remarque : une personne interrogée de l'ASPC a observé deux cas où les CCN ont dû refuser des opportunités de travailler avec les unités de l'ASPC en raison de la capacité limitée du personnel.

-
- Soutien à la prise de décision fondée sur des données probantes : certains intervenants potentiels n’ont pas été contactés ou n’ont pas eu connaissance du soutien offert par les CCN; voir la section [Soutien à la prise de décision fondée sur des données probantes](#).

⁷¹ Le calculateur d’inflation de la Banque du Canada montre qu’un montant en dollars fixé en 2015 a diminué de 24,7 % en raison de l’inflation sur huit ans. En d’autres termes, le niveau de financement de l’entente de contribution de base de 973 666 \$ fixé en 2015 a une valeur actuelle de 791 590 \$ en 2023, après ajustement en fonction de l’inflation. https://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/?theme_mode=light&_gl=1*4ztxqj*_ga*MTg1MDgwMTU4NS4xNzEzODg0MzI0*_ga_D0WRRH3RZH*MTcxMzg4NDMyMy4xLjAuMTcxMzg4NDMyMy42MC4wLjA.

⁷² Jusqu’en 2017-2018, le programme des CCNSP était lié à un élément de l’inventaire des programmes de l’ASPC appelé Infrastructure de santé publique : Information et réseaux de santé publique. Cette composante a été supprimée en 2018-2019, de même que la structure de la direction générale correspondante. Depuis lors, le programme des CCNSP est administré par le Bureau du conseiller scientifique principal (BCSP), qui relevait à l’origine de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Le BCSP a été repositionné en 2022 pour faire rapport au Bureau de l’administrateur en chef de la santé publique, ce qui a clarifié son rôle de soutien à l’ensemble de l’ASPC. Ces changements ont été pris en compte dans le plan ministériel de l’ASPC; depuis 2018-2019, le programme des CCNSP est lié aux éléments suivants de l’inventaire des programmes de l’ASPC : données probantes liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques et des blessures; maladies transmissibles et lutte contre les infections; maladies d’origine alimentaire et zoonotique; mesures et interventions régionales en cas d’urgence. Voir les plans ministériels archivés de l’ASPC à l’adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites.html>.

⁷³ La capacité à exploiter le domaine de la santé publique a été indispensable au travail des CCN, tout comme la capacité à tirer parti des connaissances et des expériences autochtones relativement aux pandémies passées (p. ex. H1N1, variole). Des rencontres régulières avec d’autres CCN et l’ASPC ont permis de coordonner les travaux, de favoriser la collaboration et d’éviter les doubles emplois. Il est nécessaire de disposer d’un personnel dévoué, ayant des relations de confiance établies et pouvant travailler avec plusieurs administrations, pour savoir à l’avance qui travaille sur quoi, ainsi que pour compiler les données et les mettre en commun. Tiré de : Maureen Dobbins, Alejandra Dubois, Donna Atkinson, Olivier Bellefleur, Claire Betker, Margaret Haworth-Brockman, Lydia Ma. Commentaire - Agiles, efficaces et en évolution : la réponse rapide des Centres de collaboration nationale à la COVID-19 au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, vol 41, no 5, mai 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-41-no-5-2021/reponse-rapide-centres-collaboration-nationale-covid-19-canada.html>.

⁷⁴ Fundytus, K., Santamaria-Plaza, C., & McLaren, L. (2023). Policy diffusion theory, evidence-informed public health, and public health political science: a scoping review. *Revue canadienne de santé publique*.

⁷⁵ Le Bureau de l’audit et de l’évaluation de l’ASPC-Santé Canada a réalisé une évaluation de l’état de préparation à l’évaluation pour le programme des CCNSP en 2021. Il a recommandé que le programme i) raffine le modèle logique actuel en consultation avec les CCN afin de mieux refléter la théorie, l’évolution et l’impact du programme des CCN; ii) étudier la mesure de l’impact quantitatif des activités des CCN, en s’appuyant sur les capacités et les pratiques existantes

des CCN, afin d'améliorer l'efficacité du cadre de mesure du rendement; iii) inclure des données ventilées pour permettre une analyse des différences d'incidence entre les populations cibles (le cas échéant), conformément aux engagements en matière d'ACSG Plus, tout en réduisant le nombre d'indicateurs de résultats pour que la charge de travail reste gérable. Le rapport d'évaluation collective des CCN 2023 comprend un nouveau modèle logique basé sur un modèle logique des CCNSP de 2014 et un examen des modèles logiques individuels utilisés par les centres pour guider leur propre travail. Il s'agit notamment d'une proposition de formulation de la théorie du changement et des résultats, qui a permis de structurer les résultats rapportés sur les résultats du programme.

⁷⁶ Voir le Canada et les objectifs de développement durable : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/programme-2030.html>.