



CENTRE NATIONAL DE COLLABORATION DE LA MISE AU POINT DE MÉTHODES ET D'OUTILS EN SANTÉ PUBLIQUE

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

RAPPORT FINAL

Soumis le 30 septembre 2006

Par

**D. Ciliska
K. Clark
H. Thomas
R. Valaitis
C. VanBerkel**

Au nom du Programme REDSP de l'Ontario

Personne-ressource :

D. Ciliska

ciliska@mcmaster.ca

905-525-9140, poste 22529

SOMMAIRE RAPIDE

Objet et objectifs

La présente analyse de l'environnement avait pour objet de définir et d'établir les priorités en vue d'orienter le lancement et la mise sur pied du Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique (CNC – MO). Elle a été réalisée au nom du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) de l'Ontario.

Voici quels étaient les objectifs de l'analyse :

1. déterminer et définir la signification des méthodes et des outils en santé publique aux yeux des utilisateurs cibles;
2. identifier les méthodes et les outils actuels;
3. indiquer les méthodes et les outils qui sont requis mais qui ne sont pas encore disponibles (soit, les lacunes);
4. établir l'ordre de priorité du plan d'action d'après les lacunes signalées pour le premier plan de travail du CNC – MO;
5. identifier à l'échelle nationale les experts qui sont prêts à s'engager dans la création du réseau et du Conseil consultatif du CNC – MO .

Éléments de l'analyse

L'analyse de l'environnement se divisait en quatre éléments : un examen des publications et de la littérature grise; des entrevues avec des informateurs clés; un sondage d'analyse de l'environnement; et une série de trois sondages réalisés à l'aide d'une technique Delphi modifiée et destinée à créer un consensus sur les activités que devrait mener en priorité le CNC – MO.

Conclusions

La conclusion principale de l'analyse est l'établissement des cinq grandes activités de travail du CNC-MO :

1. créer une structure de soutien qui favoriserait le partage de renseignements entre les bureaux de santé, les organismes et les institutions;
2. renforcer le leadership pour encourager le recours à des données probantes dans la pratique et les politiques;
3. créer des sommaires conviviaux à partir d'examens systématiques;
4. créer une ressource en ligne (l'endroit où aller) de données probantes pour la pratique en santé publique;
5. intégrer dès le départ des praticiens de première ligne au CNC – MO.

SOMMAIRE

Objet et objectifs

La présente analyse de l'environnement avait pour objet de définir et d'établir les priorités en vue d'orienter le lancement et la mise sur pied du Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique (CNC – MO). Elle a été réalisée au nom du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) de l'Ontario.

Voici quels étaient les objectifs de l'analyse :

1. déterminer et définir la signification des méthodes et des outils en santé publique aux yeux des utilisateurs cibles;
2. identifier les méthodes et les outils actuels;
3. indiquer les méthodes et les outils qui sont requis mais qui ne sont pas encore disponibles (soit, les lacunes);
4. établir l'ordre de priorité du plan d'action d'après les lacunes signalées pour le premier plan de travail du CNC – MO;
5. identifier à l'échelle nationale les experts qui sont prêts à s'engager dans la création du réseau et du Conseil consultatif du CNC – MO.

Éléments de l'analyse

L'analyse de l'environnement se divisait en quatre éléments : un examen des publications et de la littérature grise; les principales entrevues avec des informateurs; un sondage d'analyse de l'environnement; et une série de trois sondages réalisés à l'aide d'une technique Delphi modifiée et destinée à créer un consensus sur les activités que devrait mener en priorité le CNC – MO.

Conclusions

La conclusion principale de l'analyse est l'établissement des cinq grandes activités de travail du CNC – MO :

1. créer une structure de soutien qui favoriserait le partage de renseignements entre les bureaux de santé, les organismes et les institutions;
2. renforcer le leadership pour encourager le recours à des données probantes dans la pratique et les politiques;
3. créer des sommaires conviviaux à partir d'examens systématiques;
4. créer une ressource en ligne (l'endroit où aller) de résultats pour la pratique en santé publique;
5. intégrer dès le départ des praticiens de première ligne au CNC – MO.

Recommandations

Voici les recommandations que l'on propose au nouveau CNC – MO d'étudier.

1. Comme peu d'études d'interventions de grande qualité ont été trouvées sur l'application des connaissances dans le domaine de la santé publique, le CNC - MO

devrait songer à recommander que divers organismes de financement établissent un fond spécial de recherche sur cette question.

2. Les quelques travaux réalisés à ce jour ont eu un impact limité sur l'évolution du comportement des praticiens en ce qui touche l'utilisation des résultats de recherche. Le CNC – MO devrait détailler les leçons tirées de la documentation afin de formuler des recommandations concernant les essais à venir. Le CNC – MO devrait s'appuyer sur les constatations qualitatives et celles des sondages qui supposent la nécessité de développer le leadership et de changer la culture pour favoriser le changement de comportement individuel.
3. Il faudrait classer par ordre de priorité les sujets de synthèse relatifs à la documentation compilée aux fins de la présente analyse afin de produire différents types de documents, notamment des outils et des critères d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité; des outils et des produits spécifiques pour la transmission des connaissances; et un recueil d'outils d'évaluation critique.
4. Parmi les recommandations visant l'utilisation améliorée de la recherche par les décideurs, on note la communication personnelle étroite et bidirectionnelle; un bref sommaire des recherches avec des recommandations claires concernant les politiques; des sommaires produits en temps opportun, pertinents et de grande qualité comprenant des données sur l'efficacité; une pertinence confirmée par rapport aux besoins de la collectivité et aux politiques en place.
5. Il faut élaborer différentes interventions pour les groupes interdisciplinaires dans divers domaines d'intérêt et dans diverses disciplines d'un même domaine.
6. Les changements organisationnels et l'élaboration de politiques pourraient être des domaines stratégiques à prioriser dans les recherches du CNC - MO.
7. Le développement du leadership en application des connaissances devrait être une priorité pour que des changements organisationnels puissent avoir lieu.
8. Il y aurait lieu d'étudier le langage employé par le CNC - MO en consultation avec l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et les autres CNC. En particulier, les résultats portent à croire qu'il serait préférable d'employer « méthodes » au lieu de « méthodologies », et « échange de connaissances » au lieu de « transmission des connaissances ».
9. Les tâches prioritaires relevées dans la présente analyse devraient faire l'objet de discussions avec l'Agence de santé publique du Canada et les autres CNC et devraient être approuvées par le Conseil consultatif du CNC - MO.
10. Les résultats portent clairement à croire que le CNC - MO devrait collaborer avec d'autres organismes et services d'application des connaissances au sein de l'ASPC et un peu partout au pays. Pendant la période de démarrage du CNC - MO, des consultations devraient avoir lieu avec les différentes divisions de l'ASPC, les autres CNC et des experts de l'application des connaissances de partout au Canada.

11. Le CNC - MO ne devrait pas gaspiller du temps et des ressources à créer une autre ressource en ligne d'information sur la santé publique. Il devrait plutôt examiner la possibilité de se joindre à un autre portail, comme celui des pratiques exemplaires concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, afin d'inclure tous les aspects de la santé publique et de la promotion de la santé.
12. Il faudrait établir un programme permanent de mise en valeur et de communication pour informer le milieu de la santé publique du rôle, des fonctions et des ressources du CNC - MO.
13. Dès le départ, le CNC - MO devrait créer des moyens efficaces et efficients de collaborer avec des représentants de ses publics cibles, y compris les praticiens de première ligne, les gestionnaires, les décideurs et responsables de l'élaboration des politiques, les chercheurs et les cinq autres CNC.

REMERCIEMENTS

Les auteures du présent rapport d'analyse de l'environnement sont très reconnaissantes de l'occasion que leur fournit le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Division de la santé publique, de réaliser ce projet, pour lui et pour l'Agence de santé publique du Canada. Ce projet s'est avéré stimulant et surtout, une expérience d'apprentissage très utile. Nous souhaitons remercier Phil Jackson, Paulina Salamo, Beata Pach et Karen Singh pour leur aide, leur soutien et leur précieuse intervention.

Nous voulons aussi remercier les personnes et les organismes qui nous ont aidé à identifier les participants et à distribuer les invitations à participer au sondage d'analyse de l'environnement : Elinor Wilson et Joan Barbier, de l'Association canadienne de santé publique; John Frank et Rathika Vasavithasan, de l'Institut de la santé publique et des populations; ainsi que Maureen Dobbins et Kara DeCorby, de health-evidence.ca.

Nous sommes reconnaissantes des conseils et du soutien des administrateurs du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) : Charlene Beynon, administratrice du REDSP, Bureau de santé de Middlesex-London; Vera Etches, médecin hygiéniste adjoint et administratrice du REDSP, Service de santé publique de Sudbury et du district; Kathleen Steel O'Connor, administratrice du REDSP, Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington; Monique Stewart, administratrice du REDSP, Santé publique Ottawa; et Colleen Van Berkel, administratrice du REDSP, Services de santé publique, Ville de Hamilton.

Nous voulons souligner l'apport considérable de Kathryn Bruisma, Renata Valaitis, Melanie Mirza, Marlene Mirza, Elena Goldblatt et Barb Allen.

Enfin, nous voulons exprimer notre sincère appréciation aux nombreuses personnes qui ont consacré du temps et des efforts à des entrevues avec des informateurs clés, au sondage d'analyse de l'environnement et au processus Delphi d'établissement des priorités.

MISE EN GARDE

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

INTRODUCTION

Contexte

La Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario a confié aux auteures la tâche de réaliser une analyse de l'environnement au nom du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP). L'analyse a été commandée par le MSSLD, Division de la santé publique, et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). L'objet du projet était très précis et il ne respectait pas tous les principes conventionnels de l'analyse de l'environnement, comme la définition et l'analyse des forces, des faiblesses, des possibilités et des menaces (F. F. P. M.).

Objet et objectifs

La présente analyse de l'environnement avait pour objet de favoriser la définition et l'établissement de priorités en vue d'orienter le lancement et la mise sur pied du Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique (CNC – MO).

**Objet :
établir les
activités
prioritaires du
CNC – MO.**

Voici quels étaient les objectifs de l'analyse :

1. déterminer et définir la signification des méthodes et des outils en santé publique aux yeux des utilisateurs cibles;
2. identifier les méthodes et les outils actuels;
3. indiquer les méthodes et les outils qui sont requis mais qui ne sont pas encore disponibles (soit, les lacunes);
4. établir l'ordre de priorité du plan d'action d'après les lacunes signalées pour le premier plan de travail du CNC – MO;
5. identifier à l'échelle nationale les experts qui s'intéressent et qui sont intéressés et prêts à s'engager dans la création du réseau et du Conseil consultatif du CNC – MO .

Aperçu des éléments

L'analyse de l'environnement comprenait quatre éléments, décrits brièvement ci-après :

Analyse bibliographique – Le premier élément de l'analyse consistait en un examen exhaustif des publications et de la littérature grise. Le rapport comprend une description des méthodes d'examen et des résultats.

Entrevues avec des informateurs clés – Une série de douze entrevues téléphoniques a eu lieu dans le but de clarifier le sens de « méthodes et

outils en santé publique » et d'élaborer des questions aux fins du sondage d'analyse de l'environnement.

Sondage d'analyse de l'environnement – Plus de 2500 praticiens de la santé publique, gestionnaires, responsables de l'élaboration des politiques et chercheurs ont été invités à participer à un sondage d'analyse de l'environnement destiné à recueillir des données pertinentes par rapport aux objectifs fixés.

Sondages Delphi d'établissement des priorités – Enfin, le quatrième élément de l'analyse de l'environnement était la réalisation en ligne d'un sondage Delphi modifié en trois parties qui avait pour but de déterminer les priorités de travail du CNC – MO .

Examen déontologique

Étant donné que l'analyse de l'environnement incluait la collecte de données démographiques et d'autres renseignements auprès de gens, une demande d'examen déontologique a été préparée et soumise le 28 mars 2006 au Hamilton Health Sciences/McMaster University Research Ethics Board. La demande comprenait le formulaire de demande signé, la fiche de renseignements, le formulaire de consentement et les questions d'entrevue. La demande a été approuvée le 19 avril 2006.

Restrictions

Il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive de l'environnement. Comme le temps disponible était limité (quatre mois), l'analyse a été conçue pour respecter l'objet défini et des objectifs précis.

Le rapport sur l'examen bibliographique a été limité aux domaines de la santé publique, de la promotion de la santé, de la santé des populations et de l'hygiène de l'environnement. Plusieurs articles potentiellement applicables ont été extraits. Les auteures étaient parfaitement conscientes qu'il existait beaucoup de documentation pertinente dans d'autres domaines, comme d'autres secteurs des soins de santé, du commerce et de l'éducation et bon nombre des sciences sociales.

Les entrevues personnelles représentent un moyen très efficace de recueillir des renseignements et des opinions aux fins d'analyses de l'environnement. Il a fallu limiter les entrevues avec des informateurs clés à un faible échantillon sélectif de représentants des quatre groupes cibles

L'approbation
déontologique a
été accordée par le
Hamilton Health
Sciences/McMaster
University
Research Ethics
Board.

en santé publique : les praticiens, les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs.

Les autres données ont été obtenues grâce au processus plus efficient des sondages eligne. Nous reconnaissons que les taux de réponse à ces derniers sont faibles. Ce phénomène peut s'expliquer par un nombre inconnu de noms et d'adresses en double

EXAMEN BIBLIOGRAPHIQUE

Le premier élément de l'analyse de l'environnement a été un examen exhaustif des publications et de la littérature grise relatives aux outils et aux méthodes possibles en matière de santé publique, de promotion de la santé, de santé des populations et d'hygiène de l'environnement.

L'examen a été conçu pour répondre à la question suivante :

Quels sont les concepts, les systèmes d'information, les méthodes et les outils qui favorisent l'accès et l'utilisation des renseignements et qui améliorent la capacité décisionnelle des praticiens de la santé publique, des gestionnaires, des responsables de l'élaboration des politiques et des chercheurs?

Méthodes

La coordonnatrice de la Public Health Services Library, Elena Goldblatt, a effectué une recherche complète et adaptée dans les publications. MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsychInfo, Sociological Abstracts et The Cochrane Library ont été interrogés sur une période de dix ans (de 1996 à 2006). Les recherches visaient seulement les références bibliographiques anglaises, y compris les examens systématiques, les examens narratifs, les essais sur échantillon aléatoire et contrôlé, d'autres études quantitatives et qualitatives et les documents de travail. L'annexe 1 donne la liste des mots clés qui ont servi à dépouiller la documentation. Enfin, pour trouver d'autres documents pertinents, on a scruté les références bibliographiques de publications repérées.

Deux grandes sources de littérature grise (qui n'a pas été officiellement publiée dans une revue examinée par des pairs) ont aussi été fouillées (M. Dobbins, communications personnelles, juillet 2006). Des lettres électroniques ont été envoyées à 45 informateurs clés dans les domaines de la santé publique et de l'application des connaissances, et nous leur avons demandé de fournir tout document électronique ou papier pertinent à l'analyse. Quatorze répondants ont répondu à cet appel (annexe 2). Par ailleurs, des recherches sur Internet ont été réalisées avec les mêmes

Quels sont les concepts, les systèmes d'information, les méthodes et les outils qui favorisent l'utilisation des renseignements et qui améliorent la capacité décisionnelle des praticiens de la santé publique, des gestionnaires, des responsables de l'élaboration des politiques et des chercheurs?

mots clés que la recherche effectuée dans les bases de données (p. ex., *knowledge transfer* (transmission des connaissances), *knowledge exchange* (échange de connaissances), *dissemination* (diffusion), *utilization* (utilisation) et *uptake* (exploitation). Vingt-neuf sites Web pertinents ont été identifiés et fouillés (annexe 3).

Les titres et les résumés pertinents ont été triés. Deux personnes ont coté indépendamment tous les articles aux fins d'inclusion. Pour être inclus, un article devait porter sur au moins un des domaines suivants : les méthodes de synthèse; l'application des données probantes; les outils et les produits de transmission des connaissances; la création, le placement et la mise en valeur des messages de recherche; les voies (*pathways*) que ces articles ouvrent; les cadres et les modèles pour accéder aux données probantes ou les utiliser; les réseaux d'accès, de partage et d'utilisation des résultats de la recherche; l'applicabilité et la transférabilité; la planification de l'utilisation des résultats; les outils d'évaluation critique; ou la prise de décisions concernant l'exploitation. Ces catégories sont expliquées plus à fond dans la section portant sur les résultats. Pour toutes les études quantitatives, deux personnes ont coté indépendamment la qualité selon des critères standard (qui permettent d'évaluer les biais de sélection, la randomisation, les variables confondantes, l'examen à l'aveugle, la fiabilité et la validité des outils de collecte de données, les retraits et les abandons). Dans chaque cas, les écarts dans les cotes ont été examinés et les deux personnes se sont entendues sur la cote à retenir. Un logiciel d'examen systématique en ligne (SRS Trial Stat) a servi à déterminer la pertinence des études quantitatives et à en évaluer la qualité.

Résultats

110 des 308 documents étaient axés spécifiquement sur la santé publique ou communautaire.

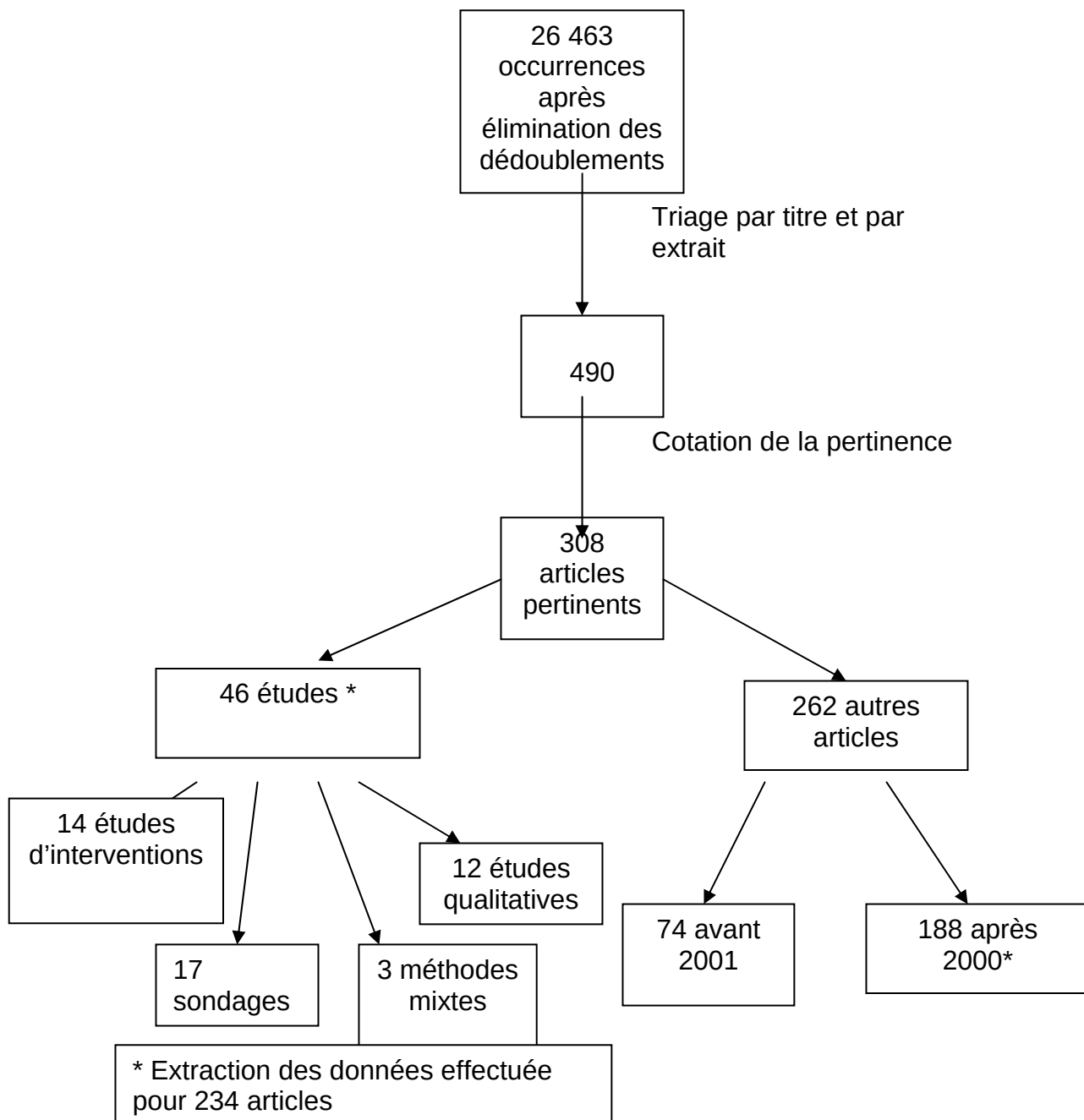
La recherche a donné 26 463 occurrences. Le triage par titre et par résumé a permis de réduire la base de données à 490 articles, dont la pertinence a ensuite été étudiée de plus près. De ce nombre, 308 ont été acceptés. Nous n'avons pu extraire sept articles aux fins d'examen de pertinence.

En tout, 234 articles ont fait l'objet d'une extraction complète des données.

Cent dix des 308 documents étaient axés spécifiquement sur la santé publique ou communautaire. Quarante-six des articles étaient des études, soit des études quantitatives sur le terrain (14) ou qualitatives (12), des méthodes mixtes (3) ou des sondages (17) (reportez-vous à la figure 1). Une extraction complète des données a été réalisée pour les 46 études, et des examens de validité ont été effectués sur les 14 études quantitatives d'interventions. Les 262 autres articles étaient un mélange d'outils (évaluation de la qualité ou de la transférabilité) et des articles à base théorique. En raison du volume d'articles, nous avons extrait des

données des 188 articles publiés en 2001 ou plus récemment. En tout, 234 articles ont donc fait l'objet d'une extraction complète des données (46 études et les 188 « autres » articles publiés après l'an 2000).

Figure 1 : Déroulement de l'examen des articles



Aperçu des publications

Sur les 234 articles qui ont été examinés en profondeur, 58 étaient canadiens (tableau 1).

Tableau 1 : Examen bibliographique – pays de publication

Pays	Nombre d'articles (%)
États-Unis	84 (36)
Canada	58 (25)
Royaume-Uni	47 (20)
Collaboration internationale (auteurs de plus d'un pays)	25 (10)
Australie	10 (4)
Autre	10 (4)
Total	234

La documentation pourrait être classée de plusieurs façons. Chaque catégorie pourrait former une synthèse unique pour un examen distinct. Les sujets sont énumérés au tableau 2. Le nombre total est supérieur à 234, car plusieurs articles entrent dans plusieurs catégories. Voici les définitions qui ont servi aux catégorisations :

Les articles sur l'application des données probantes étaient les plus nombreux (154).

Méthodes de synthèse – la manière d'effectuer des examens systématiques
Application des données probantes – diffusion ou transmission des données probantes à des utilisateurs cibles
Outils et produits de transmission des connaissances - (bases de données électroniques comme The Cochrane Library et health-evidence.ca
Création, placement et mise en valeur des messages de recherche – transmission de messages, stratégies de motivation, mise en valeur
Voies « pathways », cadres et modèles pour accéder aux données probantes ou les utiliser – aspects théoriques de l'application des connaissances, ou d'un modèle ou d'une théorie
Réseaux – milieux de pratique, et non réseaux informatiques
Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité – critère pour décider si et comment les données probantes peuvent être appliquées à la situation locale
Planification de l'utilisation des données probantes – comment utiliser les données probantes et les appliquer à la prise de décisions
Outils d'évaluation critique – comment évaluer les études quantitatives et qualitatives
Prise de décisions concernant l'exploitation de la recherche - utilisation de lignes directrices dans les politiques ou la pratique

Tableau 2 : Sujets des publications

Sujet	Nombre d'articles
Application des données probantes	154
Planification de l'utilisation des données probantes	97
Prise de décisions concernant l'exploitation des données probantes	56
Voies, cadres et modèles	57
Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité	46
Mise en valeur du message	41
Méthodes de synthèse	34
Réseaux et milieux de pratique	30
Outils d'évaluation critique	25
Outils et produits de transmission des connaissances	4

Note : un article pouvait être codé pour plusieurs sujets.

Le CNC - MO aura notamment pour principale tâche de décider lesquelles des synthèses seront prioritaires. Il serait sage de tirer profit des cotes de recherche, de pertinence et de qualité, avant que la recherche ne devienne désuète. En particulier, il serait utile que des synthèses se rapportent à : 1) l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité; 2) un recueil d'outils et de produits de transmission des connaissances; 3) des outils d'évaluation critique.

Aux fins du présent rapport, seules les études seront mises en évidence. Il existe de nombreux documents théoriques ainsi que de très précieux outils et critères d'évaluation et des débats sur l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité qui peuvent être appliqués à la santé publique. Cependant, ces documents et outils sont moins pertinents par rapport à notre projet de recherche. Les études ont été regroupées par type d'étude d'interventions (quantitatives, qualitatives ou méthodes mixtes, et sondages).

Le milieu hospitalier représente de loin le cadre le plus fréquent dans la plupart des études. Pour ce qui est du présent rapport, l'applicabilité et la transférabilité de ce genre d'études posaient un certain nombre de problèmes, et c'est pourquoi nous nous sommes arrêtés aux articles portant spécifiquement sur la santé publique ou communautaire. Des études sur les soins primaires ont aussi été incluses si des personnes affectées à la santé communautaire y participaient (par exemple, reportez-vous à Cheater et coll., 2006).

En ce qui concerne la qualité, un seul essai clinique randomisé a été localisé. Essentiellement, nous n'avons trouvé que des études et des

Plusieurs synthèses pourraient être réalisées à partir de la documentation récupérée aux fins de la présente analyse. Le CNC - MO aura notamment pour principale tâche de décider lesquelles des synthèses seront prioritaires.

Seules les études seront mises en évidence dans le présent rapport.

sondages post-test. La plupart des études reposaient sur des questionnaires spécifiquement conçus pour elles. De plus, la fiabilité ou la validité de ceux-ci a été mise à l'épreuve dans très peu de cas. La plupart des questionnaires étaient sujets au biais du participant volontaire et au biais du rappel. Les études qualitatives étaient surtout descriptives et ne correspondaient à aucun paradigme philosophique particulier.

Études quantitatives sur le terrain

Quatorze études comprenaient une intervention et au moins une évaluation post-test des résultats; et sept comptes rendus de six études faisaient intervenir du personnel de santé publique ou communautaire (Camiletti et Huffman, 1998; Lia-Hoagberg et coll., 1999; Dobbins et coll., 2001a; Dobbins et coll., 2001b; DePue et coll., 2002; Andreasson et coll., 2000; Cheater et coll., 2006).

Le seul essai sur échantillon aléatoire découvert dans le cadre de l'examen a eu lieu en pratique familiale et comptait 167 infirmières et infirmiers communautaires affectés à des services de médecine familiale au Royaume-Uni (Cheater et coll., 2006). L'étude visait à comparer quatre interventions : vérification et feed-back; portée éducative; combinaison des deux; et groupe témoin ayant reçu des documents d'information. Cent cinquante-sept services de médecine familiale ont été randomisés. Ils comprenaient 167 infirmières et infirmiers communautaires, et des résultats avaient été recueillis auprès de 1078 patients. Une randomisation par grappes a été effectuée, et chaque service a été analysé de façon appropriée. Le sujet du changement de pratique était la gestion de l'incontinence, dont la santé publique ne s'occupe normalement pas au Canada, bien que la mise à l'épreuve des interventions auprès des infirmières et infirmiers en santé communautaire soit pertinente. Aucun écart statistiquement important n'a été relevé au moment du suivi au bout de six mois dans les indices de conformité des infirmières et infirmiers communautaires, peu importe les interventions comparées avec le groupe témoin. De plus, aucune différence n'a été relevée dans les symptômes des patients, les indices de gravité ou l'usage de tampons absorbants. Le redressement concernant la charge de travail, la gravité et la durée de l'incontinence urinaire n'a pas modifié les résultats.

Deux études avant-après ont été identifiées (DePue et coll., 2002; Andreasson et coll., 2000). Aux États-Unis, DePue et ses collègues ont examiné des dossiers de services de médecine familiale pour ce qui est du suivi *Demander, Conseiller, Aider et Régler* avant et après la diffusion aux centres de santé communautaire des lignes directrices de l'AHCPR intitulées « Smoking cessation clinical practice guideline » (DePue et coll., 2002). Trois séances de formation d'une heure ont été données sur les

Seul un EEAC a été inclus. Il n'a permis de découvrir aucune différence dans la pratique des infirmières et infirmiers en santé communautaire après soit une intervention de vérification et de feed-back, une de sensibilisation, une combinaison des deux ou le recours à un groupe témoin.

interventions efficaces en matière de tabagisme, l'utilisation des systèmes de bureau et le renforcement des compétences en consultation pour toutes les disciplines (médecins, infirmières et infirmiers, travailleuses et travailleurs sociaux, diététistes, auxiliaires médicaux). Soixante-quinze pour cent des praticiens ont assisté à au moins l'une d'elles. Les résultats ont été mesurés par vérification des dossiers au moment de la dernière visite de soins primaires. La proportion pour *Demander* est passée dans l'ensemble de 30 à 44 % (statistiquement important). Cependant, différents taux de consultation étaient observables selon le sexe des patients et le motif des visites. Les patients qui passaient un examen annuel étaient plus susceptibles de se voir *Demander* et *Conseiller*; et les hommes étaient plus susceptibles de se voir *Demander* au moment de visites d'urgence que les femmes. Aucune augmentation significative n'a été relevée pour *Conseiller*, *Aider* ou *Régler*.

En Suède, Andreasson et ses collègues ont mené un sondage auprès de 39 omnipraticiens et de 45 infirmières et infirmiers hygiénistes de district avant et après une intervention où une infirmière ou un infirmier de projet a effectué une visite (de 45 à 60 minutes) et fourni des renseignements, et qui comprenait un livret du patient et un manuel pour les intervenants sur les méthodes de prévention secondaire des problèmes d'alcool (Andreasson et coll., 2000). La participation à l'intervention était forte, mais un suivi au bout de trois mois a permis de constater que les documents avaient été peu utilisés.

Dobbins et ses collègues ont fait rapport sur un sondage uniquement post-test mené auprès de décideurs en santé publique dans les 41 bureaux de santé de l'Ontario, deux ans après que cinq examens systématiques sur les interventions en santé publique aient été diffusés en 1996 (Dobbins et coll., 2001a; Dobbins et coll., 2001b). Soixante-trois pour cent des répondants ont dit avoir utilisé au moins un examen systématique au cours des deux années précédentes et la moitié d'entre eux ont estimé que l'examen avait grandement influencé les décisions de planification des programmes. Toutefois, 37 %, 40 % et 47 % ont respectivement senti que cette ressource n'avait aucunement influencé les décisions concernant l'évaluation des programmes, le perfectionnement du personnel ou l'élaboration des politiques. Parmi les principaux indicateurs prévisionnels individuels de l'utilisation, figuraient : le poste (les gestionnaires et les directeurs des programmes étaient plus susceptibles d'utiliser des examens de documents); les perceptions selon lesquelles les examens systématiques étaient faciles à utiliser; et la perception selon laquelle les examens permettaient de surmonter l'obstacle du manque d'aptitudes à l'évaluation critique. Les caractéristiques organisationnelles concernant le recours à des examens systématiques comprenaient la perception selon laquelle l'organisme valorisait l'utilisation de données probantes découlant de la recherche en ce qui touchait la prise de décisions, ainsi que la prestation

organisationnelle d'une formation sur l'évaluation critique de la documentation.

Comme d'habitude, c'est le temps qui a été indiqué comme étant le principal obstacle à l'accès aux données probantes découlant de la recherche et à leur utilisation.

Camiletti et Huffman (Camiletti et Huffman, 1998) ont mené un sondage uniquement post-test auprès d'infirmières et d'infirmiers hygiénistes après des initiatives destinées à augmenter le recours aux données probantes découlant de la recherche. L'intervention consistait en un manuel d'auto-assistance, avec atelier de formation interne visant à examiner celui-ci et prestation de 12 modules d'utilisation des résultats de la recherche pendant des réunions d'équipe. Des infirmières et infirmiers ont dit apprécier la recherche et se sentir à l'aise avec les notions d'utilisation de la recherche, mais 68 % ne changeaient pas leur pratique en se basant sur ces résultats. Ces personnes ont indiqué que le manque de temps était le principal obstacle à une utilisation, mais elles ont toutefois apprécié la période de temps que l'équipe avait consacré au débat sur l'utilisation de la recherche.

Dans le cadre d'une étude réalisée aux États-Unis, Lia-Hoagberg a mené un sondage uniquement post-test auprès de 230 infirmières et infirmiers hygiénistes et interrogé par téléphone 61 directeurs d'agence afin d'évaluer l'impact de la diffusion, au moyen d'un atelier de formation interne, de deux lignes directrices différentes, accompagnées de manuels (Lia-Hoagberg et coll., 1999). Les répondants percevaient ces lignes directrices comme étant importantes, mais ils faisaient état de nombreux obstacles à leur utilisation : manque de temps; structure de lignes directrices complexe; exigences et priorités concurrentes au sein des agences.

Études qualitatives

Douze études qualitatives ont été trouvées. L'une d'elles se rapportait aux soins primaires prodigués au Chili (Bedregal et Ferlie, 2001), et une autre avait été menée par le National Health Service, en Écosse. Cette dernière visait à examiner les réseaux cliniques gérés et permettait de conclure que ceux-ci favorisent un modèle de travail davantage fondé sur les connaissances, comparativement aux structures traditionnelles des services de santé (Burnett et coll., 2005). Les deux ne seront pas abordées plus à fond dans le présent document, car elles ne se rapportent pas directement à la santé publique au Canada.

Une recension des écrits a été combinée à des entrevues menées auprès d'informateurs clés provenant de 33 organismes de recherche du Canada, cinq des États-Unis et neuf du Royaume-Uni (Kiefer et coll., 2005). Ce rapport a servi de base à certaines des recommandations qui ont conduit à la création de l'initiative actuelle des centres nationaux de collaboration. Le projet répondait à des problèmes critiques relevés dans la santé publique canadienne, comme :

- le manque d'études primaires et de synthèses de données probantes;
- la nécessité d'un échange de connaissances plus actif et de créer et d'utiliser des moyens électroniques de diffusion;
- la nécessité d'avoir des connaissances pertinentes et à jour accessibles aux utilisateurs dans un format pratique;
- une formation continue favorisant l'accès et la consultation des résultats de recherche pertinente, ainsi que la production de travaux de recherche;
- la nécessité de valoriser la recherche;
- la nécessité d'évaluer les stratégies d'échange de connaissances, l'application des connaissances et leur intégration aux processus décisionnels et à l'élaboration des politiques.

Les recommandations visaient à créer un centre national de la santé publique et des populations, y compris un réseau national de praticiens et de spécialistes de la recherche. Les autres recommandations portaient sur :

- la création de liens entre les chercheurs et les utilisateurs;
- la participation des décideurs à la production et à l'échange de connaissances;
- l'entente sur les méthodes appropriées et les normes de données probantes;
- l'intégration et les liens entre les bases renfermant des données probantes;
- la stimulation de l'échange et de l'exploitation des connaissances;
- l'élimination des disparités régionales et l'amélioration de la recherche et de la collaboration entre les régions et les organismes (Kiefer et coll., 2005).

Plus de 100 intervenants ont été interrogés lors d'une évaluation participative du projet «The Need to Know », au Manitoba (Bowen et coll., 2005). Les résultats portent à croire que l'on n'a pas suffisamment insisté sur les facteurs personnels dans l'application des connaissances. Selon les résultats de cette évaluation, la qualité des rapports et la confiance entre les producteurs et les utilisateurs de données de recherche ont une incidence sur différents aspects de l'application des connaissances. Selon les partenaires communautaires, le manque de confiance, certains problèmes organisationnels et les coûts font partie des obstacles à l'utilisation des données probantes découlant de la recherche.

Dans le cadre du projet « The Need to Know », réalisé au Manitoba, la qualité des rapports et la confiance étaient des contextes importants pour l'application des connaissances.

Quatre études qualitatives portaient sur les besoins et les préférences en ce qui concerne l'accès électronique à l'information. Dobbins et ses collègues ont tenu des discussions en groupe avec des décideurs canadiens du domaine de la santé publique, lesquels appuyaient la mise au point d'un registre d'examen évaluant l'efficacité des interventions en santé publique cotées selon la qualité des données probantes, ainsi que la notion de la «

Soutien de la mise au point d'un registre d'examens évaluant l'efficacité des interventions en santé publique cotées selon la qualité des résultats.

poussée » des mises à jour sur les nouveaux examens de documents qui leur seraient envoyés directement (Dobbins et coll., 2004a). L'American Medical Informatics Association a mis au point un programme national d'informatique en santé publique et formulé deux grandes recommandations : 1) que les parties prenantes participent à des activités coordonnées touchant l'architecture d'information en santé publique, les normes, la confidentialité, les pratiques exemplaires et la recherche; et 2) que toute la main-d'œuvre en santé publique suive une formation en informatique (Yasnoff et coll., 2001). Aux États-Unis, un groupe semblable a établi la nécessité d'un portail unique doté d'un bon moteur de recherche, de la notification automatique de nouveaux renseignements et de l'accès aux données sur les pratiques exemplaires et à la littérature grise (LaPelle et coll., 2006). D'après une troisième étude qualitative réalisée aux États-Unis, il faudrait que l'élaboration des normes d'évaluation soit améliorée et officialisée dans tous les secteurs publics et privés; que d'autres recherches soient effectuées sur les besoins et les préférences en technologie chez les populations mal desservies; et que des études épidémiologiques à long terme soient menées sur l'impact de la télésanté (Ahern et coll., 2006).

Bradley s'est servi de quatre études de cas cliniques diverses pour définir les principaux facteurs qui influencent la diffusion et l'adoption d'innovations basées sur des données probantes. L'étude de cas communautaire concernait la prestation de conseils sur le comportement et le développement aux parents d'enfants de la collectivité. En analysant les thèmes abordés dans toutes les études de cas, les auteurs ont conclu que le succès et la vitesse d'adoption des résultats dépendaient de ce qui suit :

Il existe un rapport entre un leadership stimulant et une culture qui favorise l'utilisation des données probantes, d'une part, et la diffusion et l'adoption d'innovations fondées sur des données probantes, d'autre part.

- le soutien de la haute direction et des responsables des services cliniques;
- la production de données à l'appui crédibles;
- une infrastructure destinée à mettre en pratique l'innovation issue de la recherche;
- la mesure dans laquelle la culture organisationnelle doit changer;
- le degré de coordination requis entre les différentes disciplines ou les divers services;
- les ressources de l'organisme;
- la mesure dans laquelle les gens croient que l'innovation répond à des pressions immédiates et importantes qui sont exercées dans leur milieu (Bradley et coll., 2004).

Les deux autres études réalisées en dehors du secteur de la santé publique ont été menées au Canada (Feightner et coll., 2001; Egan et coll., 2004). Elles sont mentionnées brièvement dans ce présent rapport, car les résultats se rapportent au projet. L'une faisait état de discussions en groupe avec des médecins et portait sur le meilleur moyen de fournir des lignes directrices sur Internet (Feightner et coll., 2001). On a découvert que les participants s'attendaient à des algorithmes sur écran unique, à un bref

résumé des données probantes et à des renseignements fiables et à jour qui seraient simples, rapides et faciles d'accès. L'autre étude visait à faire en sorte que des ergothérapeutes tentent de créer des communautés de pratique en ligne (Egan et coll., 2004). Environ 11 % des participants ont éprouvé des difficultés techniques et ne se sont jamais joints au groupe, et seulement la moitié persistaient au bout d'un an. Ceux qui sont restés estimaient que leur participation avait augmenté la sensibilisation, la motivation et la confiance en ce qui touche leur utilisation des données probantes dans la pratique.

Méthodes mixtes

Trois études pertinentes sur les méthodes mixtes ont été trouvées (Riley et coll., 2001; Weatherly et coll., 2002; Thompson et coll., 2001). L'une portait sur la santé publique (Riley et coll., 2001). Par des sondages répétés et des entrevues avec des personnes les plus au courant de la programmation en matière de santé cardiovasculaire dans un bureau de santé, Riley a décrit des études de diffusion pour l'Ontario Heart Health Initiative (Riley et coll., 2001). Parmi les constatations clés figuraient des niveaux de motivation toujours élevés pour les activités de promotion de la santé, des niveaux moyens de capacité et de faibles niveaux de mise en œuvre. Les liens entre la prédisposition et la capacité, d'une part, et la capacité et la mise en œuvre, d'autre part, étaient constants et solides. Voici des éléments qui ont tous influencé positivement la mise en œuvre de programmes de santé cardiovasculaire :

- le leadership en matière de santé cardiovasculaire au sein du bureau de santé;
- les ressources humaines et financières consacrées à la santé cardiovasculaire;
- la structure organisationnelle qui favorise l'intégration des programmes de lutte contre le tabagisme, de nutrition et d'activité physique;
- les partenariats avec des organismes communautaires;
- l'assistance technique offerte pour appuyer les programmes locaux.

L'autre étude dans cette catégorie a été menée auprès de décideurs du Royaume-Uni et visait à déterminer si et comment les données économiques probantes ont été intégrées aux politiques locales sur la santé pour les programmes d'amélioration de la santé (Weatherly et coll., 2002). On s'est servi d'un sondage et d'entrevues approfondies pour recueillir les renseignements. Les auteurs ont découvert que plusieurs objectifs visaient la mise sur pied de programmes et que seulement quelques-uns exigeraient des données probantes. Lorsque des données probantes étaient utilisées, il s'agissait d'un mélange de données expérientielles et empiriques, lesquelles provenaient surtout de rapports et de lignes directrices de l'État, et non de documents publiés.

Sondages

Dix-sept rapports portant sur 15 sondages ont été récupérés. Deux des études concernaient uniquement les infirmières et infirmiers en milieu hospitalier (Estabrooks et coll., 2005; Profetto-McGrath et coll., 2003). On a signalé deux rapports sur une étude portant surtout sur les infirmières et infirmiers en milieu hospitalier (Estabrooks, 1999a; Estabrooks, 1999b) et une concernant uniquement les médecins (Borenstein et coll., 2003). Un sondage avait trait à l'élaboration et l'utilisation de lignes directrices dans 10 pays d'Europe (Thomason et coll., 2000) et l'autre portait sur le même sujet mais touchait le Canada (Graham et coll., 2003). Un autre traitait de facteurs relatifs à l'utilisation de données probantes en matière d'élaboration de politiques dans six pays d'Europe (von Lengerke et coll., 2004). Et un autre encore étudiait les soins prodigués aux femmes atteintes de pré-éclampsie dans les pays en développement (Aaserud et coll., 2005). Un article donnait le compte rendu d'un sondage sur la manière dont les chercheurs canadiens de la santé prônaient l'exploitation de leurs travaux (Graham et Grimshaw, 2005); et un autre avait pour thème les organismes de recherche appliquée au Canada et les méthodes actuelles de transmission des connaissances scientifiques aux décideurs (Lavis et coll., 2003). Plusieurs autres rapports portaient sur des sondages menés auprès de décideurs canadiens (Ouimet et coll., 2006; Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1999; Birdsell et coll., 2005; Estabrooks et Chong, 2003; Milner et coll., 2005). Par ailleurs, deux sondages ont été réalisés en santé publique, l'un au Canada (Dobbins et coll., 2004b) et l'autre en Australie (Adily et coll., 2004).

Un sondage mené au Canada pour évaluer l'utilisation des examens systématiques dans l'élaboration des politiques.

Le sondage mené au Canada a été réalisé dans le cadre de la santé publique en Ontario, dans le but d'évaluer l'utilisation des examens systématiques au moment où les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires étaient en cours de révision (Dobbins et coll., 2004b). Quatre-vingt-seize pour cent des répondants ont signalé que les examens systématiques jouaient un rôle dans la mise au point des nouvelles lignes directrices; 47 % étaient d'avis qu'ils contribuaient énormément à l'élaboration de nouvelles recommandations pour la pratique. En Australie, les travailleurs de la santé de la population ont été sondés sur l'utilisation d'un portail sur Internet et de bases renfermant des données probantes (Adily et coll., 2004). La moitié des répondants ont dit être encouragés à recourir au portail, mais seulement 21 % l'utilisaient chaque semaine. L'utilisation était associée au fait d'avoir une maîtrise ou un niveau de scolarité supérieur, mais non à l'âge, au sexe ou aux années d'expérience.

L'Alberta Heritage Foundation for Medical Research a analysé les réponses écrites à un document de consultation sur la recherche dans la pratique

(Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 1999). Elle a cerné bien des obstacles aux rapports entre les chercheurs et les décideurs, comme l'absence de langage commun ou d'occasions de dialogue, les doutes quant aux motifs des uns et des autres, les échéances et les besoins divergents et le manque d'appréciation et de valorisation du milieu de l'autre. D'autres obstacles organisationnels et systémiques ont aussi été découverts.

Trois rapports connexes sont issus d'un sondage téléphonique réalisé en Alberta sur l'état actuel de l'utilisation des études par les groupes clés de tous les secteurs de la santé (responsables de l'élaboration des politiques, médecins, personnel infirmier et chercheurs) (Birdsell et coll., 2005; Milner et coll., 2005). Les principales conclusions étaient les suivantes : les rapports *interpersonnels* favorisent la transmission et l'utilisation des données probantes; les cultures organisationnelles ont besoin d'encouragement pour que la transmission et l'utilisation de la recherche aient lieu; afin que la transmission puisse avoir lieu, il faut que les utilisateurs perçoivent la recherche comme étant compétente et crédible; et il se peut que la définition des responsabilités et des rôles précis au sein des groupes professionnels optimisent la transmission et l'utilisation (Birdsell et coll., 2005). Estabrooks a analysé les répondants du domaine infirmier (Estabrooks et Chong, 2003). Elle a découvert que le personnel infirmier en milieu urbain passait plus de temps à trouver et à analyser des travaux de recherche que celui des petites régions urbaines ou rurales; qu'il y avait peu de différences régionales, et que le personnel infirmier enseignante obtenait les meilleures notes pour l'utilisation de la recherche, et les infirmières de soins généraux, les pires (Estabrooks et Chong, 2003). Par ailleurs, Milner a découvert que parmi les infirmières enseignantes en matière clinique, les attitudes par rapport à la recherche, la connaissance des renseignements fondés sur la recherche et la participation aux activités de recherche prédisaient une utilisation des résultats de la recherche (Milner et coll., 2005).

Lavis et ses collègues (Lavis et coll., 2003) ont sondé 265 directeurs d'organisme canadien de recherche appliquée sur leur pratique actuelle en matière de transmission aux décideurs des connaissances découlant de la recherche. Ils ont constaté qu'ils sont à tout le moins raisonnablement conscients et au courant de ce que les documents de recherche leur suggèrent de faire. On recommandait, entre autres, la création de messages auxquels il était possible de donner suite; le développement d'aptitudes à l'exploitation des connaissances chez le public cible et dans les organismes; et l'évaluation de toutes les stratégies de transmission des connaissances.

Enfin, un sondage mené auprès des décideurs canadiens dans le domaine des soins de santé (ministères provinciaux de la Santé, autorités régionales

Les rapports interpersonnels favorisent la transmission et l'utilisation des résultats.

Les cultures organisationnelles ont besoin d'encouragement pour que la transmission et l'utilisation des études aient lieu.

Afin de favoriser la transmission, il faut que les utilisateurs perçoivent les études comme étant compétentes et crédibles.

de la santé et hôpitaux) visait à étudier leur utilisation des lignes directrices des activités cliniques (Ouimet et coll., 2006). Les hôpitaux étaient les plus susceptibles de les appliquer (52 %) et les ministères provinciaux étaient moins portés à le faire (31 %). Les facteurs variaient selon les secteurs, ce qui porte à croire qu'il faudrait adapter les interventions à chacun d'eux pour augmenter l'utilisation.

« Autres articles »

La catégorie de l'application des résultats de recherche était la principale, car elle comptait presque deux fois plus d'articles que la deuxième en importance. Plusieurs bons examens (Thomson et coll., 2006c; Thomson et coll., 2006d; Thomson et coll., 2006a; Thomson et coll., 2006b; Grimshaw et coll., 2006; Grimshaw et coll., 2004; Fixsen et coll., 2005; University of British Columbia, 2006; Innvaer et coll., 2002), documents d'information (Estabrooks et coll., 2003; Lavis et coll., 2003; Grimshaw et coll., 2001; Lavis et coll., 2006; Lavis, 2006) et rapports et documents de discussion ou de consultation (Kiefer et coll., 2005; Instituts canadiens de recherche en santé, 2006; Instituts canadiens de recherche en santé et Initiative sur la santé de la population canadienne, 2002; Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 2003; Organisation mondiale de la Santé, 2005; Initiative sur la santé de la population canadienne, 2006) ont été extraits et jugés pertinents. Le CNC - MO aurait beaucoup à apprendre de cette documentation.

Discussion

La documentation extraite est très variée, et la meilleure manière de l'aborder consisterait à réaliser des synthèses distinctes par des sous-questions précises. Cependant, voici les leçons clés qui en sont tirées :

1. Les obstacles à l'application des connaissances sont multiples. Les praticiens et les responsables de l'élaboration des politiques considèrent toujours que la principale barrière est le temps. Viennent ensuite l'accès et la facilité d'utilisation. Les producteurs et les utilisateurs de travaux de recherche ont bien des objectifs concurrents, et des cultures et des langues différentes.
2. Les facteurs reliés à l'innovation, aux praticiens, à l'organisation et au milieu en général influent tous sur l'application des connaissances.
3. Selon le seul essai du présent examen, aucune intervention n'a pour effet de modifier le comportement des praticiens. Cependant, d'autres examens ont révélé que la plupart des interventions permettent de modifier quelque peu le comportement dans certaines circonstances.
4. Si des changements organisationnels se produisent, il se peut que le comportement du praticien change. On en sait plus sur les obstacles

Le leadership au sein d'un organisme a été défini à maintes reprises comme un facteur crucial pour ce qui est de fournir les ressources nécessaires et d'assurer la culture requise pour favoriser l'utilisation des connaissances.

individuels et sur certains indicateurs prévisionnels de l'utilisation des données probantes que sur le changement organisationnel requis pour favoriser cette utilisation.

5. De même, le leadership au sein d'un organisme a été défini à maintes reprises comme un facteur crucial pour ce qui est de fournir les ressources nécessaires et d'assurer la culture requise pour favoriser l'utilisation des connaissances.

ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

Objet

Objets des entrevues :

Clarifier le sens des termes « méthodes » et « outils » dans le contexte de la santé publique au Canada.

L'un des nombreux défis à relever par la présente analyse de l'environnement consistait à établir une définition opérationnelle claire des « méthodes et outils en santé publique ». Le deuxième élément de l'analyse était une série d'entrevues téléphoniques menées avec des informateurs clés et ayant deux objets :

1. Clarifier le sens de « méthodes et outils » dans le contexte de la santé publique au Canada.
2. Élaborer les questions pour le sondage d'analyse de l'environnement.

Élaborer les questions pour le sondage d'analyse de l'environnement.

Participants

Voici les critères appliqués dans le recrutement des 14 informateurs clés choisis selon un échantillonnage intentionnel :

1. représentants des quatre groupes cibles : praticiens de la santé publique, gestionnaires, responsables de l'élaboration des politiques et chercheurs;
2. personnes de différentes régions du pays.

Deux des informateurs désignés ne pouvaient participer. Parmi les 12 qui ont été interviewés, quatre étaient des praticiens, quatre des gestionnaires, deux des responsables de l'élaboration des politiques et deux des chercheurs. Même si la plupart des informateurs clés provenaient de l'Ontario (7), nous avons pu interviewer des gens de la Nouvelle-Écosse (3), du Québec (1) et de l'Alberta (1). Deux répondants travaillaient au niveau national, cinq au niveau provincial et les autres à l'échelle locale ou régionale. Dix des douze participants étaient des femmes. Les informateurs clés représentaient diverses disciplines, et certains des participants étaient issus de secteurs ruraux et ont apporté leur point de vue propre à l'analyse.

Méthodes

Les douze entrevues téléphoniques ont été menées par le chef de projet (KC) en avril et mai 2006. Le guide d'entrevue semi-dirigée se trouve à l'annexe 4. Les entrevues étaient enregistrées sur bande et duraient de 20 à 60 minutes. Elles étaient transcrites, vérifiées et analysées à l'aide du logiciel N-Vivo. Une spécialiste en recherche qualitative (RV) a montré à deux étudiants comment utiliser N-Vivo pour coder des données qualitatives

et les a supervisés. Ce logiciel permet d'élaborer des codes organisés selon une structure arborescente qui révèle des thèmes dans l'analyse des données. Les deux étudiants ont d'abord créé des codes indépendamment, puis ils se sont réunis en compagnie de la spécialiste en recherche qualitative pour examiner et déterminer une liste maîtresse de codes, ce qui a mené à la définition des grands thèmes. Tout le codage a été vérifié par la chercheuse, et cette dernière a aussi préparé le sommaire des résultats.

Résultats

Sens de « méthodes et outils en santé publique »

La signification des termes « méthodes et outils en santé publique » variait nettement selon le rôle du répondant. Les praticiens tendaient à penser plus en termes de méthodes et d'outils de pratique en santé publique (p. ex., les lignes directrices sur les pratiques exemplaires), alors que les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs étaient plus familiers avec la notion d'application des connaissances et le continuum de la synthèse, de la diffusion, de l'accès, de l'utilisation et de l'intégration, et des personnes comprenaient mieux ces concepts.

Méthodes et outils employés actuellement

Les informateurs clés ont défini plusieurs méthodes et outils actuels (annexe 5). L'analyse qualitative a permis de réunir les réponses sous catégories suivantes : organismes nationaux et provinciaux; réseaux; ressources et outils; et mécanismes de soutien de la gestion.

Les informateurs clés devaient formuler des commentaires sur l'utilité des méthodes et des outils, mais les réponses étaient assez générales. Il a été conclu qu'il ne serait pas instructif d'inclure dans le sondage d'analyse de l'environnement une question sur l'utilité des méthodes et outils actuels. Si le CNC - MO exige une évaluation officielle des méthodes et outils en santé publique, alors il faudra concevoir un projet précis pour atteindre ce but.

Méthodes et outils non disponibles (lacunes)

En plus de documenter les méthodes et outils employés actuellement, les auteures de l'analyse de l'environnement souhaitaient établir s'il existait des lacunes dans les méthodes et outils d'application des connaissances. L'intervieweuse (KC) a demandé aux participants d'indiquer les méthodes et les outils qui, selon eux, étaient nécessaires, mais non disponibles. L'annexe 6 donne la longue liste des lacunes relevées ainsi que les questions de pratique en santé publique.

Les termes « méthodes et outils en santé publique » peuvent être interprétés de façon extrêmement large...selon moi, ce seraient des aides à la prise de décisions, des algorithmes décisionnels, des renseignements synthétisés rassemblés de manière utilisable pour faciliter l'établissement de priorités ou la prise de décisions à l'échelle locale ou provinciale.

Voici les thèmes que l'analyste en recherche qualitative (RV) a extraits de la liste de lacunes en application des connaissances :

- accès limité à une documentation de qualité;
- nécessité de mettre en valeur les ressources de connaissances;
- manque d'expertise en application des connaissances;
- nécessité d'améliorer les ressources fondées sur des données probantes et d'y assurer l'accès;
- nécessité de mettre davantage en commun les renseignements entre les bureaux de santé;
- manque de formation en application des connaissances;
- manque de données probantes faisant état d'interventions en santé publique qui ont échoué.

Les lacunes relatives aux questions du milieu de pratique comprenaient le manque de ressources humaines adéquates et qualifiées, le manque de temps pour avoir accès aux données probantes, le manque de ressources financières, l'insistance insuffisante sur la recherche en santé publique au Canada, et le manque de méthodes normalisées pour collecter des données sur la santé publique (annexe 6).

Priorités

En se fondant sur les lacunes relevées, les informateurs clés étaient invités à préciser les tâches prioritaires initiales du CNC - MO. L'analyse qualitative a permis d'extraire quarante priorités différentes, y compris *les processus* (p. ex., intégrer le CNC - MO au domaine de la pratique dès le départ), *les résultats* (p. ex., créer un recueil en ligne de la pratique fondée sur des données probantes en santé publique), et *les ressources* (p. ex., faire intervenir des « informaticistes » en santé publique et des experts en évaluation). Nous avons examiné les priorités suggérées (annexe 7), et nous les avons utilisées pour dresser la liste des tâches prioritaires possibles incluse dans le sondage d'analyse de l'environnement.

Les informateurs clés

L'analyse de l'environnement avait notamment pour objectif de trouver, un peu partout au Canada, des experts qui seraient intéressés et prêts à contribuer à la création du réseau et du Conseil consultatif du CNC – MO . Chacun des informateurs clés devaient suggérer des personnes qui, selon eux, devraient participer à l'établissement du réseau ou du Conseil consultatif du CNC – MO, ou des deux. Ils devaient indiquer des gens du milieu de la santé publique et d'autres secteurs.

Une liste exhaustive de personnes qui jouent des rôles divers à l'échelle nationale a été dressée et sera fournie au ministère de la Santé et des

Une liste exhaustive de personnes qui jouent des rôles divers à l'échelle nationale a été dressée et sera fournie au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Agence de santé publique du Canada et aux administrateurs du CNC – MO.

Soins de longue durée (MSSLD), à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et aux administrateurs du CNC - MO.

Discussion

Les entrevues menées auprès d'intervenants clés ont été très utiles pour orienter le CNC - MO. Elles ont servi à établir clairement que ce dernier devrait mettre l'accent sur l'élaboration, la diffusion et l'utilisation de données probantes à jour et de qualité dans la prise de décisions en santé publique. Bien des méthodes et des outils de pratique nouveaux et améliorés soient nécessaires, le CNC - MO devrait, selon les informateurs clés, avoir pour rôles de promouvoir la synthèse des renseignements sur la bonne santé, de favoriser la diffusion de données probantes à l'échelle nationale et d'en faciliter l'accès un peu partout au Canada, mais aussi de faciliter l'utilisation des données probantes dans la prise de décisions en matière de santé publique.

Les publics cibles sont les cinq autres CNC, ainsi que les praticiens de la santé publique, les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs un peu partout au Canada. Les informateurs clés ont insisté sur la nécessité d'une communication claire de la mission et du mandat du CNC et d'une sensibilisation à leur sujet.

Les 12 entrevues ont aussi permis d'évaluer et d'améliorer les questions conçues pour le sondage d'analyse de l'environnement. Même si un sondage en ligne pourrait constituer une méthode de collecte de données plus efficace, les entrevues personnelles représentent une source de renseignements riches qui peuvent être clarifiés et étudiés en profondeur au moment de l'entrevue.

Les publics cibles sont les cinq autres CNC, ainsi que les praticiens de la santé publique, les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs un peu partout au Canada.

SONDAGE D'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

Objet

Le troisième élément consistait un sondage d'analyse de l'environnement mené sur une période de quatre semaines (du 24 mai au 19 juin 2006). Ce sondage avait pour objet de recueillir des renseignements d'un échantillon aussi divers que possible de praticiens de la santé publique, de responsables de l'élaboration des politiques, de gestionnaires et de chercheurs d'un peu partout au Canada. Les questions étaient conçues et mises au point de manière à obtenir des renseignements et des opinions qui aideraient à définir le mandat et les priorités du CNC - MO.

Participants

En raison du délai restreint dont nous disposions pour effectuer l'analyse, les sondeurs ont demandé à trois principaux organismes de santé publique d'aider à établir les échantillons d'étude à partir de leurs listes de membres et à transmettre le message de recrutement pour le sondage d'analyse de l'environnement. L'Association canadienne de santé publique (ACSP), les Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé publique et des populations (IRSC-ISPP) et health-evidence.ca ont convenu de choisir des échantillons à partir de leurs listes de diffusion, selon les mêmes critères que les entrevues avec les informateurs clés : des représentants des quatre groupes cibles (praticiens de la santé publique, gestionnaires, responsables de l'élaboration des politiques et chercheurs), et des personnes de différentes régions du pays.

**539
répondants
(21 %)**

Du 24 mai au 5 juin 2006, des messages de recrutement ont été envoyés à 2582 participants potentiels (ACSP [341], IRSC-ISPP [929], health-evidence.ca [1312]). Il y avait un certain chevauchement entre les trois bases de données, mais nous n'avons pu établir dans quelle mesure. Un rappel de suivi a été fait pour chaque liste. En tout, 539 questionnaires ont été remplis, ce qui a donné un taux de réponse de 21 %.

Les caractéristiques démographiques détaillées des répondants sont exposées à l'annexe 8. Voici le profil global des collaborateurs :

- les répondants étaient surtout de l'Ontario (44,9 %), mais les autres venaient de chaque province et territoire;
- les infirmières hygiénistes formaient la plus forte proportion (24,1 %), mais vingt autres disciplines étaient également représentées;
- les principales fonctions se rapportaient à l'évaluation de la recherche et des programmes (28,9 %), à l'éducation (28 %) et à la prestation de services directs (26,7 %);
- les femmes représentaient 82 % des répondants;
- 36,4% des collaborateurs étaient âgés de 50 à 59 ans et 30,7 % d'entre eux étaient âgés de 40 à 49 ans.

Méthodes et analyse

Le sondage a été mené grâce à SurveyMonkey, un logiciel performant qui recueille et analyse des données de sondage. Pour plus d'information sur ce logiciel, veuillez consulter le site <http://www.surveymonkey.com/>. Le questionnaire d'analyse de l'environnement est présenté à l'annexe 9.

Bien que SurveyMonkey compile et analyse des réponses à des questions quantitatives, il a fallu recourir à N-Vivo pour analyser les réponses aux

questions qualitatives ouvertes. Les étudiants et la spécialiste en recherche qualitative (RV) ont codé et extrait les thèmes découlant des questions, comme ils l'ont fait pour les données provenant des entrevues avec les informateurs clés.

Résultats

Méthodes et outils employés actuellement

Le questionnaire comprenait 13 méthodes et outils d'application des connaissances élaborés d'après les réponses fournies lors des entrevues avec les informateurs clés (annexe 10). Aucun des outils et méthodes n'a été utilisé chaque jour, mais voici quels ont été les plus souvent employés (chaque semaine ou chaque mois) :

- revues;
- lignes directrices pour la pratique (protocoles, lignes directrices sur les pratiques exemplaires, directives médicales);
- modèles et cadres théoriques;
- livres;
- sites Web sur la santé publique avec accès à des données probantes et de la documentation.

Méthodes et outils les plus souvent employés : revues; lignes directrices pour la pratique; modèles et cadres théoriques; livres; et sites Web sur la santé publique.

En plus des méthodes et outils énumérés, les répondants devaient indiquer ceux qui manquaient. Ils ont fourni 138 suggestions, notamment des méthodes de communication comme des congrès, des discussions avec des collègues, des serveurs de liste, des réunions et des réseaux d'échange de pratiques. Ils ont mentionné l'Internet, les ateliers et les séminaires. Des informateurs clés ont été indiqués, en particulier des collègues possédant des compétences particulières.

Méthodes et outils non disponibles (lacunes)

En tout, 16 des méthodes et outils d'application des connaissances qui ont été inclus dans le sondage figuraient comme étant possiblement NON disponibles aux répondants (annexe 11). Sur les 377 participants qui ont répondu à la question, 188 (49,9 %) ont précisé qu'ils n'avaient pas accès à un format normalisé pour les examens et les lignes directrices, les aides à la prise de décisions et les algorithmes. Ils ont été 181 (48 %) à répondre qu'ils ne disposaient pas de guides pour savoir comment effectuer des examens systématiques. De plus, 169 (44,8 %) de ceux qui ont répondu à la question n'avaient pas accès à des sommaires concis et conviviaux d'examen systématiques.

**L'importance
de travailler en
collaboration
avec d'autres
organismes et
services
d'application et
de courtage des
connaissances**

Interrogés sur les autres méthodes et outils d'application des connaissances qui n'étaient pas disponibles, 53 (14,1 %) seulement des 377 répondants ont donné une réponse. Neuf d'entre eux ont dit n'éprouver aucun problème de disponibilité, mais sept ont souligné que leur défi était le manque de temps.

Cote des priorités

Seize activités prioritaires ont été extraites des réponses des informateurs clés et incluses dans le sondage (annexe 12). Les participants devaient coter chaque activité potentielle du CNC - MO à l'aide d'une échelle de 1 à 5 allant de « très peu prioritaire » à « très prioritaire ».

Voici la liste des dix grandes priorités établies selon le pointage accumulé pour les catégories « passablement prioritaire » et « très prioritaire » :

1. créer un recueil en ligne de la pratique fondée sur des données probantes en santé publique;
2. créer des sommaires conviviaux à partir d'examens systématiques;
3. créer une structure de soutien pour mettre en commun les renseignements entre les bureaux de santé et les organismes;
4. évaluer l'impact de l'application des données probantes dans la pratique;
5. développer des compétences en transmission des connaissances (comment intégrer les résultats à la pratique et à l'élaboration des politiques);
6. amener les leaders à contribuer à l'exploitation des données probantes dans la pratique;
7. développer des compétences en synthèse et en diffusion des connaissances;
8. élaborer et mettre à l'épreuve des stratégies de diffusion pour améliorer l'exploitation des données probantes;
9. combler le vide entre le CNC - MO et les fournisseurs de services directs;
10. fournir des méthodes normalisées d'évaluation de la qualité des données probantes.

Bien que certaines personnes nous aient dit, pendant les entrevues, qu'elles n'avaient pas facilement accès à la technologie de l'information requise pour obtenir des renseignements de qualité sur la santé, la priorité désignée comme la moins importante du CNC - MO était d'augmenter l'accès aux ordinateurs, à Internet et aux autres technologies d'information et de communication.

Autres priorités

Lorsqu'on leur a demandé de suggérer d'autres activités prioritaires, 57 répondants ont donné leurs idées. Plusieurs d'entre eux ont souligné l'importance de travailler en collaboration avec d'autres organismes et services d'application et de courtage des connaissances. En particulier, le portail des pratiques exemplaires concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques a été mentionné plusieurs fois. La nécessité d'éviter de dédoubler les efforts a été évoquée à maintes reprises. Bon nombre des autres suggestions représentaient des variations de la liste d'activités prioritaires possibles qui avait été proposée.

Autres termes

Afin de tenter de faire face à l'incertitude et au débat entourant les termes « application des connaissances » et « méthodologies et outils », les auteurs ont inclus dans le sondage une question où elles demandaient si « d'autres termes ...étaient couramment employés pour désigner les mêmes choses. »

Sur les 98 personnes qui ont répondu, 12 ont déclaré que « méthode », un terme plus simple, était plus souvent utilisé que « méthodologies ». Parmi les autres figuraient processus, stratégies et ressources. Treize répondants ont dit utiliser « échange de connaissances » au lieu d'« application des connaissances », et huit autres ont dit préférer transmission des connaissances. À l'Institut d'été 2006 des NCC, les termes « synthèse, transmission et échange des connaissances » étaient fréquemment utilisés.

Organismes

L'annexe 13 résume les données recueillies pendant le sondage en rapport avec la question ouverte suivante : « veuillez indiquer des organismes de recherche en santé publique ou en soins de santé généraux qui, selon vous, diffusent efficacement des méthodes ou des outils en santé publique, ou les deux, pour l'application des connaissances à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques ou des praticiens, ou des deux. »

Il y a eu 211 réponses à cette question, et 162 organismes distincts ont été mentionnés. Les plus souvent mentionnés étaient le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) (28), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (22), l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) (20), The Cochrane Collaboration (15), l'Association canadienne de santé publique (ACSP) (14), diverses universités (14), la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) (12), health-evidence.ca (12), l'Institut canadien

Selon les réponses obtenues, 162 organismes diffusent efficacement des méthodes ou des outils en santé publique, ou les deux, pour l'application des connaissances à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques ou des praticiens.

d'information sur la santé (ICIS) (8), Santé Canada (8), et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (8).

Parmi les autres réponses, figuraient des méthodes de diffusion que les gens jugeaient efficaces (p. ex., les congrès), des disciplines précises que les répondants croient être de bons diffuseurs (p. ex., celle des épidémiologistes), et des personnes en particulier. Ces données n'ont pas été incluses dans les annexes mais peuvent être obtenues auprès des auteurs.

Les informateurs clés

Comme les informateurs clés qui ont été interrogés, les répondants en ligne se sont avérés très utiles, car ils ont indiqué plus de 300 personnes un peu partout au Canada qui, selon eux, devraient intervenir au Conseil consultatif du CNC - MO. Les noms et les coordonnées ne sont pas inclus dans le rapport, mais ils seront fournis au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à l'Agence de santé publique du Canada et aux administrateurs du CNC - MO.

Discussion

Avec l'aide des trois organismes de santé publique et de l'outil de sondage d'analyse de l'environnement (SurveyMonkey), il a été possible de mener le sondage auprès de nombreuses personnes du milieu de la santé publique sur une courte période et à peu de frais directs. Bien que le taux de réponse ait été faible (21 %), les auteures se sont dit heureuses d'obtenir l'avis d'un total de 539 répondants à l'échelle nationale.

Les méthodes et outils d'application des connaissances qui sont employés actuellement sont des sources courantes de renseignements (p. ex., les revues et les livres). Une ou deux des ressources les plus avancées (p. ex., les sources de renseignements synthétisés ou les examens systématiques et les réseaux d'échange de connaissances) ont été indiquées comme étant utilisées chaque semaine ou chaque mois. De toute évidence, les praticiens de la santé publique, les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs doivent être informés des nombreuses autres sources de données probantes pour la prise de décisions en santé publique. Cette conclusion est confirmée par le nombre de méthodes et d'outils d'application des connaissances auxquels les répondants disent ne pas avoir accès (p. ex., les sommaires conviviaux d'examens systématiques).

Comme avant, les auteures s'intéressaient surtout à la définition et à la cotation des activités prioritaires potentielles pour le CNC - MO. L'apport de

tant de personnes jouant divers rôles dans différents cadres et situations s'est avéré précieux. Les activités incluses dans le sondage d'analyse de l'environnement ont été reportées aux sondages Delphi modifiés d'établissement des priorités.

Le langage est important dans toute entreprise. Les mots employés pour étiqueter, définir et décrire les notions sont essentiels à une communication efficace et à une compréhension commune. Le feed-back des répondants en ligne porterait à croire que le CNC - MO devrait utiliser « méthodes et outils » et « échange de connaissances » au lieu d'« application des connaissances ».

**Le langage
est important.**

L'appel des informateurs clés à une collaboration entre le CNC - MO et les nombreux autres organismes d'application des connaissances a été renforcé par le grand nombre d'organismes indiqués dans le sondage comme étant actifs dans le domaine de la diffusion efficace de méthodes et d'outils en santé publique pour l'application des connaissances à l'intention des décideurs et des praticiens. Une autre analyse de l'environnement réalisée actuellement par John Lavis et Sonya Corkum englobe un sondage auprès d'organismes sur les « pratiques de développement et d'échange des connaissances en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques ». Les résultats contribueront à mieux comprendre un bon nombre de ces organismes.

SONDAGES DELPHI MODIFIÉS D'ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS

Objet

Afin de permettre à un groupe assez important de praticiens de la santé publique, de gestionnaires, de responsables de l'élaboration des politiques et de chercheurs à prendre des décisions rapides, on s'est servi d'une technique Delphi modifiée.

Le quatrième et dernier élément de l'analyse de l'environnement avait pour but d'établir un ensemble clair de tâches prioritaires initiales pour le CNC - MO. Afin de permettre à un groupe assez important de praticiens de la santé publique, de gestionnaires, de responsables de l'élaboration des politiques et de chercheurs à prendre des décisions rapides, on s'est servi d'une technique Delphi modifiée.

Étant donné que le CNC - MO sera une ressource nationale pour les personnes travaillant en santé publique dans tous les territoires canadiens, les auteures ont pensé qu'il était important d'inviter la participation d'un groupe varié de gens d'un peu partout au pays. Même si une réunion en personne aurait eu certains avantages, l'organiser en juillet était prohibitif du point de vue du temps et des coûts. On a donc jugé qu'une série de trois sondages en ligne serait plus réalisable et efficace.

Participants

En tout, 188 personnes ont été invitées à participer au processus final d'établissement des priorités. La liste choisie englobait les 106 répondants ayant participé au sondage d'analyse de l'environnement et qui ont accepté de prendre part au sondage Delphi. De plus, 55 personnes désignées comme informateurs clés par les répondants ont été incluses. Les administrateurs des cinq CNC actuels ont été ajoutés à la liste, en plus de ceux du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique de l'Ontario. Enfin, un groupe d'informateurs clés de la phase 2 et quelques spécialistes en application des connaissances se sont vus demander de contribuer au processus d'établissement des priorités.

Soixante des 188 participants invités ont répondu au premier sondage et se sont engagés à remplir les deux sondages suivants.

L'invitation et le sondage initial ont été envoyés par la poste le lundi 26 juin 2006. Les participants potentiels ont été informés que le sondage en trois étapes serait mené sur une période de trois semaines, soit du 26 juin au 14 juillet. Si les participants ne pouvaient participer pendant les trois semaines, ils devaient se retirer, et leur nom était enlevé de la liste.

Soixante des participants invités ont répondu au premier sondage et se sont engagés à remplir les deux sondages suivants. Le taux de réponse était donc de 32 %. Quarante-neuf d'entre eux ont rempli le deuxième sondage, et 51 ont répondu au troisième. Les questions démographiques ont été

incluses seulement dans le sondage final pour que les questionnaires soient le plus court et le plus facile possible à remplir.

Le détail des résultats est exposé à l'annexe 14, mais voici le profil global des 51 répondants :

- Comme l'indiquaient les résultats antérieurs, le principal groupe de répondants venait de l'Ontario; cette fois-ci, malheureusement, il n'y avait aucun collaborateur du Nunavut, de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard ou du Yukon.
- Les trois principaux groupes de répondants étaient des responsables de l'élaboration des politiques (11), des chercheurs (11) et des évaluateurs de programmes (10).
- Conformément aux disciplines prédominantes, la fonction la plus courante était la recherche ou l'évaluation de programmes.
- Les femmes étaient quatre fois plus nombreuses que les hommes; une personne n'a pas précisé son sexe.
- Vingt (41 %) des répondants étaient âgés de 50 à 59 ans.

Méthodes et analyse

Encore une fois, les auteures se sont servies de SurveyMonkey pour mener trois sondages en ligne consécutifs et analyser les résultats. Le premier sondage a été envoyé le lundi 26 juin, un rappel a été mis à la poste le 28 juin, et les participants devaient avoir répondu le vendredi 30 juin. Le deuxième sondage a été envoyé le lundi 3 juillet, le rappel a été posté le 6 juillet, et les répondants devaient avoir répondu le vendredi 7 juillet. Le troisième et dernier sondage a été envoyé le lundi 10 juillet, le rappel a été posté le 17 juillet, et les répondants ont eu jusqu'au 21 juillet pour répondre.

En raison de la similarité du questionnaire et des résultats, seul le troisième questionnaire a été inclus à l'annexe 15 (les autres peuvent être obtenus sur demande). Vingt-quatre priorités potentielles ont été dérivées des résultats du sondage d'analyse de l'environnement et incluses dans la phase un du processus Delphi. Dans ce premier sondage, les participants devaient indiquer si les priorités étaient grandes, moyennes ou faibles et pouvaient répondre qu'ils ne savaient pas. De plus, ils étaient encouragés à suggérer d'autres priorités.

Quatorze des priorités qu'au moins 40 % des répondants avaient jugées « grandes » ont alors été incluses dans le deuxième sondage, en plus d'une qui découlait de la question ouverte et qui offrait un point de vue nouveau. Dans ce sondage, les participants devaient classer les 15 priorités pour que les dix activités principales puissent être incluses dans le troisième et dernier sondage.

La priorité n° 1 consistait à créer une structure de soutien pour le partage de renseignements entre les bureaux de santé, les organismes et les institutions.

Résultats

Le processus Delphi nous a permis de réduire les données; seules les réponses au dernier sondage ont été indiquées.

La liste complète des priorités figure à l'annexe 16. Les cinq principales activités du CNC – MO sont les suivantes :

1. créer une structure de soutien afin de mieux partager les renseignements entre les bureaux de santé, les organismes et les institutions;
2. renforcer le leadership pour encourager le recours à des données probantes dans la pratique et les politiques;
3. créer des sommaires conviviaux d'après des examens systématiques;
4. créer une ressource en ligne (l'endroit où aller) de données probantes pour la pratique en santé publique;
5. intégrer dès le départ des praticiens de première ligne au CNC – MO.

Discussion

Le classement des activités a évolué quelque peu au cours des trois sondages, mais les résultats finals fournissent une liste claire d'activités recommandées pour le CNC – MO, au moment où il commence son travail. La nécessité d'un mécanisme de partage des renseignements entre les bureaux de santé, les organismes et les institutions a été établie lors des premières entrevues avec les informateurs clés et est demeurée une priorité tout au long des divers sondages. Les informateurs clés ont aussi mentionné l'importance de leaders qui sont au courant de l'application des connaissances en santé publique et favorables à cette idée, et les répondants aux sondages ont également jugé qu'il s'agissait d'une priorité. La création et la diffusion de sommaires conviviaux d'après des examens systématiques est une fonction évidente du CNC - MO.

Le CNC - MO devrait songer à intégrer non seulement les praticiens de première ligne, mais aussi les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs, en plus de représentants des autres CNC.

La nécessité d'une ressource en ligne (un endroit où aller) de données probantes pour appuyer la prise de décisions en santé publique est généralement acceptée. Cependant, les répondants ont conseillé au Centre de coordonner ses efforts avec d'autres initiatives, comme le nouveau portail des pratiques exemplaires concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, au lieu de « créer » une autre ressource. Le Centre devra évaluer et planifier avec soin la mise en œuvre de cette priorité. Enfin, « intégrer des praticiens de première ligne » est demeuré une priorité tout au long des différentes étapes de l'analyse de l'environnement. Étant donné la documentation qui témoigne de la nécessité de faire intervenir les utilisateurs cibles dans toutes les phases de l'application des connaissances (synthèse, diffusion, accès, utilisation et intégration), le CNC - MO devrait songer à intégrer non seulement les

praticiens de première ligne, mais aussi les gestionnaires, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs, en plus de représentants des autres CNC.

SOMMAIRE, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Sommaire

Tout nouvel organisme fait bien de procéder à une analyse de l'environnement dans le cadre de ses activités de démarrage. La Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a conclu une entente avec les auteures, au nom du Programme REDSP de l'Ontario, afin qu'elles effectuent une analyse de l'environnement pour le Centre national de collaboration de la mise au point de méthodes et d'outils en santé publique (CNC - MO).

L'analyse a été réalisée sur une période de quatre mois, soit d'avril à juillet 2006, et comprenait les quatre éléments suivants :

1. un examen exhaustif des publications et de la littérature grise;
2. une série de 12 entrevues téléphoniques avec des informateurs clés;
3. un sondage d'analyse de l'environnement mené auprès de plus de 500 intervenants de la santé publique un peu partout au Canada;
4. un sondage en trois étapes réalisé à l'aide d'une technique Delphi modifiée.

Grâce au concours de plusieurs personnes et organismes, les objectifs suivants ont été atteints :

1. déterminer et définir la signification des méthodes et des outils en santé publique aux yeux des utilisateurs cibles;
2. identifier les méthodes et les outils actuels;
3. indiquer les méthodes et les outils qui sont requis, mais qui ne sont pas encore disponibles (soit, les lacunes);
4. établir l'ordre de priorité du plan d'action d'après les lacunes signalées pour le premier plan de travail du CNC – MO;
5. identifier à l'échelle nationale les experts qui sont prêts à s'engager dans la création du réseau et du Conseil consultatif du CNC – MO.

Conclusions

Voici les cinq grandes activités de travail qui sont ressorties principalement de l'analyse en ce qui concerne le CNC – MO :

1. créer une structure de soutien qui favoriserait le partage de renseignements entre les bureaux de santé, les organismes et les institutions;
2. renforcer le leadership pour encourager le recours à des données probantes dans la pratique et les politiques;
3. créer des sommaires conviviaux à partir d'examens systématiques;
4. créer une ressource en ligne (l'endroit où aller) de résultats pour la pratique en santé publique;
5. intégrer dès le départ des praticiens de première ligne au CNC – MO.

Recommandations

Voici les recommandations que l'on propose au nouveau CNC – MO d'étudier.

1. Comme peu d'études d'interventions de grande qualité ont été trouvées sur l'application des connaissances dans le domaine de la santé publique, le CNC - MO devrait songer à recommander que divers organismes de financement établissent un fond spécial de recherche sur cette question.
2. Les quelques travaux réalisés à ce jour ont eu un impact limité sur l'évolution du comportement des praticiens en ce qui touche l'utilisation des résultats de recherche. Le CNC – MO devrait détailler les leçons tirées de la documentation afin de formuler des recommandations concernant les essais à venir. Le CNC – MO devrait s'appuyer sur les constatations qualitatives et celles des sondages qui supposent la nécessité de développer le leadership et de changer la culture pour favoriser le changement de comportement individuel.
3. Il faudrait classer par ordre de priorité les sujets de synthèse relatifs à la documentation compilée aux fins de la présente analyse afin de produire différents types de documents, notamment des outils et des critères d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité; des outils et des produits spécifiques pour la transmission des connaissances; et un recueil d'outils d'évaluation critique.
4. Parmi les recommandations visant l'utilisation améliorée de la recherche par les décideurs, on note la communication personnelle étroite et bidirectionnelle; un bref sommaire des recherches avec des recommandations claires concernant les politiques; des sommaires produits en temps opportun, pertinents et de grande qualité comprenant des données sur l'efficacité; une pertinence confirmée par rapport aux besoins de la collectivité et aux politiques en place.
5. Il faut élaborer différentes interventions pour les groupes interdisciplinaires dans divers domaines d'intérêt et dans diverses disciplines d'un même domaine.
6. Les changements organisationnels et l'élaboration de politiques pourraient être des domaines stratégiques à prioriser dans les recherches du CNC - MO.
7. Le développement du leadership en application des connaissances devrait être une priorité pour que des changements organisationnels puissent avoir lieu.
8. Il y aurait lieu d'étudier le langage employé par le CNC - MO en consultation avec l'Agence de santé publique du Canada et les autres CNC. En particulier, les résultats portent à croire qu'il serait préférable d'employer « méthodes » au lieu de « méthodologies » et « échange de connaissances » au lieu de « transmission des connaissances ».
9. Les tâches prioritaires relevées dans la présente analyse devraient faire l'objet de discussions avec l'Agence de santé publique du Canada et les autres CNC et devraient être approuvées par le Conseil consultatif du CNC - MO.

10. Les résultats portent clairement à croire que le CNC - MO devrait collaborer avec d'autres organismes et services d'application des connaissances au sein de l'ASPC et un peu partout au pays. Pendant la période de démarrage du CNC - MO, des consultations devraient avoir lieu avec les différentes divisions de l'ASPC, les autres CNC et des experts de l'application des connaissances de partout au Canada.

11. Le CNC - MO devrait éviter de gaspiller du temps et des ressources à créer une autre ressource en ligne d'information sur la santé publique. Il devrait plutôt examiner la possibilité de se joindre à un autre portail, comme celui des pratiques exemplaires concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques, afin d'inclure tous les aspects de la santé publique et de la promotion de la santé.

12. Il faudrait établir un programme permanent de mise en valeur et de communication pour informer le milieu de la santé publique du rôle, des fonctions et des ressources du CNC - MO.

13. Dès le départ, le CNC - MO devrait créer des moyens efficaces et efficients de collaborer avec des représentants de ses publics cibles, y compris les praticiens de première ligne, les gestionnaires, les décideurs et responsables de l'élaboration des politiques, les chercheurs et les cinq autres CNC.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aaserud, M., Lewin, S., Innvaer, S., Pahlson, E. J., Dahlgren, A. T., Trommald, M. et coll. (2005). Translating research into policy and practice in developing countries: A case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia, *BMC Health Serv Res*, 5, 05, article
- Adily, A., Westbrook, J. I., Coeira, E. W. et Ward, J. E. (2004). Use of on-line evidence databases by Australian public health practitioners, *Med Inform Internet Med*, 29, 127-136
- Ahern, D. K., Kreslake, J. M. et Phalen, J. M. (2006). What is eHealth (6): perspectives on the evolution of eHealth research, *J Med Internet Res*, 8, e4
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research (1999). *Research in practice task force - Analysis of Written Responses to the "Where to From Here" Consultation Document*,
- Andreasson, S., Hjalmarsson, K. et Rehnman, C. (2000). Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: A feasibility study, *Alcohol & Alcoholism*, 35
- Bedregal, P. et Ferlie, E. (2001). Evidence based primary care? A multi-tier, multiple stakeholder perspective from Chile, *Int J Health Plann Manage*, 16, 47-60
- Birdsell, J. M., Thornley, R., Landry, R., Estabrooks, C. A. et Mayan, M. (2005). The utilization of health research results in Alberta, *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*
- Borenstein, J., Chiu, C. F., Henning, J. M., Wilson, A., Hohlbauch, A. A., Richards, M. S. et coll. (2003). Physician attitudes toward strategies to promote the adoption of medical evidence into clinical practice, *Am J Manag Care*, 9, 01
- Bowen, S., Martens, P. et The Need to Know Team (2005). Demystifying knowledge translation: learning from the community, *J Health Serv Res Pol*, 10, 203-211
- Bradley, E. H., Webster, T. R., Baker, D., Schlesinger, M., Inouye, S. K., Barth, M. C. et coll. (2004). Translating research into practice: speeding the adoption of innovative health care programs, *Issue Brief, (Commonw.Fund.)*, 1-12
- Burnett, S. M., Williams, D. A. et Webster, L. (2005). Knowledge support for interdisciplinary models of healthcare delivery: A study of knowledge needs and roles in managed clinical networks, *Health Informatics Journal*, 11
- Camiletti, Y. A. & Huffman, M. C. (1998). Research utilization: evaluation of initiatives in a public health nursing division, *Can J Nurs Adm*, 11, 59-77

- Cheater, F. M., Baker, R., Reddish, S., Spiers, N., Wailoo, A., Gillies, C. et coll. (2006). Cluster randomized controlled trial of the effectiveness of audit and feedback and educational outreach on improving nursing practice and patient outcomes, *Med.Care*, 44, 542-55.
- DePue, J. D., Goldstein, M. G., Schilling, A., Reiss, P., Papandonatos, G., Sciamanna, C. et coll. (2002). Dissemination of the AHCPR clinical practice guideline in community health centres, *Tobacco Control*, 11, 329-335
- Dobbins, M., Cockerill, R., Barnsley, J. et Ciliska, D. (2001a). Factors of the innovation, organization, environment, and individual that predict the influence five systematic reviews had on public health decisions, *Int J Technol Assess Health Care*, 17
- Dobbins, M., Cockerill, R. et Barnsley, J. (2001b). Factors affecting the utilization of systematic reviews. A study of public health decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*, 17, 203-214
- Dobbins, M., DeCorby, K. et Twiddy, T. (2004a). A knowledge transfer strategy for public health decision makers, *Worldviews Evid Based Nurs*, 1, 120-128
- Dobbins, M., Thomas, H., O'Brien, M. A. et Duggan, M. (2004b). Use of systematic reviews in the development of new provincial public health policies in Ontario, *Int J Technol Assess Health Care*, 2004
- Egan, M., Dubouloz, C. J., Rapport, S., Polatajko, H., Von Zweck, C., King, J. et coll. (2004). Enhancing research use through online action research, *Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue Canadienne d'Ergotherapie*, 71, 230-237
- Estabrooks, C. & Chong, H. (2003). *The Utilization of Health Research Results in Alberta: Alberta Nurse Survey Technical Report* (Rep. No. March 2003)
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K. et Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice, *Can J Nurs Res*, 37, 118-140
- Estabrooks, C. A. (1999a). Modeling the individual determinants of research utilization, *West J Nurs Res*, 21, 758-772
- Estabrooks, C. A. (1999b). The conceptual structure of research utilization. *Res Nurs Health*, 22, 203-216
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A. et Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review, *J Adv Nurs*, 43, 506-520
- Feightner, J. W., Marshall, J. N., Sangster, L. M., Wathen, C. N. et Quintana, Y. (2001). Evidence-based preventive practice guidelines. Qualitative study of useful resources on the Internet, *Can Fam Physician*, 47, 1577-1583

- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. et Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa (Floride) University of South Florida
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2003). La théorie et la pratique du courtage de connaissances dans le système de santé canadien, consulté pour la dernière fois en septembre 2006, à l'adresse www.chsrf.ca
- Graham, I. D. & Grimshaw, J. (2005). How Are Canadian Health Researchers Promoting The Uptake Of Their Research?, consulté pour la dernière fois en septembre 2006, à l'adresse www.cihr-irsc.gc.ca/e/29492.html
- Graham, I. D., Beardall, S., Carter, A. O., Tetroe, J. et Davies, B. (2003). The state of the science and art of practice guidelines development, dissemination and evaluation in Canada, *J Eval Clin Pract*, 9, 195-202
- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C. et coll. (2006). Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998, *J Gen Intern Med*, 21 Suppl 2, S14-S20
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L. et coll. (2001). Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions, *Med Care*, 39, 112-45
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L. et coll. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, *Health Technol Assess*, 8, iii-72
- Ho, K., Jarvis-Selinger, S., Fedeles, M. et coll. (2006). Knowledge Translation and Learning Technologies: Perspectives, Considerations, and Essential Approaches, University of British Columbia and the Michael Smith Foundation For Medical Research
- Initiative sur la santé de la population canadienne (2006). Outils d'échange des connaissances : Exploration des pratiques exemplaires dans la recherche en politiques, 1-15
- Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M. et Oxman, A. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review, *J Health Serv Res Policy*, 7, 239-244
- Instituts de recherche en santé du Canada (2006). Recueil : Mise en application des connaissances sur la santé publique et des populations, consulté pour la dernière fois en septembre 2006, à l'adresse <http://www.irsc.gc.ca/f/30739.html>

- Instituts de recherche en santé du Canada et Initiative sur la santé de la population canadienne (2002). Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations, consulté pour la dernière fois en septembre 2006, à l'adresse <http://www.irsc.gc.ca/f/27325.html>
- Kiefer, L., Frank, J., Di Ruggiero, E., Dobbins, M., Manuel, D., Gully, P. R. et coll. (2005). Fostering evidence-based decision-making in Canada: examining the need for a Canadian population and public health evidence centre and research network, *Can J Public Health*, 96, 11-40
- LaPelle, N. R., Luckmann, R., Simpson, E. H. et Martin, E. R. (2006). Identifying strategies to improve access to credible and relevant information for public health professionals: a qualitative study, *BMC Public Health*, 6, 89
- Lavis, J. N. (2006). Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges, *J Contin Educ Health Prof*, 26, 37-45
- Lavis, J. N., Lomas, J., Hamid, M. et Sewankambo, N. K. (2006). Assessing country-level efforts to link research to action, consulté pour la dernière fois en septembre 2006, à l'adresse <http://www.who.int/bulletin/current/policyandpractice/en/>
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., McLeod, C. B. et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q*, 81, 221-222
- Lia-Hoagberg, B., Schaffer, M. et Strohschein, S. (1999). Public health nursing practice guidelines: an evaluation of dissemination and use, *Public Health Nurs*, 16, 397-404
- Milner, M. F., Estabrooks, C. A. et Humphrey, C. (2005). Clinical nurse educators as agents for change: increasing research utilization, *Int J Nurs Stud*, 42, 899-914
- Organisation mondiale de la Santé (2005). Bridging the "know-do" gap: Meeting on knowledge translation in global health. 1-17, consulté pour la dernière fois en septembre 2006, à l'adresse http://www.who.int/entity/kms/KTGH_meeting_report_Oct'05.pdf
- Ouimet, M., Landry, R., Amara, N. et Belkhodja, O. (2006). What factors induce health care decision-makers to use clinical guidelines? Evidence from provincial health ministries, regional health authorities and hospitals in Canada, *Soc Sci Med*, 62, 964-976
- Profetto-McGrath, J., Hesketh, K. L., Lang, S. et Estabrooks, C. A. (2003). A study of critical thinking and research utilization among nurses. *West J Nurs Res*, 25, 322-337
- Riley, B., Elliott, S., Taylor, M., Cameron, R. et Walker, R. (2001). Dissemination of heart health promotion: lessons from the Canadian Heart Health Initiative Ontario Project, *Promotion and Education Suppl*, 1, 26-30

- Thomason, M., Cluzeau, F., Littlejohns, P., Ollenschlaeger, G., Grilli, R., Rico-Iturrioz, R. et coll. (2000). Guideline development in Europe: An international comparison, *Int J Technol Assess Health Care*, 16, 1039-1049
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A. et Thompson, D. R. (2001). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings, *J Adv Nurs*, 36, 11-22
- Thomson, O. B., Freemantle, N., Oxman, A. D., Wolf, F., Davis, D. A. et Herrin, J. (2006a). Continuing education meetings and workshops [examen systématique], *Cochrane Database Syst Rev*
- Thomson, O. B., Oxman, A. D., Davis, D. A., Haynes, R. B., Freemantle, N. et Harvey, E. L. (2006b). Audit and feedback versus alternative strategies [examen systématique], *Cochrane Database Syst Rev*
- Thomson, O. B., Oxman, A. D., Haynes, R. B., Davis, D. A., Freemantle, N. et Harvey, E. L. (2006c). Local opinion leaders [examen systématique], *Cochrane Database Syst Rev*
- Thomson, O. B., Oxman, A. N., Haynes, R. B., Davis, D. A., Freemantle, N. et Harvey, E. L. (2006d). Educational outreach visits [examen systématique], *Cochrane Database Syst Rev*
- von Lengerke, T., Rutten, A., Vinck, J., Abel, T., Kannas, L., Luschen, G. et coll. (2004). Research utilization and the impact of health promotion policy, *Sozial- und Praventivmedizin.*, 49
- Weatherly, H., Drummond, M. et Smith, D. (2002). Using evidence in the development of local health policies. Some evidence from the United Kingdom, *Int J Technol Assess Health Care*, 18, 771-781
- Yasnoff, W. A., Overhage, J. M., Humphreys, B. L., LaVenture, M., Goodman, K. W., Gatewood, L. et coll. (2001). A national agenda for public health informatics, *J Public Health Manag Pract*, 7, 1-21