Walking the talk: An opportunity and a challenge

Carol Smillie, EdD, MSc, BEd

The *Canadian Journal of Public Health* provides leadership and direction for those who ask the question “How do I promote health?” This question needs to be more meaningfully addressed in every public health research article published.

The need for knowledge transfer – to apply research in practice – is more urgent than ever, especially as it relates to public health and community development. The Public health system is stretched to capacity.¹ The literature and research informing the practice of public health is extensive. Primary health care needs to be made universally accessible in partnership with individual, family and community with an emphasis on health promotion.^{2,3} A population health approach⁴ and the process of community development^{5,6} have been identified as critical strategies for a healthy future. Despite this vital and strong theoretical background, the public health system struggles to be recognized as a priority for health. The acute and illness care system continues to dominate Canadian health care – even when politicians, health care providers, researchers and clients have all recommended alternatives.

It is time we walked our talk. This means we must all take the challenge and consider how public health research can support the public health agenda. Recent “Communication Notes” from the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) recommend that a dissemination plan be developed as a component of any collaborative research process in health care.⁷ As stated in the CHSRF communication note:

“Successful dissemination activities go beyond traditional vehicles such as publication in scholarly journals to activities that promote a two-way dialogue with decision makers.”

The Romanow Report (2003) also promotes this type of knowledge transfer, specifically as it relates to primary health care.³ Canada’s health community is developing an integrated Chronic Disease Prevention Strategy. Some jurisdictions across the country have focussed specifically on chronic disease prevention while others have suggested policy initiatives that reflect a “health”, “public health”, “wellness” or “healthy living” approach. The country’s health ministers are meeting to consider a prevention strategy for Canada. Now is the time to push for a public health agenda. The statements from both the CPHA and the CHSRF are consistent with the expanded health promotion approach that includes community development.

If the articles published in this journal are to improve the health of Canadians, the authors, editorial board, staff and readers must act to ensure information shared in the journal stimulates action by health decision-makers to improve a community’s health. Articles submitted for publication should offer the reader information about how the knowledge will be used by the writers to improve health and some suggestions of how the reader can act to disseminate the new knowledge. We need to pose questions such as, “what structures and processes have been or can be mobilized to use this information to change the public’s health?” and “what are the connections that need to be developed or sustained to use the knowledge for the enhancement of the health of a community?”

For example, Young, James and Cunningham ask us to consider the relationship between lone motherhood and the risk for cardiovascular disease.⁸ The Heart & Stroke Foundation has supported this investigation. It is assumed, but not stated, that a presenta-

tion would be made to this organization related to how to target smoking cessation programs for lone mothers. This segment of our population is an asset – caregiving is a valuable commodity for any society.⁹ The lack of social support in this population is an important health problem. Connecting to parent groups related to day care, coordinating and supporting smoke-free family picnics in local neighbourhoods or helping mothers to organize a babysitting co-op would provide important social supports. The knowledge presented in this article will stimulate readers to explore these types of health-giving initiatives in their local areas. It is not sufficient to just describe the situation. The challenge is what can be done about it? When the lone mother is being asked to go for a pap smear, will her children learn about healthy sexual practices? Does the community in which she lives practice safe sex? Will those who do appear for pap smears, colposcopy or mammography learn about health within a context of a healthy lifestyle of good food, exercise and safe use of chemicals?

Leslie Gaudette et al. challenge the reader to consider regional changes in breast cancer treatment protocols between 1981 and 2000.¹⁰ The writer suggests that national treatment standards developed through a clinical trial process, may be affected by patient and doctor communication, lack of information on the part of the doctor and/or the patient and system priorities mitigated by variables such as age. The public health practitioner will enquire further to ensure that policies, programs and practices promote social and economic inclusion.¹¹

Gina Ogilvie et al. note the importance of colposcopy services being available locally, particularly for those marginalized by financial and/or ethnic barriers.¹² They recommend that services be provided in local Community Health Centres. While Allysa Reed and colleagues ask us to consider predictors of waiting time between diagnosis and treatment of breast cancer,¹³ both articles imply that social support has a very strong effect on women’s use of the health care system. How can we build this knowledge into practice? Surely we need to focus more on family and community development.

The articles in this publication hint that the work with the communities of people in question has considered many of these

indicators of community development practice but the reader is left unsure. Those who conduct public health research should be encouraged to include relevant and useful information related to how new research findings will impact upon communities.

A Community Advisory group consisting of representatives from all provincial government departments and agencies in Nova Scotia has been working on an initiative to define and refine community development. The Nova Scotia experience, as elsewhere in Canada, suggests some basic principles for successful community development. They include the following:

- There is recognition of local leadership and an understanding and respect for social values.
- There is a defined shared common vision for the future.
- There is evidence of democratic decision-making that incorporates all participants in the decision-making process.
- The focus is on assets.
- Decision-making is informed with evidence.
- Local values are understood and respected.

Most public health research describes the results of collaborative partnerships. It is usually implicit in the reporting that the

knowledge will be shared with communities represented by the authors, but these practices need to be explicit and not left to chance. Content should be expanded to explicitly describe connections to be developed or sustained and how the knowledge presented contributes to health promotion along a continuum that includes health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation. A dissemination criteria in the reviewer guidelines would stimulate writers to include some of this information in their submitted articles.

To reinforce the public health agenda and demonstrate consistency with the Canadian research community, the CJPH editorial board should consider including in the "Guidelines for Canadian Journal of Public Health Reviewers" an indicator related to the dissemination process. New knowledge is being constantly generated and the CJPH is offering this to its readers. An evaluation of the CJPH reviewer guidelines is needed to consider how to incorporate a guideline that encourages authors to place their knowledge presentation within a public health, health promotion and/or community development framework. To have knowledge inform action, the knowledge must become embedded in the community. This is the challenge of our generation.^{14,15}

REFERENCES

1. coalition@cpha.ca, June 2004.
2. World Health Organization. Alma Ata. Primary Health Care, Geneva, 1978.
3. Romanow R. Final report to the Canadian Privy Council on the future of health care in Canada. 2003.
4. Health Canada, Population and Public Health Branch. The Population Health Template, Key Actions that Define a Population Health Approach. (www.hc-sc.gc.ca/hppb/resources/title_m_p.html), 2001.
5. Nova Scotia Economic Development, Nova Scotia Government. Discussion Paper on Community Development. Halifax, 2004.
6. <http://www.candiancednetwork.org>
7. Communication Notes @CHSRF, May 2004.
8. Young LE, James AD, Cunningham SL. Lone motherhood and risk for cardiovascular disease: The National Population Health Survey (NPHS), 1998-99. *Can J Public Health* 2004;95(5):329-35.
9. Coleman R. The Economic Value of Unpaid Housework and Child Care in Nova Scotia Population Health. GPI Atlantic, Halifax, 1998.
10. Gaudette LA, Gao R-N, Spence A, Shi F, Johansen H, Olivetto IA. Declining use of mastectomy for invasive breast cancer in Canada, 1981-2000. *Can J Public Health* 2004;95(5):336-40.
11. Health Canada, Population and Public Health Branch. An Inclusion Lens Workbook for Looking at Social and Economic Exclusion and Inclusion. Ottawa, 2004.
12. Ogilvie GS, Shaw EA, Lusk SP, Zazulak J, Kaczorowski JA. Access to colposcopy services for high-risk Canadian women: Can we do better? *Can J Public Health* 2004;95(5):346-51.
13. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. *Can J Public Health* 2004;95(5):341-45.
14. Maxwell J. *The Great Social Transformation: Implications for the Social Role of Government in Ontario*, Canadian Policy Research Networks. Ottawa, 2003.
15. Nova Scotia Economic Development, Nova Scotia Government. Discussion Paper on Community Development. Halifax, 2004.

ÉDITORIAL

Joindre le geste à la parole : une possibilité et un défi

Carol Smillie, EdD, BEd, BScN

La *Revue canadienne de santé publique* fournit un leadership et un encadrement aux personnes qui se demandent : « Comment puis-je favoriser la santé? » C'est une question qui mérite d'être abordée de front dans tous les articles qui se publient sur la recherche en santé publique.

Le transfert des connaissances – l'application pratique des résultats de recherche – est un besoin qui se manifeste avec plus d'urgence que jamais, surtout en ce qui a trait à la santé publique et au développement communautaire. On sait que le réseau de la santé publique est mis à rude épreuve.¹ Or, il existe une foule de documents et d'études pour étayer les pratiques en la matière. En collaboration avec les particuliers, les familles et la collectivité, nous nous devons d'offrir un accès universel aux soins de santé primaires tout en mettant l'accent sur la promotion de la santé.^{2,3} Une démarche axée sur la santé de la population⁴ et le processus dit de « développement communautaire »^{5,6} sont considérés comme des stratégies indispensables à un avenir sain. Malgré l'existence de ces données théoriques essentielles et solides, le réseau de la santé publique a cependant du mal à s'imposer comme étant prioritaire pour la santé. Les soins de santé au Canada sont encore dominés par le système des soins aux patients malades ou ayant besoin de soins de courte durée – même si la classe politique, les dispensateurs de soins de santé, les chercheurs et la clientèle ont tous recommandé des solutions de rechange.

Le moment est venu de joindre le geste à la parole. Nous devons tous relever le gant et nous demander comment la recherche en santé publique appuie notre programme pour la santé publique. Les récentes *Notions de communication* de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) recommandent que l'on établisse un plan de diffusion dans le cadre de tout processus coopératif de recherche sur les soins de santé.⁷ Ainsi :

« Une activité de diffusion réussie dépasse les moyens classiques de diffusion, comme la publication dans des revues savantes, (...) pour miser sur les activités qui se prêtent au dialogue de vive voix avec les décideurs. »

Le rapport Romanow (2003) favorise aussi ce genre de transfert des connaissances, surtout en ce qui a trait aux soins de santé primaires.³ Et la collectivité canadienne de la santé est en train d'élaborer une stratégie intégrée pour la prévention des maladies chroniques. Quelques provinces mentionnent spécifiquement la prévention des maladies chroniques, tandis que d'autres suggèrent des initiatives stratégiques traduisant une démarche axée sur la « santé », la « santé publique », le « mieux-être » ou les « modes de vie sains ». Les ministres canadiens de la Santé se rencontrent pour envisager une stratégie de prévention pour le Canada. C'est donc maintenant que nous devons exiger un programme de santé publique. Les déclarations de l'ACSP et de la FCRSS vont dans le sens d'une démarche élargie en matière de promotion de la santé, une démarche qui comprend le développement communautaire.

Si nous voulons que les articles publiés dans la *Revue* améliorent la santé des Canadiens, tant les auteurs que le Comité de rédaction, le personnel et les lecteurs doivent agir pour que l'information communiquée pousse les décideurs à améliorer la santé d'une collectivité. Les articles proposés pour publication devraient renseigner le lecteur sur la façon dont l'auteur compte utiliser les connaissances pour améliorer la santé; ils devraient aussi donner

quelques suggestions aux lecteurs qui voudraient diffuser ce qu'ils viennent d'apprendre. Nous devons nous demander : « Quels sont les structures et les processus que l'on pourrait mettre ou que l'on a mis à contribution pour que cette information change la santé de la population? » et « Quels sont les liens à créer ou à entretenir pour que nous utilisions ces connaissances de manière à améliorer la santé d'une collectivité? »

Par exemple, Young, James et Cunningham nous entretiennent des liens entre la monoparentalité chez les mères et le risque de maladie cardiovasculaire.⁸ Leur étude est appuyée par la Fondation des maladies du cœur. On suppose, bien que ce ne soit pas dit, qu'une présentation sera faite à cet organisme sur la façon dont les programmes de renoncement au tabac pourraient cibler les mères de familles monoparentales. Ce segment démographique représente un atout, car les soins dispensés sont un bien précieux pour toute société.⁹ Or, le manque de soutien social de ces mères pose un important problème pour leur santé. L'établissement de liens avec des groupes de parents à la recherche d'une garderie, la coordination et le soutien de pique-niques familiaux sans fumée à l'échelle d'un quartier ou l'aide aux mères prêtes à créer une coopérative de gardiennage offriraient un important soutien social. Les connaissances présentées dans l'article amèneront le lecteur à considérer de plus près de semblables initiatives favorisant la santé dans son propre milieu. Il ne suffit pas de décrire la situation : le défi est de savoir comment y remédier. Lorsqu'on demande à une mère de famille monoparentale de subir un test de Papanicolaou, est-ce que ses enfants seront sensibilisés aux pratiques sexuelles saines? Est-ce que l'on pratique la sexualité sans risque dans la communauté où vit cette mère? Celles qui se présentent pour un test de Papanicolaou, une colposcopie ou une mammographie recevront-elles des informations sur la santé promulguant un mode de vie axé sur une saine alimentation, l'exercice et l'utilisation sans risque des produits chimiques?

Leslie Gaudette et ses collègues amènent le lecteur à se pencher sur l'évolution régionale des protocoles de traitement du cancer du sein entre 1981 et 2000.¹⁰ Leur article donne à penser que les normes de

traitement nationales élaborées à la suite d'essais cliniques peuvent être édulcorées si la communication entre les patientes et leurs médecins fait défaut ou si les médecins et/ou les patientes sont mal renseignés, et que des variables comme l'âge peuvent atténuer les priorités des systèmes. Les praticiens de la santé publique doivent approfondir ces questions pour s'assurer que les politiques, les programmes et les pratiques favorisent l'inclusion sociale et économique.¹¹

Gina Ogilvie et ses collègues soulignent l'importance d'offrir des services de colposcopie localement, particulièrement aux personnes marginalisées par leur manque de moyens ou par leur appartenance ethnique.¹² Dans leur article, ils recommandent d'offrir ces services dans les centres de santé communautaires. Allysa Reed et ses collègues abordent plutôt les prédictors du délai d'attente entre le diagnostic et le traitement du cancer du sein,¹³ mais les deux articles donnent à penser que le soutien social exerce un effet très puissant sur l'utilisation du système de soins de santé par les femmes. Comment pouvons-nous intégrer ces connaissances dans nos pratiques? Incontestablement, nous devons insister davantage sur la famille et le développement communautaire.

Il est sous-entendu, dans les articles de ce numéro, que les travaux menés auprès des populations visées ont tenu compte des nombreux indicateurs des pratiques de développement communautaire, mais le lecteur ne peut en avoir l'assurance. Il faudrait inciter les chercheurs en santé publique à inclure des renseignements pertinents et utiles sur les incidences possibles des nouveaux résultats de recherche pour les populations étudiées.

En Nouvelle-Écosse, un groupe consultatif communautaire composé de représentants de tous les ministères et organismes gouvernementaux de la province travaille à une initiative visant à définir et à cerner le développement communautaire. L'expé-

rience néo-écossaise, comme d'autres ailleurs au Canada, propose quelques principes fondamentaux pour un développement communautaire réussi :

- La reconnaissance du leadership local et la compréhension et le respect des valeurs sociales.
- La définition concertée d'une vision commune de l'avenir.
- Les preuves d'un processus décisionnel démocratique intégrant tous les participants.
- Un accent sur les atouts.
- Un processus décisionnel étayé par des données probantes.
- La compréhension et le respect des valeurs locales.

La plupart des études de recherche en santé publique décrivent les résultats de partenariats de collaboration. Il est souvent implicite, dans le compte rendu de ces résultats, que les connaissances acquises seront communiquées aux populations représentées par les auteurs, mais il faut expliciter de telles pratiques, ne pas laisser le hasard en décider. Il faut préciser dans le texte les liens à créer ou à entretenir et la façon dont les connaissances présentées contribuent à la promotion de la santé, selon l'axe qui part de la promotion de la santé pour aboutir à la palliation, en passant par la prévention, les traitements et la réadaptation. Des critères de diffusion intégrés aux directives à l'intention des évaluateurs inciteraient les auteurs à inclure une partie de ces renseignements dans les articles qu'ils soumettent.

Pour renforcer le programme de santé publique et faire cause commune avec le monde de la recherche au Canada, le comité de rédaction de la RCSP devrait envisager d'ajouter à ses « Directives à l'intention des évaluateurs de la *Revue canadienne de santé publique* » un indicateur lié au processus de diffusion. Les nouvelles connaissances ne cessent de s'accumuler, et la RCSP de les présenter à ses lecteurs. Un examen des directives d'évalu-

ation de la *Revue* s'impose pour déterminer comment intégrer des lignes directrices qui encouragent les auteurs à situer la présentation de leurs connaissances dans un contexte de santé publique, de promotion de la santé et/ou de développement communautaire. Pour que l'action repose sur les connaissances, celles-ci doivent faire partie intégrante de notre collectivité. C'est le défi de notre génération.^{14,15}

RÉFÉRENCES

1. coalition@cpha.ca, June 2004.
2. World Health Organization. Alma Ata. Primary Health Care, Geneva, 1978.
3. Romanow R. Final report to the Canadian Privy Council on the future of health care in Canada. 2003.
4. Health Canada, Population and Public Health Branch. The Population Health Template, Key Actions that Define a Population Health Approach. (www.hc-sc.gc.ca/hppb/resources/title_m_p.html), 2001.
5. Nova Scotia Economic Development, Nova Scotia Government. Discussion Paper on Community Development. Halifax, 2004.
6. <http://www.candiancednetwork.org>
7. Communication Notes @CHSRF, May 2004.
8. Young LE, James AD, Cunningham SL. Lone motherhood and risk for cardiovascular disease: The National Population Health Survey (NPHS), 1998-99. *Can J Public Health* 2004;95(5):329-35.
9. Coleman R. The Economic Value of Unpaid Housework and Child Care in Nova Scotia Population Health. GPI Atlantic, Halifax, 1998.
10. Gaudette LA, Gao R-N, Spence A, Shi F, Johansen H, Olivetto IA. Declining use of mastectomy for invasive breast cancer in Canada, 1981-2000. *Can J Public Health* 2004;95(5):336-40.
11. Health Canada, Population and Public Health Branch. An Inclusion Lens Workbook for Looking at Social and Economic Exclusion and Inclusion. Ottawa, 2004.
12. Ogilvie GS, Shaw EA, Lusk SP, Zazulak J, Kaczorowski JA. Access to colposcopy services for high-risk Canadian women: Can we do better? *Can J Public Health* 2004;95(5):346-51.
13. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. *Can J Public Health* 2004;95(5):341-45.
14. Maxwell J. *The Great Social Transformation: Implications for the Social Role of Government in Ontario*, Canadian Policy Research Networks. Ottawa, 2003.
15. Nova Scotia Economic Development, Nova Scotia Government. Discussion Paper on Community Development. Halifax, 2004.