

# Développer la capacité d'application des connaissances en santé publique

Le rôle des centres nationaux de collaboration

John Frank, M.D., C.C.M.F., M.Sc., F.R.C.P.C.<sup>1</sup>

Erica Di Ruggiero, M.Sc.S, R.D.<sup>2</sup>

David Mowat, M.B. Ch.B., M.P.H., F.R.C.P.C.<sup>3</sup>

Barbara Medlar, M.B.A.<sup>4</sup>

## RÉSUMÉ

Ce document dresse l'histoire et la justification du programme des Centres nationaux de collaboration en santé publique, établi par l'Agence de santé publique du Canada en 2004. Les centres ne sont pas axés sur la recherche primaire, mais plutôt sur la synthèse des preuves scientifiques mondiales qui sont pertinentes pour les politiques, les programmes et les pratiques de santé publique – et leur conversion en « produits du savoir » pour les professionnels de la santé publique, les responsables des politiques et les groupes communautaires afin de guider la prise de décision en santé publique. Les grands principes de la synthèse et de l'application/échange des connaissances (SAEC) aux fins de la santé publique sont passés en revue, de même que de récents sites Web et publications décrivant des projets internationaux dans ce domaine en plein essor. Enfin, certaines pratiques exemplaires pour la SAEC en santé publique provenant d'expériences au Canada et ailleurs dans le monde sont décrites.

1. Conseiller scientifique principal auprès du programme des Centres nationaux de collaboration en santé publique, Agence de santé publique du Canada; professeur, Sciences de la santé publique, Université de Toronto; directeur scientifique, Institut de la santé publique et des populations des IRSC, Toronto (Ontario)

2. Directrice adjointe, IRSC – Institut de la santé publique et des populations; Département des sciences de la santé publique, Université de Toronto

3. Médecin hygiéniste, Bureau de santé publique de Peel (Ontario)

4. Gestionnaire, Programme de santé publique fondé sur des faits, Agence de santé publique du Canada

**Correspondance :** M<sup>me</sup> Erica Di Ruggiero, directrice associée, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations, Suite 207-L, Banting Building, 100 College Street, Toronto (Ontario) M5G 1L5, Tél. : 416-946-7987, Téléc. : 416-946-7984, Courriel : e.diruggiero@utoronto.ca

**État du financement :** La publication de cet encart révisé par des pairs a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

**Remerciements :** Nous tenons à remercier tous les responsables des Centres nationaux de collaboration en santé publique de partout au pays qui ont joué un rôle essentiel dans l'ébauche de ce document. Nous aimerions remercier le Service de la traduction des IRSC pour la traduction française de ce document.

En mai 2004, le gouvernement du Canada a annoncé la création de six centres nationaux de collaboration (CNC), établis en région, pour la santé publique. Ces centres se veulent une réponse clé au renouvellement de l'infrastructure de notre système national de santé publique, conformément au rapport Naylor (2003), qui a fait autorité, et à d'autres récentes enquêtes<sup>1-6</sup>. L'encadré énumère les thèmes essentiels des centres, qui ont été négociés avant l'annonce officielle du lancement du programme en mai 2004, ainsi que les six organismes d'accueil locaux dans tout le Canada.

La mission globale des centres est la suivante :

*... s'appuyer sur les atouts actuels, [de] susciter le maillage entre les chercheurs, le milieu de la santé publique et autres intervenants pour assurer l'efficience et l'efficacité du système de santé publique du Canada. Les Centres de collaboration faciliteront le partage et la mise en pratique du savoir, à tous les niveaux du système de santé publique, d'un bout à l'autre du Canada.*

Les objectifs déclarés initiaux des centres étaient les suivants :

- Générer des connaissances pouvant améliorer l'efficacité des politiques et réduire les disparités dans l'état de santé;
- Produire une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé des Canadiens;
- Produire des informations sur les maladies infectieuses et chroniques, ainsi que sur les mesures possibles pour leur prévention et leur contrôle;
- Contribuer à la formation et à l'encadrement des chercheurs et des praticiens en santé publique;
- Prôner les meilleures pratiques de santé publique dans tout le pays;
- Favoriser la collaboration entre les gouvernements, les chercheurs, le milieu de la santé publique et les intervenants.

À l'évidence, des buts forts ambitieux ont été établis pour les centres, des buts qui recourent la formation professionnelle et la formation en recherche; la création de savoirs multidisciplinaires; la synthèse des connaissances (p. ex. recherche secondaire comme des examens structurés des preuves scientifiques servant à guider les programmes, les politiques et les pratiques de santé publique); et l'échange de connaissances avec les travailleurs de la santé de

première ligne et les autres intervenants concernés dans 13 provinces et territoires, et plus de 100 organismes de santé publique dans tout le pays. Même si leur mandat prévoyait au départ la génération de connaissances, les centres n'ont certes pas pour vocation la recherche primaire.

Le présent document vise à présenter le mandat collectif des centres et à passer en revue des approches prometteuses pour réaliser ce mandat. Il sert en plus à faire le point sur les progrès des centres jusqu'ici à l'intention du milieu de la santé publique :

- En passant en revue brièvement ce qui est connu actuellement au sujet de la synthèse et de l'application des connaissances\*, pour la prise de décision en santé publique, dans le contexte canadien;
- En présentant certaines considérations afin de guider la sélection de sujets « prioritaires » initiaux pour la synthèse des connaissances;
- En examinant certaines « pratiques exemplaires » – et des pièges évitables – dans la synthèse des connaissances en vue d'applications en santé publique.

### Compréhension actuelle de la synthèse et de l'application des connaissances pour la prise de décision en santé publique

Une publication de Kiefer et coll.<sup>7</sup> en 2005 se veut un guide utile pour le programme des CNC. Ce document expose le besoin d'un « centre canadien de données probantes sur la santé publique et la santé des populations (SPSP), doublé d'un réseau connexe. Le programme des CNC constitue une approche géographiquement distribuée des concepts de centres et de réseau.

Le document en question demande aussi la création d'un « réseau de recherche de données probantes en SPSP »<sup>†</sup>, qui serait complémentaire au centre de données. Par réseau, les auteurs entendent un vaste consortium qui mobiliserait les parties intervenant dans les activités de « production » (c'est-à-dire recherche ainsi qu'éva-

### Les six centres nationaux de collaboration en santé publique :

**Le Centre national de collaboration sur les déterminants de la santé**, dans le Canada atlantique, étudie le rôle des divers déterminants de la santé, dont l'isolement physique et culturel, le revenu, la situation socioéconomique, l'emploi, le statut d'immigrant et la maladie mentale.

**Le Centre national de collaboration sur les politiques publiques et la santé**, au Québec, étudie l'incidence des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être de la population canadienne. Il examine les politiques de santé publique favorables à la santé, s'intéressant à celles qui facilitent la réduction des risques que posent pour la santé les conditions matérielles, sociales et économiques.

**Le Centre national de collaboration pour la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique**, en Ontario, se concentre sur la synthèse des connaissances et l'application de concepts, de données, de systèmes et d'outils afin de favoriser une meilleure utilisation et une plus grande accessibilité de l'information, et d'améliorer la capacité décisionnelle des intervenants en matière de santé publique au niveau des politiques, des programmes, de la pratique et de la recherche.

**Le Centre national de collaboration sur les maladies infectieuses**, dans les Prairies (Manitoba), se concentre sur les risques actuels et futurs liés aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes. Le Centre s'emploie à poursuivre et à compléter les travaux de recherche en cours sur des maladies émergentes comme le SRAS, le virus du Nil occidental et l'ESB, et il se chargera de former la prochaine génération de spécialistes des maladies infectieuses émergentes.

**Le Centre national de collaboration en santé environnementale**, en Colombie-Britannique, examine comment les changements environnementaux, y compris le climat, le logement, l'eau, les aliments et la qualité de l'air, influent sur la santé des Canadiens. Il s'intéresse aussi à l'incidence des rayonnements et des agents biologiques et chimiques sur la santé humaine.

**Le Centre national de collaboration en santé autochtone**, en Colombie-Britannique, travaille de près avec les groupes autochtones pour examiner diverses méthodes et stratégies à employer pour améliorer l'état de santé des Autochtones au Canada.

luations rigoureuses des programmes, des politiques et des pratiques), de synthèse et d'application des connaissances. En fait, le réseau proposé ressemble beaucoup à la gamme d'intervenants que les CNC consultent collectivement et avec lesquels ils nouent des liens à l'heure actuelle. Nombre d'intervenants sont officiellement représentés au sein des conseils consultatifs locaux des CNC.

Ainsi, la vision présentée dans le document d'un *partenariat* solide et durable entre les centres et un réseau connexe de politique et de pratique est directement pertinente pour le développement du programme des CNC.

#### Cadre conceptuel proposé

Kiefer et coll. exposent également un cadre conceptuel (voir Figure 1) qui s'applique en gros au programme des CNC. Il n'y a pas de « meilleur point de départ » dans le schéma circulaire de la synthèse et de l'application des connaissances représenté, quoique ce qui est souvent nécessaire, c'est une « analyse » de ce dont les principaux

intervenants auront besoin/ou qu'ils utiliseront probablement, et des synthèses de données probantes qui sont déjà disponibles. Ces « analyses de l'environnement » fournissent un aperçu préliminaire des vues des communautés respectives des centres et indiquent « qui fait (ou prévoit faire) quoi » dans chacun de leurs domaines. En tant que tels, les CNC entrent dans le cycle aux étapes 2 à 4.

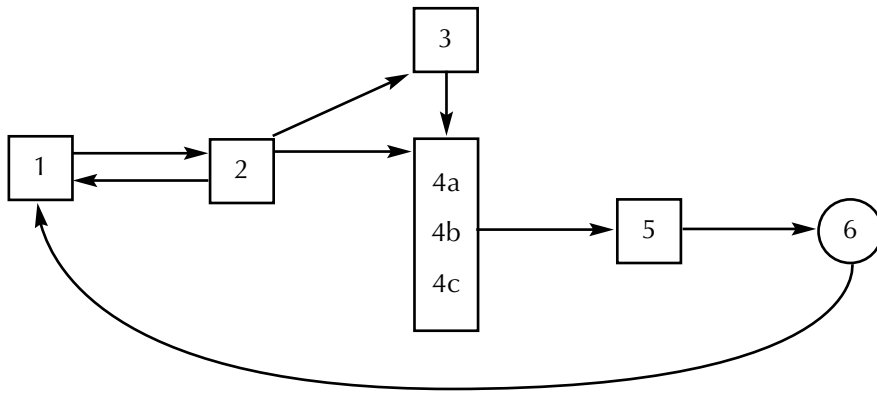
Peu importe le point de départ, il faut considérer à la fois :

1. les sujets pour lesquels les utilisateurs ont besoin de données accessibles, de haute qualité, globales et à jour;
2. ce qu'un *nouvel* examen structuré quelconque des données probantes (y inclus les études les plus récentes dans le domaine) peut ajouter utilement aux meilleurs sommaires existants des données probantes.

Les données existantes pour certains sujets d'intérêt, pour lesquels les intervenants indiquent actuellement qu'il n'existe aucune aide à la décision utile (sous forme de résumés des données scientifiques ou fondées sur les « meilleures pratiques »), peuvent en réalité être fort bien résumées dans des sites Web, des bases de données et des rapports non publiés ou des documents publiés difficiles à trouver, mais que le milieu canadien de la santé publique ne connaît tout simplement pas bien. En conséquence, un rôle central pour les centres serait celui de « courtiers du savoir »,

\* Par « application des connaissances pour la prise de décision en santé publique », nous entendons dans ce contexte l'échange et l'utilisation de données de recherche mondiales pertinentes pour la prise de décision par les professionnels de la santé publique de première ligne, les administrateurs de programme, les dirigeants d'organisation communautaire et les responsables des politiques des secteurs public/sans but lucratif à tous les niveaux. De nombreux auteurs incluent les activités de synthèse des connaissances dans le cadre de l'application des connaissances. Dans le présent document, nous avons mis l'accent sur les synthèses et gardé ces activités séparées afin de faire ressortir le centre d'intérêt initial des CNC, les synthèses.

† L'utilisation du mot « réseau » dans le document de Kiefer et coll.<sup>7</sup> doit être distinguée de l'utilisation officielle du terme : « le Réseau pancanadien de santé publique » est une structure plus formelle à laquelle participent les 13 gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral. Il relève de la Conférence des sous-ministres et son pouvoir décisionnel lui a été conféré par les gouvernements.



Plusieurs fonctions doivent être accomplies, dans un contexte de financement durable :

1. Collecte, annotation et enregistrement actifs des recherches existantes et en cours
2. Consultation et détermination des lacunes dans les recherches
3. Priorisation, coordination et production des nouvelles données de recherche
- 4a. Diffusion des recherches existantes et des nouvelles recherches (« offre du producteur » « demande de l'utilisateur »)
- 4b. Évaluation et remaniement des stratégies d'échange et de diffusion des connaissances
- 4c. Développement de capacités et formation des utilisateurs pour faciliter l'application et l'utilisation des données de recherche
5. Utilisation des données de recherche
6. Cycle itératif de détermination des problèmes, élaboration des politiques/programmes et/ou prise de décisions, mise en oeuvre, évaluation et remaniement liés à ces derniers.

**Figure 1.** Modèle conceptuel d'un processus d'EUC en SPP efficace et durable

pour mettre ces ressources existantes à la disposition des utilisateurs des connaissances.

Il est reconnu dans l'ensemble de ce document que la synthèse du « savoir scientifique » en tant que tel peut être une description trop étroite des activités que certains CNC auront à entreprendre. Dans le domaine de la santé autochtone, par exemple, il faut s'attendre à ce que les communautés elles-mêmes demandent des synthèses des « pratiques exemplaires » pour « ce qui fonctionne » (p. ex. approches de développement communautaire, services de santé mentale, programmes de nutrition, renouvellement des pratiques de guérison traditionnelles), sur la base d'avis d'experts et d'un consensus au sein de la communauté. « Pratiques exemplaires » est également utilisé pour élargir la gamme des *genres de connaissances* qu'un CNC devra examiner, en plus de celles qui sont obtenues par des méthodes scientifiques traditionnelles. Une fonction cruciale d'un rôle d'intermédiaire semblable est aussi de documenter et d'analyser les *réactions* de ces utilisateurs à des ressources semblables. Si ces résumés de données probantes ne sont pas présentés sous une forme ou dans une langue accessibles aux décideurs en santé publique ou aux dirigeants commu-

nautaires, ne sont pas jugés crédibles, ou sont mal adaptés ou ne sont pas pertinents dans le contexte canadien, l'intermédiaire est alors clairement justifié d'entreprendre une nouvelle synthèse et/ou adaptation.

Les centres peuvent donc obtenir certains succès rapides au cours de leurs une ou deux premières années d'activité en aidant ceux qui utilisent les données probantes à évaluer la « concordance » entre les synthèses existantes et leurs besoins. Cela est nécessaire pour aider à déterminer les sujets où un nouvel examen structuré des données universelles *n'est pas* requis, étant donné en particulier la pléthore d'activités internationales de synthèse en cours, surtout en ce qui concerne l'efficacité des politiques et des programmes de santé publique<sup>8-17</sup>.

Par contre, il y aura des sujets où une recherche soigneuse des centres révélera qu'il n'y a actuellement rien de disponible pour répondre aux besoins des décideurs canadiens. Seul un nombre restreint d'examen structurés du genre, « à partir de zéro », pourra vraisemblablement être entrepris au cours des quelques premières années d'activité des CNC. Cela peut être vrai en particulier pour les sujets intrinsèquement interdisciplinaires où il faut puiser dans la « littérature grise » non publiée.

Il existe de nouveaux et vastes examens structurés, de haute qualité, de l'efficacité des interventions en santé publique au niveau international<sup>7,8</sup>. Les six CNC, par l'entremise d'un comité directeur conjoint, prévoient cataloguer et annoter ensemble les caractéristiques clés d'au moins les plus pertinents des sites Web et des documents imprimés en anglais et en français, ainsi que des principales organisations actives dans ce domaine à l'échelle mondiale.

### Éléments à considérer dans la sélection initiale des sujets prioritaires aux fins de la synthèse des connaissances

En ce qui concerne les sujets pour lesquels il n'existe pas de recensions récentes de haute qualité qui soient convenables, les CNC ont besoin d'une approche de principe pour leur priorisation qui pourrait répondre aux exigences des décideurs canadiens.

Des consultations nationales tenues aussi bien par l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC (avec des partenaires comme la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé) que par l'Institut de la santé publique et des populations [avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) à l'Institut canadien d'information sur la santé] jettent de la lumière sur les sortes de processus participatifs structurés utiles pour choisir des sujets de *recherche* prioritaires<sup>10-14</sup>.

L'ISPC a investi dans des examens des données existantes sur les « meilleures interventions stratégiques et programmatiques » permettant de s'attaquer à certains des déterminants fondamentaux de la santé : revenu; inégalité du revenu; obésité; éducation de la petite enfance; et santé autochtone<sup>10-14</sup>. Ces examens procurent aux CNC un point de départ utile dans certains domaines d'importance, quoiqu'une certaine mise à jour et/ou l'application d'un prisme différent puissent être nécessaires pour répondre aux besoins des intervenants.

La principale distinction entre les critères pour choisir les priorités de synthèse et d'application des connaissances, versus les priorités de recherche primaire, est que les premières doivent guider les secondes. Autrement dit, le choix des sujets de recherche à financer – du moins pour la

majorité de la recherche *appliquée* – doit tenir compte de la réalité des utilisateurs potentiels, qui peuvent avoir besoin ou non de plus de recherche primaire (p. ex. lorsque les études existantes ne sont pas concluantes, ne sont pas suffisamment de qualité, ou ne sont pas pertinentes dans le contexte ou au niveau où les décisions sont réellement prises).

La question clé pour choisir les priorités de *synthèse et d'application des connaissances* est plutôt différente de celle qui est posée pour prioriser les sujets de *recherche* : « Est-ce que l'*application* des connaissances existantes, en particulier celles qui sont relativement ignorées, contradictoires et complexes (et donc difficiles à appliquer), par les utilisateurs des connaissances dans des rôles décisionnels clés est susceptible d'entraîner d'importantes améliorations de l'état de santé de la population ou collectivité? »

Un deuxième argument plus pragmatique pour prioriser un sujet de synthèse donné serait que l'application des connaissances en question peut ne pas améliorer l'état de santé en tant que tel, mais se traduire par des gains d'efficacité dans le système de santé publique et les services et les programmes connexes (voir plus loin).

*Le rôle des « études de délimitation de l'étendue » et des « drapeaux rouges »*  
Une façon utile de décider d'entreprendre un examen structuré complet, coûteux et long, qui conduit généralement au recensement de plusieurs milliers de publications pertinentes pour un sujet seulement, est de procéder à une « étude de délimitation de l'étendue », plus restreinte, rapide et économique<sup>24</sup>.

Les études de délimitation supposent la sélection systématique, la collection et la synthèse des données existantes dans un grand domaine thématique afin de dégager les sujets : a) où il y a suffisamment de données pour procéder à un examen systématique, et b) où il n'existe pas suffisamment de données et où la recherche primaire est nécessaire. Dans les examens systématiques, par contre, une approche normalisée est appliquée pour assurer la répliquabilité de la recherche, ainsi que pour déterminer, évaluer et interpréter la somme mondiale de connaissances disponibles pour répondre à des questions pointues. L'étude de délimitation aide essentiellement à choisir les sujets prioritaires pour des examens structurés des données qui sont beaucoup plus exigeants en permettant de

déterminer – par une évaluation préliminaire moins fastidieuse – s'il existe selon toute vraisemblance assez de données de haute qualité, nouvelles et/ou jamais examinées auparavant sur une question pour justifier un examen structuré tous azimuts.

De plus, comme le projet *Effectiveness in Public Health*<sup>8</sup> et Kiefer et coll.<sup>7</sup> le soulignent, il existe un certain nombre de facteurs « contextuels » – ou « drapeaux rouges » – dans n'importe quel cadre décisionnel qui donnent à penser qu'il est peu probable qu'une synthèse des connaissances conduise réellement à des changements de politique, de programme ou de pratique. Les CNC et leurs partenaires peuvent vouloir inclure la considération formelle de ces « drapeaux rouges » dans toute évaluation préliminaire de la décision d'investir ou non dans un processus d'examen structuré complet après une étude de délimitation de l'étendue. Ces facteurs incluent les probabilités suivantes :

- que la plus grande partie des données probantes ne soit pas canadienne, quand les contextes stratégiques et programmatiques canadiens sont généralement considérés comme très différents de ceux où les études de haute qualité pertinentes disponibles ont été effectuées (p. ex. les études sur le système de *soins* santé en provenance des États-Unis où l'accent est mis sur les questions de financement et d'assurances privées sont probablement peu pertinentes pour le Canada);
- que les données probantes passent sous silence les déterminants clés de la pénétration/mise en application des preuves que les utilisateurs voudront connaître (p. ex. lorsque les études disponibles d'interventions potentiellement coûteuses ne comprennent même pas d'estimations des coûts, sans parler d'estimation de la rentabilité des interventions);
- que d'autres sortes de « preuves », comme une opinion professionnelle profondément ancrée, l'emportent le plus souvent sur les études de faible qualité, non concluantes ou contradictoires qui existent déjà, sauf si ces autres sortes de preuves (comme le savoir indigène traditionnel, professionnel et/ou communautaire) peuvent être prises en compte de manière explicite et crédible dans l'examen (p. ex. dans une approche « fondée sur les preuves disponibles »<sup>25</sup>).

Il ne faudrait pas renoncer à certains sujets « difficiles » du genre comme thèmes

d'examen exhaustifs lorsqu'ils sont importants pour les intervenants simplement parce qu'ils présentent une ou plusieurs des caractéristiques ci-dessus. Ce qui peut être nécessaire, c'est une approche beaucoup plus large de la « synthèse », qui suppose un sondage méticuleux de l'opinion publique, des entrevues pour exploiter la sagesse culturelle traditionnelle s'il y a lieu et une opinion d'expert soigneusement échantillonnée, de manière à produire des « pratiques exemplaires » bien documentées (et scientifiquement *raisonnables*). Il peut également être nécessaire de favoriser la détermination et la synthèse des pratiques exemplaires dans des domaines thématiques précédemment négligés. Les CNC sont bien placés pour relever ces défis en faisant participer les utilisateurs potentiels tôt et souvent à la détermination des besoins non comblés et aux processus d'examen. Cela peut être particulièrement utile lorsqu'il n'existe pas d'études concluantes sur l'efficacité qui répondent à des critères scientifiques rigoureux pour la qualité, mais que les organisations de santé publique et les dirigeants communautaires doivent de toute façon prendre régulièrement des décisions en matière de politique, de programmes et de pratique sur la base des meilleures connaissances disponibles<sup>16</sup>.

*Le rôle de « preuves mitigées » de l'efficacité d'interventions*

Enfin, avant d'entreprendre une synthèse intégrale de l'efficacité d'interventions, il existe parfois des indications claires que les preuves ont peu de chances d'être concluantes. Quoiqu'il en soit, un examen intégral peut quand même être justifié pour permettre une réduction de l'utilisation de ressources rares pour des interventions d'usage courant, mais coûteuses, qui sont jugées d'une valeur *incertaine* par l'examen, en attendant la fin d'une recherche plus concluante. Un exemple serait des programmes de dépistage non validés pour déceler et traiter rapidement une maladie, qui pourraient faire plus de tort que de bien aux personnes soumises au dépistage, sans parler du gaspillage de ressources rares<sup>26</sup>. Une conclusion d'une synthèse « mitigée » peut également permettre de dégager une « priorité de recherche » à considérer par les IRSC et d'autres organismes de financement de la recherche tra-

vaillant avec les CNC et les intervenants dans leur domaine.

### Certaines pratiques exemplaires dans la synthèse des connaissances en santé publique

Supposons qu'une intervention donnée en santé publique : 1) présente un intérêt évident pour les décideurs canadiens, en ce sens qu'ils utiliseront vraisemblablement une synthèse de qualité<sup>27</sup>; 2) n'a pas fait l'objet d'une bonne synthèse dans un examen approprié, facilement accessible, déjà effectué; et 3) est faisable compte tenu des contraintes financières, humaines, documentaires/informatiques et temporelles auxquelles font face les CNC. Quels sont alors certains des meilleurs projets antérieurs dans le domaine?

#### Expérience canadienne initiale : le projet CHIM/PG

Il y a plus de dix ans, le projet *Community Health Intervention Monograph/Practice Guidelines* (CHIM/PG) était réalisé au Canada<sup>27-31</sup>. Ce projet n'a pas été financé par Santé Canada, si ce n'est la série d'exams/lignes directrices publiée dans la *Revue canadienne de santé publique* en 1994. Certaines leçons utiles, et qu'il est permis de penser intemporelles, ont été tirées:

- Il fallait plus de temps pour déterminer la meilleure façon d'évaluer la *qualité* des études de l'efficacité des interventions pour les programmes communautaires, qui sont rarement, on s'en doute, des essais contrôlés randomisés. Heureusement, ce travail de débroussaillage méthodologique a maintenant été effectué en grande partie dans des projets internationaux comme la *Campbell Collaboration*<sup>15</sup> et le *Community Preventive Services Project*<sup>9</sup> aux États-Unis. Ces efforts ont récemment été complétés par la *Health Development Agency* du Royaume-Uni dans sa publication *Grading Evidence and Recommendations for Public Health Interventions: Developing and Piloting a Framework*<sup>16\*</sup>.

\* Un des aspects les plus utiles de cette nouvelle ressource publiée au Royaume-Uni est sa liste très complète et récente de tous les organismes internationaux, y compris de nombreux sites Web facilement accessibles, qui préparent présentement des synthèses dans le domaine de la santé publique. - Annexe 1, page 15 de ce document.

Toutefois, peu de choses sont uniformément acceptées dans ce domaine – en particulier par des traditions disciplinaires opposées, par exemple la sociologie et l'épidémiologie. Les CNC devront examiner les analyses méthodologiques précédentes au lieu de réinventer une approche commune. Par la suite, il devrait être possible de rapidement tirer des meilleures connaissances disponibles des lignes directrices consensuelles pour la réalisation de synthèses que tous les CNC pourront appliquer à leurs projets.

Comme Dobbins et coll. l'ont mentionné<sup>27</sup>, la plupart des utilisateurs de données probantes, en particulier aux avant-postes de la santé publique, n'ont ni le temps ni les habiletés d'appréciation critique pour examiner de près quels critères méthodologiques ont été utilisés dans un processus d'examen, afin de juger de la qualité précise de chaque étude examinée. Ils veulent seulement lire les résultats et avoir confiance que le processus a été conforme aux lignes directrices acceptées au niveau international pour la synthèse de recherche et qu'il a été mené avec compétence par des auteurs crédibles. À plus long terme, toutefois, les CNC eux-mêmes peuvent choisir de s'attaquer expressément au besoin de renforcer la capacité de la santé publique aux premières lignes de comprendre les bases méthodologiques. Contribuer à cette formation et aider à combler ce manque de mentorat peut aussi accroître encore la réceptivité du système de santé publique à ces synthèses effectuées en son nom par les CNC.

- Le financement insuffisant du projet CHIM/PG et son manque d'appropriation apparente par les décideurs en santé publique ont empêché sa *diffusion* en tant que telle et l'adoption de ses produits par les professionnels aux premières lignes et les organismes de la santé publique dans tout le Canada.

#### Une leçon des Collaborations Cochrane<sup>18</sup> et Campbell<sup>15</sup>

Une deuxième leçon peut être tirée des Collaborations Cochrane et Campbell, la première largement centrée sur les examens structurés de l'efficacité des interventions applicables en *clinique*, et la seconde, sur les politiques et les programmes éducatifs et sociaux. Selon Andy Oxman, un

Canadien de réputation internationale dans le domaine,

« *Bien qu'il soit partagé par des milliers de personnes dans le monde, ce travail représente plus un fardeau pour certains que pour d'autres, et des signes d'épuisement sont visibles chez de nombreuses personnes qui ont une lourde charge de travail au sein de la Collaboration [Cochrane]* ».

Oxman, dans Egger et coll., 2001, pp.464-65<sup>32</sup>.

Un avantage des CNC, tels qu'ils sont financés actuellement, est qu'ils peuvent décider des examens à entreprendre, dans quel ordre, et procéder à un rythme établi d'avance qu'ils pourront soutenir avec les ressources dont ils sont censés disposer.

#### Aperçu scientifique des activités des CNC

Des efforts de synthèse antérieurs ont démontré que le processus complexe de la synthèse et de l'application des connaissances, en particulier lorsqu'il est entrepris par des centres aussi dispersés sur le plan géographique et institutionnel, doit être supervisé par une autorité supérieure experte. À cette fin, un conseil consultatif d'experts de la pratique, de la politique, des programmes, de la recherche, et de la synthèse et de l'échange des connaissances en santé publique a été établi au milieu de 2005. Ce conseil de personnes nommées avise l'Agence de santé publique du Canada relativement à la qualité des plans de travail des CNC, aux progrès de chaque CNC par rapport aux buts et aux objectifs énoncés, et à l'évaluation des « résultats attendus ». Cette dernière déterminera s'il s'agit de « produits de connaissances », comme des directives de pratique, ou de processus plus complexes, comme des ateliers de concertation ou des dialogues délibératifs, où les preuves sont plus rares et contradictoires. Évidemment, cette évaluation doit aussi inclure à la fin une détermination indépendante de la mesure dans laquelle les produits et services des CNC sont réellement utilisés par les professionnels de la santé publique, les gestionnaires de programme, les responsables des politiques et les organisations de la société civile dans tout le Canada, et influencent leur prise de décision.

En conclusion, la table est mise pour que l'infrastructure de la santé publique au

Canada fasse l'objet d'investissements plus grands qu'avant, dont elle aurait dû bénéficier beaucoup plus tôt. Le programme des CNC arrive à point nommé, offre considérablement de latitude pour entreprendre des activités innovatrices de synthèse, d'application et d'échange des connaissances, et favorise un engagement et une réponse utiles eu égard aux divers besoins des décideurs en matière de santé publique dans le contexte canadien. Il est permis de croire que l'ampleur et la complexité du programme posent de formidables défis du point de vue de ce qui constitue des preuves pertinentes, des méthodologies appropriées pour leur synthèse et leur utilisation compte tenu des dimensions politiques, éducatives, instrumentales et autres, et de la meilleure manière d'en mesurer l'application et la pénétration fructueuses. Les centres reconnaissent ces défis et ils devront s'y attaquer individuellement et collectivement au cours des prochaines années.

Jamais auparavant l'activité internationale en matière de synthèse et d'application des connaissances en vue d'applications en santé publique n'a été aussi intense. Par conséquent, de nombreuses ressources nationales et internationales peuvent maintenant accroître grandement nos chances d'atteindre notre but premier : mettre des produits de connaissances accessibles, exacts, complets et actuels à la disposition des décideurs en matière de santé publique au Canada. Toutefois, cela ne se traduira par des interventions en santé publique plus efficaces et une meilleure santé des Canadiens que si des synthèses des données probantes de haute qualité, pertinentes et actuelles sont rendues accessibles rapidement et mises en application efficacement dans des politiques, des programmes et des pratiques. Les CNC sont prêts à tirer parti de l'intense activité internationale actuelle en matière de synthèse et d'application des connaissances, et à apporter une contribution canadienne unique au domaine comme étape importante du renforcement de notre système national de santé publique.

## RÉFÉRENCES

1. Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Survey of Public Health Capacity in Canada: Highlights. Ottawa, ON: The Advisory Committee, 2002 (document non publié).
2. Initiative sur la santé de la population canadienne et Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la santé publique et des populations. Le chemin à parcourir : Une consultation pan-canadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, mai 2002. Sur Internet : [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf\\_14039.htm](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf_14039.htm) (consulté le 6/29/2007).
3. Kirby MJL, LeBreton M. Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir. Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Ottawa : le Sénat, 2003. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repfinnov03-f.pdf> (consulté le 6/29/2007).
4. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21<sup>e</sup> siècle. Toronto (Ontario) : Institut de la santé publique et des populations des IRSC, juin 2003.
5. Frank J, Di Ruggiero E. Public health in Canada: What are the real issues? *Rev can santé publique* 2003;94(3):190-92.
6. Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Leçons de la crise du SARS (sic) : Renouveau de la santé publique au Canada. Ottawa : Santé Canada, 2003. Sur Internet : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index_f.html) (consulté le 6/29/2007).
7. Kiefer L, Frank J, Di Ruggiero E, Dobbins M, Manuel D, Gully PR, Mowat D. Favoriser la prise de décision factuelle au Canada : examen de la nécessité de créer un Centre de données de recherche et un Réseau de recherche sur la santé publique et des populations au Canada. *Rev can santé publique* 2005;96(3):11-140.
8. Dobbins M. Site Web « Health Evidence » : <http://health-evidence.ca/> (consulté le 6/29/2007).
9. Briss PA, Zaza S, Pappaioanou M, Fielding J, Wright-De Agüero L, Truman BI, et coll. Developing an evidence-based *Guide to Community Preventive Services* – methods. *Am J Prev Med* 2000;18 (Issue 1, Suppl 1):35-43.
10. Raine KD. Le surpoids et l'obésité au Canada : Une perspective de la santé de la population. Préparé par l'Institut canadien d'information sur la santé, août 2004. Sur Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=GR\\_1130\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1130_F) (consulté le 6/29/2007).
11. Ross NA. Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population? Préparé pour l'Institut canadien d'information sur la santé, décembre 2004. Sur Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_1172\\_F&cw\\_topic=1172](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1172_F&cw_topic=1172) (consulté le 6/29/2007).
12. Moloughney B. Le logement et la santé de la population – L'état des connaissances scientifiques actuelles. Préparé pour l'Institut canadien d'information sur la santé, juin 2004. Sur Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_1129\\_F&cw\\_topic=1129](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1129_F&cw_topic=1129) (consulté le 6/29/2007).
13. Institut canadien d'information sur la santé. Améliorer la santé des Canadiens, septembre 2004. Sur Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_39\\_F&cw\\_topic=39&cw\\_rel=AR\\_322\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_F&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_F) (consulté le 6/29/2007).
14. Initiative sur la santé de la population canadienne. Améliorer la santé des jeunes Canadiens. Institut canadien d'information sur la santé, 2005. Sur Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_380\\_F&cw\\_topic=380&cw\\_rel=AR\\_1217\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_380_F&cw_topic=380&cw_rel=AR_1217_F) (consulté le 6/29/2007).
15. The Campbell Collaboration : <http://www.campbellcollaboration.org/> (consulté le 6/29/2007).
16. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R, et coll. Grading evidence and recommendations for public health interventions: Developing and piloting a framework. UK Health Development Agency, 2005. Sur Internet : <http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=503422> (consulté le 6/29/2007).
17. The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre) : <http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWeb/home.aspx> (consulté le 6/29/2007).
18. Cochrane Health Promotion & Public Health Field (de la Collaboration Cochrane) : <http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/welcome/index.htm> (consulté le 2007-06-29).
19. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : À l'écoute : [http://www.chsrf.ca/other\\_documents/listening/index\\_f.php](http://www.chsrf.ca/other_documents/listening/index_f.php) (consulté le 6/29/2007).
20. À l'écoute II, Consultation nationale sur les enjeux relatifs aux services et aux politiques de la santé pour 2004-2007 : [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf\\_24534.htm](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf_24534.htm) (consulté le 6/29/2007).
21. Le chemin à parcourir : Une consultation pan-canadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations, réalisée par l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Institut de la santé publique et des populations : [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf\\_14039.htm](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/pdf_14039.htm) (consulté le 6/29/2007).
22. Le chemin à parcourir : Rapport d'étape : Deux ans plus tard : Bilan? Sur Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=GR\\_201\\_F](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_201_F) (consulté le 6/29/2007).
23. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P. On Being a Good Listener: Setting Priorities for Applied Health Services Research. Blackwell Publishing: Oxford, RU. *The Milbank Quarterly* 2003; 81(3).
24. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policy making. *Lancet* 2004;364:1615-21.
25. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M (éd.). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 1987;12 (Suppl 7):s4-55.
26. U.S. Preventive Services Task Force : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> (consulté le 6/29/2007).
27. Dobbins M, Thomas H, O'Brien MA, Duggan M. Use of systematic reviews in the development of new provincial public health policies in Ontario. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20(4):399-404.
28. Gyorkos TW, Tannenbaum TN, Abrahamowicz M, Oxman AD, Scott EAF, Millson ME, et coll. An approach to the development of practice guidelines for community health interventions. *Rev can santé publique* 1994;85 (Suppl 1):S8-S13.
29. Oxman AD, Scott EAF, Sellors JW, Clarke JH, Millson ME, Rasooly I, et coll. Partner notification for sexually transmitted diseases: An overview of the evidence. *Rev can santé publique* 1994;85 (Suppl 1):S41-S47.
30. Rasooly I, Millson ME, Frank JW, Naus M, Coates RA, Oxman AD, et coll. A survey of public health partner notification for sexually transmitted diseases in Canada. *Rev can santé publique* 1994;85 (Suppl 1):S48-S52.
31. Millson ME, Rasooly I, Scott EAF, Oxman AD, Frank JW, Sellors JW, et coll. Partner notification for sexually transmitted diseases: Proposed practice guidelines. *Rev can santé publique* 1994;85 (Suppl 1):S53-S55.
32. Oxman AD. The Cochrane Collaboration in the 21<sup>st</sup> century: Then challenges and one reason why they must be met. Dans : Egger M, et coll. (éd.), *Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in Context*. Londres, RU: BMJ Publishing Group, 2001; pp.464-65.