



National Collaborating Centre  
for Methods and Tools

---

Centre de collaboration nationale  
des méthodes et outils

**Puis-je utiliser ces données probantes pour choisir mes programmes?**

**Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes**

**Novembre 2007**

**C. Buffett, D. Ciliska, H. Thomas**

**Personne-ressource :**

**D. Ciliska**

**[ciliska@mcmaster.ca](mailto:ciliska@mcmaster.ca)**

**Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)  
School of Nursing, McMaster University  
Bureau 302, 1685, rue Main Ouest  
Hamilton ON L8S 1G5  
Tél. : (905) 525-9140, poste 20455  
Télec. : (905) 529-4184**

**Affilié à McMaster University  
Financé par l'Agence de santé publique du Canada**

# SOMMAIRE

## Objet

Le présent document d'information a pour objet de résumer la littérature actuelle et de définir les critères et un processus pour évaluer l'applicabilité (faisabilité) et la transférabilité (généralisabilité) des données probantes à la pratique et aux politiques en santé publique. Il a ensuite servi à élaborer un outil (annexe 1) pour aider les gestionnaires et les planificateurs en santé publique à décider des priorités de programme pour leur collectivité. L'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité découle de l'évaluation critique de toute étude; une fois que les résultats d'étude sont jugés valides, comment pouvez-vous déterminer si l'intervention pourrait donner des résultats semblables dans d'autres secteurs?

## Méthodes

La littérature examinée aux fins du présent document englobait toute celle (grise et publiée) qui a servi à l'analyse de la conjoncture pour le CCNMO, les références trouvées dans des bibliographies et indiquant d'autres travaux pertinents qui apporteraient des notions précises pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité et les passages tirés d'un examen à jour réalisé (de juin 2006 à février 2007) à l'aide de méthodes de recherche raffinées pour se concentrer sur les notions d'applicabilité et de transférabilité.

## Conclusions

Aucune donnée probante primaire et empirique ne valide la sélection de critères d'applicabilité et de transférabilité des données probantes pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes en santé publique. Les examens, les réflexions, les expériences, les histoires et les notions théoriques forment les critères et les processus suggérés dans le présent document :

1. l'évaluation de l'applicabilité (faisabilité) renvoie à l'idée qui consiste à savoir s'il est possible d'assurer une intervention dans un cadre local; les attributs de faisabilité comprennent le climat ou l'influence politique, les obstacles politiques, l'acceptabilité sociale, l'intervention adaptée aux conditions locales, les ressources essentielles disponibles, les organismes pouvant fournir l'intervention, mais aussi l'expertise et la capacité organisationnelles;
2. les critères de transférabilité (généralisabilité) renvoient à l'idée qui consiste à savoir si l'intervention permet d'obtenir les mêmes résultats à l'échelle locale; les attributs de transférabilité comprennent l'ampleur des questions de santé au niveau local, l'ampleur de la portée et de la rentabilité de l'intervention, les caractéristiques de la population cible et la capacité globale de la collectivité à réaliser l'intervention;
3. les questions d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité, définies dans le présent document d'information, ont été synthétisées et la liste en est jointe (à l'annexe 1); on a constaté un certain chevauchement entre les deux séries d'attributs;
4. le processus inclut les étapes suivantes :
  - a) les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs en santé publique doivent collaborer étroitement avec les parties intéressées et les chercheurs afin que les meilleures données probantes soient disponibles,

- utiles et pertinentes et que la recherche soit applicable à la pratique; cette étape exige de trouver et d'évaluer les études pertinentes;
- b) il faudrait que des groupes intersectoriels, multidisciplinaires et de consommateurs interviennent lorsqu'il s'agit de déterminer lesquelles des questions d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité sont les plus importantes pour l'intervention d'intérêt et le contexte local et s'il faudrait les pondérer; il faut pleinement tenir compte du contexte local lorsque des interventions sont évaluées aux fins d'application à la pratique ou aux politiques; il y a lieu d'évaluer les critères en fonction du contexte géopolitique, sociodémographique et organisationnel (« fonctionnel ») de l'intervention;
  - c) il faut tenir une documentation sur les décisions prises concernant les critères choisis et le processus décisionnel afin de fournir des registres explicites sur le processus.

### **Remerciements**

Nous aimerions remercier Colleen VanBerkel et Charelene Beynon pour leur rétroaction utile sur l'outil et le document, ainsi que Jenny Marrone et Lina Tirilis pour leur travail sur les références et le formatage.

# Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes

C. Buffett, D. Ciliska, H. Thomas

## ***Introduction***

Les connaissances qui influencent la mise en place et l'utilisation d'interventions et de stratégies en santé publique sont de plus en plus grandes. Le pont entre les données probantes et la pratique se construit pour favoriser l'obtention de résultats positifs en santé pour les particuliers et les collectivités. Cependant, la recherche est limitée par les méthodes utilisées pour influencer positivement l'application de ces pratiques « exemplaires » à la pratique et aux politiques en santé publique.

En 2006, on a retenu les services d'un groupe d'auteurs pour qu'ils réalisent une analyse de la conjoncture au nom du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. L'analyse avait pour but de définir les priorités afin de concentrer et d'orienter la mise au point du plan de travail initial pour le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO). Le rapport final sur l'analyse a été soumis au REDSP en septembre 2006.

Treize grandes recommandations ont été établies dans le rapport, ce qui a influencé l'élaboration du plan de travail ciblé. Le CCNMO voulait synthétiser la littérature et produire trois documents d'information sur des sujets précis concernant la synthèse, l'application et l'échange des connaissances. L'une de ces recommandations portait sur l'évaluation de la faisabilité et de la transférabilité.

Le processus de transfert des connaissances ou d'application des données probantes à la pratique et aux politiques en santé publique n'est pas linéaire ou unidimensionnel. Il s'agit plutôt d'une synthèse multifactorielle et complexe de la science et de l'art de la prise de décisions. Le présent document est axé sur l'étape qui suit la définition des questions, la recherche et la récupération de littérature et l'évaluation critique. Si les méthodes indiquées dans l'étude sont jugées suffisamment valides et les résultats assez importants, l'étape suivante du transfert des connaissances consiste à décider si l'intervention devrait être employée. Le présent document d'information portera sur la faisabilité et la transférabilité des données probantes dans les domaines de la pratique et de la prise de décisions en santé publique. Les critères pertinents seront définis dans le but d'influencer le processus décisionnel concernant l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de services en santé publique.

## ***Méthodes***

Voici quelles ont été les méthodes employées pour recueillir la littérature pertinente aux fins du présent document d'information :

- examen de la littérature récupérée pendant l'analyse de la conjoncture pour le plan de travail relatif au CCNMO (Ciliska, Clark, Thomas, Valaitis, & VanBerkel, 2006);
- examen des références tirées de l'examen de la littérature en vue de solliciter d'autres travaux se rapportant à l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des connaissances;
- examen de la littérature nouvelle et connexe (de juin 2006 à février 2007).

Les méthodes globales de recherche de littérature pour les ouvrages publiés de 1996 à 2006 sont entièrement décrites dans le rapport final d'analyse de la conjoncture sur le CCNMO (Ciliska, Clark, Thomas, Valaitis, & VanBerkel, 2006). Pour l'analyse de la conjoncture, l'extraction complète des données a été réalisée dans 234 articles. Ces articles ont été étudiés en vue de trouver des données concernant le sujet ciblé, soit l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité, c'est-à-dire la définition de critères pour décider si les données probantes peuvent être transférées dans un cadre régional et comment le faire. Vingt-huit articles, où figuraient certaines données ou recommandations pertinentes sur le sujet, sont initialement ressortis de l'examen. Pendant cette première phase d'examen de la littérature, 12 autres articles ont été tirés des références fournies.

Un bibliothécaire qualifié a effectué une mise à jour de la recherche initiale en février 2007. Voici les mots clés sur lesquels qui ont été utilisés pour cette nouvelle recherche : *adaptability, transferability, evidence-based research, public health* et *practice*. Les termes de recherche connexes sont résumés à l'annexe 2. Quatre-vingt-dix-huit « nouveaux » articles ont été trouvés et fait l'objet d'un examen de pertinence. On a demandé l'examen de sept articles, et seulement un a été jugé assez pertinent pour être inclus. Seules des études sur les non-interventions (examens, commentaires et rapports) ont servis à la production du présent rapport, car aucune étude sur les interventions n'a été trouvée pendant les deux recherches.

Les travaux pertinents ont été résumés et synthétisés en questions d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes, afin que les décideurs puissent mieux canaliser les rares ressources en santé publique vers les meilleurs programmes et services pouvant être fournis à l'échelle locale.

### ***Constatations générales***

Il y avait peu de consensus sur les critères pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes aux fins de la prise de décisions en santé publique. Les multiples points de vue trouvés dans la littérature provenaient de « mondes différents », lesquels incluaient des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques, des administrateurs, des économistes, des défenseurs d'intérêts sociaux, des praticiens en santé publique, des épidémiologistes, des dentistes, des théoriciens universitaires ou de la diffusion et des experts en changement organisationnel ou comportemental. Différents cadres linguistiques et opposés sont ressortis. Les auteurs se sont servis de l'interchangeabilité des termes « applicabilité » et « transférabilité », et certains ont fusionné les termes pour arriver à « validité externe », ce qui a rendu l'extraction de notions pertinentes difficile. D'autres auteurs se sont concentrés sur un seul facteur ou attribut relatif à un seul concept, comme l'acceptabilité politique, car cela touchait l'applicabilité des données probantes.

Dix articles portaient sur de multiples questions et sur les notions à la fois d'applicabilité et de transférabilité (Bamford & Daniel, 2005; Chambers, Bourns & Underwood, 1992, Green & Glasgow, 2006; Grimshaw, Eccles, & Tetroe, 2004; Lavis, Posada, Haines & Osei, 2004; Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley & Law, 2005, Proctor, 2004; Rychetnik, Hawe, Waters, Barratt & Frommer, 2004; Wang, Moss & Hiller, 2006; Weightman, 2005). Cette même littérature proposait aussi une foule de processus ou de méthodes pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes aux fins de la prestation de politiques ou de programmes en santé publique.

D'autres ouvrages définissaient des facteurs ou des attributs clairs à utiliser pour évaluer chacun des concepts discrets d'applicabilité et de transférabilité. Certains des auteurs ont « mélangé » les deux concepts et les facteurs; certains ont amalgamé des méthodes et des outils à l'évaluation critique de l'efficacité. D'autres se sont concentrés largement sur les méthodes ou les processus participatifs qu'il faut pour évaluer les données probantes, puis transférer les connaissances dans les politiques ou la pratique (Aaserud, Lewin, Innvaer, Pahlson, Dahlgren, Trommald et al., 2005; August, Winters, Realmuto, Tarter, et al., 2004; Biglan, 2004; Bryant, 2002; Briss, 2005; Canadian Population Health Initiative, 2002; Collins, 2002; Dobbins, DeCorby & Twiddy, 2004; Haines, Kuruvilla & Bochart, 2004; Helfand, 2005; Rychetnik, Frommer, Hawe & Sheill, 2002; Weatherly, Drummond, & Smith, 2002; Zahner, 2005).

Le reste de l'exposé sur la littérature portera surtout sur les méthodes et les critères suggérés pour évaluer deux éléments clés, soit l'applicabilité et la transférabilité. Cet exposé sera aussi résumé dans une liste de questions et un processus suggéré pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité. Le cadre synthétisé est résumé sous forme de tableau à l'annexe 1.

### ***Documents clés***

En 1992, le Department of Public Health Services de la Regional Municipality of Hamilton Wentworth a créé un outil d'établissement des priorités et un processus décisionnel pour la répartition des ressources en santé publique (Chambers, Bourns, & Underwood, 1992). Cet outil a été mis à la disposition des bureaux de santé de l'Ontario dans une trousse d'apprentissage intitulée « Setting Public Health Priorities: A Guide to Resource Allocation ». Ce travail non publié était à l'avant-garde de la sélection de critères et de méthodes structurées pour choisir parmi les programmes de santé publique de rechange qui se disputent les rares ressources. Bien que ce travail n'ait pas été évalué officiellement, il exposait bon nombre de notions qui ont « résisté au passage du temps ». L'outil proposé fournissait des définitions, des méthodes et des exemples pour évaluer des critères « objectifs » quant à la nécessité, à l'efficacité et au rapport coût-avantage et leur accorder une note. Venait ensuite un processus similaire d'évaluation et de notation des critères « subjectifs » d'applicabilité, de disponibilité des ressources, d'influence politique et de priorité de division (organisationnelle) (Chambers et al., 1992). L'outil d'établissement des priorités synthétisait les données probantes, l'expérience locale en santé publique et l'expertise en vue d'adapter les ressources limitées à la prestation de programmes.

Plus récemment, Wang et ses collaborateurs ont laissé entendre que les professionnels en santé publique devraient utiliser systématiquement une série d'attributs pour évaluer

l'applicabilité (faisabilité) et la transférabilité (généralisabilité) des interventions par rapport à l'efficacité démontrée d'un cadre d'étude (Wang, Moss, & Hiller, 2006). Ces auteurs ont proposé plusieurs méthodes pour évaluer les études en santé publique relatives à l'applicabilité et à la transférabilité, lesquelles reposaient sur des travaux antérieurs dont Rychetnik a fait un compte rendu (Rychetnik, Frommer, Hawe, & Shiell, 2002). Wang et ses collaborateurs recommandent qu'une fois l'évaluation critique des données probantes réalisée et l'efficacité dans les études primaires confirmée, il faudrait alors utiliser une série de critères pour déterminer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes à la pratique en santé publique (Wang et al., 2006). Les critères d'applicabilité et de transférabilité de Wang et ses collaborateurs serviront l'outil.

### ***Obstacles : les difficultés à transférer les connaissances***

La littérature définissait de nombreux obstacles auxquels sont confrontés les professionnels de la santé publique dans le processus de transfert des connaissances à la pratique (Aaserud et al., 2005; Chambers et al., 1992; Wang et al., 2006). Haines et ses collaborateurs (2004) ont exposé en détail les obstacles possibles à l'application des données probantes à la pratique clinique, obstacles qui ont été classés comme étant le système de soins de santé, la pratique (organisationnelle), les environnements éducatif, social et politique, ainsi que les facteurs axés sur le praticien et les variables associées au public, à la clientèle ou à la collectivité. Aaserud et ses collaborateurs (2005), dans une étude de cas qui portait sur l'application de constatations provenant d'essais sur échantillon aléatoire et contrôlé concernant l'utilisation efficace du sulfate de magnésium avant l'éclampsie dans les pays en développement, ont relevé plusieurs obstacles à la mise en œuvre. On a déduit que la volonté ou le soutien politique et la disponibilité du « médicament » ou de l'intervention sont des éléments essentiels à considérer lorsqu'il s'agit d'appliquer avec succès la recherche à la pratique (Aaserud et al., 2005). Les notions de climat et d'obstacles politiques sont des éléments clés en ce qui touche l'évaluation de l'accessibilité (Wang et al., 2006). De plus, il est nécessaire d'évaluer complètement les coûts, la disponibilité et le caractère opportun des ressources dans le contexte organisationnel et communautaire (August et al., 2004; Lin, 2004). Un autre a signalé que l'absence de la capacité « d'apprentissage » requise de la part des services de santé publique locaux constitue un obstacle, ce qui nuit à la capacité de l'organisme d'utiliser efficacement et d'adapter les données probantes aux fins de programmation locale (Lin, 2004).

Aaserud et ses collaborateurs (2005) ont conclu que les rapports entre la recherche, la politique et la pratique ne sont pas « rationnels ». C'est plutôt que le processus en est un « d'instruction » où il faut bien tenir compte de la complexité des obstacles pour que le transfert des connaissances soit fructueux. En général, les obstacles au transfert des connaissances qui ont été trouvés dans la littérature ont permis d'établir des facteurs, des attributs et des méthodes pertinents pour les questions proposées afin d'évaluer l'applicabilité et la transférabilité. Le présent document d'information portera ensuite sur les constatations spécifiques aux concepts d'applicabilité et de transférabilité et les méthodes connexes pour évaluer les données probantes.

### ***Applicabilité : cela peut-il fonctionner?***

L'applicabilité consiste surtout à savoir s'il est faisable de fournir une intervention dans un contexte local; elle concerne le processus d'intervention (Wang et al., 2006). Les

synonymes trouvés dans la littérature étaient faisabilité, plausibilité et acceptabilité. Voici des variations de la question sur l'applicabilité qui ont été trouvées :

- Cela peut-il fonctionner?
- Cela pourrait-il fonctionner?
- Est-ce faisable?
- Serait-ce crédible?

Dobbins (2004), dans son examen de la littérature et de la rétroaction des décideurs en santé publique, a découvert que l'applicabilité des données probantes à la prise de décisions actuelle et à l'échelle locale était une notion très importante. Les facteurs clés à considérer sont la rentabilité, l'acceptabilité politique et sociale et la culture et la capacité organisationnelles (Dobbins et al., 2004). Le Cochrane Collaboration Health Promotion and Public Health Field est aussi d'avis que la prise de décisions en santé publique doit comprendre une évaluation rigoureuse de la plausibilité, de la faisabilité politique et de la rentabilité (Waters & Doyle, 2002).

Weatherly, Drummond et Smith (2002) ont conclu dans leurs travaux sur l'élaboration de politiques de santé locales que les contraintes locales représentent un obstacle de taille au transfert des connaissances. Les données probantes scientifiques, incluant celles qui appuient la rentabilité, doivent être considérées avec soin en rapport avec l'applicabilité à des cadres locaux (Birch & Gafni, 2003; Briss, 2005; Helfand, 2005; Weatherly et al., 2002). Par ailleurs, l'acceptabilité politique doit être amalgamée à l'opinion professionnelle lorsqu'il s'agit de décider de l'applicabilité d'inventions à l'échelle locale (Bamford & Daniel, 2005; Bryant, 2002; Waters et al., 2002; Weatherly et al., 2002).

Il faut tenir compte des dimensions politiques pour évaluer l'état de préparation communautaire ou organisationnel pour ce qui est de mettre en œuvre de nouvelles interventions, car les politiciens peuvent créer un programme caché ou explicite qui touche l'adoption de nouvelles pratiques en santé publique (Bamford et al., 2005). La sensibilité politique et l'évaluation de la pertinence de l'intervention par rapport aux priorités organisationnelles étaient aussi considérées comme des critères importants dans un examen récapitulatif de la manière dont les organismes canadiens utilisent la recherche (Canadian Population Health Initiative, 2006).

Les professionnels de la santé communautaire doivent étudier l'importance de la culture organisationnelle dans la transformation des comportements, des programmes et des services (Bamford et al., 2005; Gandelman, Desantis & Rietmeijer, 2006; Proctor, 2004). Les attributs organisationnels comme l'engagement envers la pratique fondée sur des données probantes, la qualité du leadership et des compétences et le niveau de dotation étaient jugés essentiels pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité (Gandelman et al., 2006; Simpson, 2002). Wang et ses collaborateurs (2006) soulignent que si une intervention s'avère d'abord inapplicable, alors la généralisabilité est jugée discutable.

### ***Transférabilité : cela fonctionnera-t-il?***

La transférabilité sert à déterminer si l'intervention permet d'obtenir les mêmes résultats à l'échelle locale; c'est une évaluation qui vise à établir si l'efficacité de la stratégie ou de l'intervention est généralisable (Wang et al., 2006). Les synonymes de transférabilité sont généralisabilité, validité externe et efficacité communautaire. Voici les questions clés qui servent à évaluer la transférabilité :

- Cela fonctionnera-t-il? (après avoir déterminé que le fonctionnement est possible, soit que l'efficacité est éprouvée)
- Cela fonctionne-t-il à l'échelle locale?

Wang et ses collaborateurs ont proposé l'approche la plus actuelle et globale à l'évaluation de la transférabilité. Ils ont surtout cherché à comprendre l'impact du contexte où l'intervention doit être introduite, et ils ont inclus des facteurs contextuels comme l'ensemble de compétences des fournisseurs proposés, l'accessibilité de l'intervention et le profil sociodémographique de la population cible (Wang et al., 2006).

Green et Glasgow ont abordé la notion de « portée » comme critère important pour évaluer la « validité externe » ou la transférabilité d'une intervention en santé publique (Green and Glasgow, 2006; Glasgow, Lichtenstein & Marcus, 2003). Cette notion consistant à s'assurer que tous les membres concernés d'une population ciblée peuvent recevoir une intervention est un critère important pour décider de l'applicabilité de celle-ci au niveau local. La portée est décrite comme une fonction ou un résultat du taux de participation et de la représentativité des caractéristiques clés des participants ciblés.

Dans les travaux antérieurs de Chambers et de ses collaborateurs, la transférabilité était décrite du point de vue de l'efficacité communautaire. Autrement dit, cela fonctionne-t-il (Chambers et al., 1992)? Ces auteurs ont suggéré d'examiner quatre facteurs lorsqu'il s'agit d'établir si une intervention dont l'efficacité est éprouvée peut réduire ou prévenir un problème de santé dans un cadre local. L'efficacité communautaire est plus susceptible d'être obtenue si le problème de santé est défini avec une certaine exactitude, le fournisseur de soins de santé assure l'intervention avec une grande conformité, la population cible accepte fort de « faire l'objet » de l'intervention, et la couverture est excellente (Chambers et al., 1992). La couverture renvoie à la capacité de l'intervention de toucher tous ceux qui en ont vraiment besoin (la population cible).

Chambers et ses collaborateurs (1992) ont aussi proposé un processus d'établissement des priorités pour un service de santé publique local qui utilise un comité formé de son directeur général, de la haute direction et de certains membres du conseil de santé. Ce processus était structuré pour analyser, de manière normalisée, tous les facteurs importants, les solutions de rechange et les problèmes dans un cycle décisionnel ou budgétaire donné pour un organisme. Ils ont recommandé que le processus soit suivi chaque année, avant l'élaboration et l'approbation du budget. Le processus se divisait en plusieurs étapes commençant par un gestionnaire de première ligne qui préparait des documents renfermant un résumé du programme proposé, le détail des coûts, un résumé de l'efficacité du programme selon la littérature et une cote de priorité divisionnaire. Cette information servait à un deuxième processus, où le comité décisionnaire tenait compte des mérites et des faiblesses de chaque programme proposé. Chaque membre cotait le programme selon des critères pondérés, on calculait des moyennes, puis une cote de priorité était assignée à tous les programmes proposés au sein de l'organisme. Enfin, le comité tenait un débat éclairé pour s'entendre sur les programmes à faire approuver par ordre de priorité et compte tenu du budget approuvé.

## ***Processus pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité***

L'évaluation de résultats de recherche primaires pour déterminer l'applicabilité et la transférabilité au contexte local exige un mélange de jugement, d'aptitude et d'expertise en matière de création de consensus. Les processus doivent être clairs, ouverts et publics pour que la confiance et la certitude soient accrues à l'égard du processus décisionnel concernant la pratique en santé publique. C'est à partir de la littérature décrite ci-après que le tableau des questions a été élaboré (reportez-vous à l'annexe 1).

De multiples auteurs ont suggéré de chercher à obtenir l'opinion d'experts (praticiens, scientifiques et décideurs) pour arriver à une liste complète de critères à utiliser pour évaluer à la fois l'applicabilité et la généralisabilité, puis de choisir ceux qui doivent être adaptés à l'intervention d'intérêt en santé publique et au contexte local (Cuijpers, DeGraaf & Bohlmeijer, 2005; Wang et al., 2006). Pendant l'évaluation des données probantes primaires sur l'efficacité, les examinateurs doivent récupérer des détails sur le contexte et le processus utilisé dans l'intervention afin de fournir les renseignements pertinents à prendre en considération pour évaluer l'applicabilité et la généralisabilité (Cuijpers et al., 2005; Wang et al., 2006). Comme ce processus est unique et propre à l'intervention, il faut systématiquement adopter une approche consensuelle afin de dresser la liste des attributs connexes aux fins de l'évaluation (Wang et al., 2006).

Wang et ses collaborateurs (2006) ont décrit une technique Delphi en deux étapes à cette fin, technique où une liste d'attributs pour chaque critère (l'applicabilité et la transférabilité) est dressée à l'aide d'un groupe d'experts cliniciens en pratique de la santé publique et de particuliers faisant partie de la population cible. La deuxième étape consiste à faire examiner de manière critique les attributs par un groupe d'« experts » locaux et de représentants de la population cible, qui doivent aussi être familiers avec le cadre local.

Wang et ses collaborateurs (2006) ont suggéré une méthode de rechange au processus en deux étapes susmentionné (Wang et al., 2006). Cette méthode repose sur le dépouillement de la littérature et des stratégies de synthèse. Le personnel chevronné en santé publique (cliniciens, gestionnaires et responsables de l'élaboration des politiques) et les chargés d'examen systématique commenceraient par utiliser la littérature existante pour dresser une liste d'attributs afin d'évaluer l'applicabilité (faisabilité) et la transférabilité (généralisabilité) d'après la littérature publiée et revue par les pairs. Ils étudieraient aussi d'autres sources de données, rapports et littérature décrivant le cadre local (profils sociodémographiques, environnements politique, social et culturel qui influencent la question de santé ciblée). Le groupe coterait ensuite le degré d'applicabilité et de transférabilité pour chaque attribut défini dans la « liste », d'après leur expérience et leur connaissance du cadre local (Wang et al., 2006).

## ***Transfert fructueux des connaissances : qui faire intervenir***

Dobbins, DeCorby et Twiddy (2004) ont étudié le transfert des connaissances en santé publique et ont découvert que les professionnels du domaine préfèrent une source de renseignements unique, fiable et accessible pour effectuer des examens systématiques de la pratique efficace en santé publique. Et les approches « actives » au transfert des

connaissances prennent de l'ampleur. Bien d'autres auteurs appuient la nécessité de processus « interactifs » entre les praticiens, les décideurs et le grand public pour évaluer efficacement les connaissances et les appliquer à la pratique locale (Aaserud et al., 2005; Bryant, 2002; Haines et al., 2004; Want et al., 2006; Weatherly et al., 2002).

Lomas et ses collaborateurs (2005) ont résumé les facteurs qui apportent « plus de science dans le processus décisionnel ». Deux de ces facteurs sont la « pertinence » ou la « sensibilité au contexte » lorsqu'il s'agit d'interpréter des données probantes scientifiques, ce qui permet aux professionnels de la santé publique d'étudier les répercussions des données probantes à l'échelle locale. Ils soutiennent que le processus visant à évaluer le « contexte » est très complexe et sont d'avis qu'il faut de multiples méthodes provenant des sciences sociales pour obtenir des données probantes scientifiques sur des facteurs contextuels. Ils divisent les données probantes scientifiques sur le contexte en facteurs concernant la mise en œuvre, la capacité organisationnelle, les attitudes, la prévision, l'économie et l'éthique. Ils déclarent aussi qu'il y a lieu de suivre un « processus de délibération » en faisant participer un nombre suffisant de parties ayant des intérêts dans l'application des données probantes à la pratique ou aux politiques ou leur généralisation. Ce processus procure des « données probantes courantes » et tient compte du point de vue des experts et de la situation de toutes les parties intéressées. Le processus participatif « a des objectifs clairs; il est inclusif et transparent; il remet la science en question; il favorise le dialogue; et il influe directement sur la décision même ». Parmi les facteurs importants dont il faut tenir compte dans le processus figurent le nombre de participants, la juste représentation des divers groupes d'intérêt concernés (y compris les scientifiques), la capacité et les compétences du président, le genre de réunions tenu, et la transparence ou « le caractère public » du processus. Lomas et ses collaborateurs concluent que ces résultats constituent seulement des « pratiques exemplaires » et qu'il n'y a « pas de processus techniques magiques pour combiner ces différentes formes de données probantes afin de créer une directive sur les systèmes de santé » (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).

Le processus de participation du public aux méthodes servant à évaluer les systèmes de santé ou d'engagement du public à l'égard de ces mêmes méthodes est utile lorsqu'il s'agit d'augmenter la réceptivité par rapport aux exigences des usagers. Malgré ce conseil, aucune donnée probante ne pouvait confirmer que la stratégie permettrait d'appliquer avec succès les résultats d'étude. Les travaux de Haines et de ses collaborateurs (2004) étaient axés sur les responsables de l'élaboration des politiques et les professionnels de la santé publique travaillant dans les pays à faible revenu; cependant, leurs notions équivalent au critère recommandé pour évaluer aussi les interventions en santé publique dans les pays développés.

Un document de travail produit en 2002 dans le cadre de l'Initiative sur la santé de la population canadienne définissait l'engagement précoce des responsables de l'élaboration des politiques de multiples secteurs pour ce qui était d'évaluer l'applicabilité des résultats d'étude, et il désignait cette activité comme une « pratique exemplaire » (Canadian Population Health Initiative, 2002). La définition du contexte est la première étape du cadre systématique d'une analyse des politiques de santé que Collins aborde dans ses travaux réalisés à la School of Public Health and Health Services, à Washington (Collins, 2002). Selon lui, il faut définir tout le contexte (y compris les déterminants locaux de la santé, les politiques, la géographie et les structures sociales) pour arriver à quelques décisions que ce soit en matière de santé publique. Collins a

déclaré que la mise au point de politiques et des programmes de santé publique exige énormément de temps et qu'il s'agit d'une activité autant sociale que politique. Mais il ne suggère aucune inclusion de parties multidisciplinaires dans le processus d'évaluation.

Un peu comme Wang et ses collaborateurs, Green et Glasgow (2006) ont recommandé d'utiliser la théorie, l'expérience et le jugement professionnel et communautaire dans le processus qui consiste en l'application des données probantes dans la pratique à l'échelle locale. Ils décrivent diverse approches écologiques (*Match, Intervention Mapping, Pooling et Patch*) pour les modèles de planification des programmes afin d'aligner les données probantes sur les politiques et la pratique en santé publique. Leurs conclusions concordent avec celles d'auteurs précédents, car, collectivement, ils possèdent la meilleure compréhension intuitive du contexte local et ce sont eux qui le connaissent le mieux pour juger de la validité externe (applicabilité et transférabilité) de l'utilisation des études à l'échelle locale. Aucune méthode n'a été suggérée pour cette collaboration, mais ils soutiennent que si des pratiques exemplaires pertinentes étaient adoptées, il en résulterait de meilleurs programmes et pratiques (Green & Glasgow, 2006).

Wang et ses collaborateurs (2006) ont aussi suggéré une cotation quantitative. Une fois que l'on s'entend sur les attributs à inclure dans l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité, une méthode de cotation, comme une échelle Likert de cinq points, permet de coter l'applicabilité et la transférabilité de différentes interventions, afin de donner une note et d'enregistrer les résultats. Cela permet d'obtenir un registre explicite sur le processus et des données probantes rationnelles pour la prise de décisions.

Dans un exemple précis, Gandelman et ses collaborateurs (2006) ont proposé aux organismes un outil complet pour évaluer les aptitudes à fournir des interventions de prévention du VIH fondées sur des données probantes, à l'échelle individuelle, collective et communautaire. Cuijpers a proposé un arbre décisionnel et une liste de contrôle pour savoir si oui ou non il faut répandre une intervention efficace d'un pays à l'autre (Cuijpers, DeGraaf, & Bohlmeijer, 2005). Il s'agit d'un outil utile pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité (Cuijpers, De Graaf, & Bohlmeijer, 2005). Voici les questions qui sont posées aux étapes trois et quatre de leur processus systématique en quatre étapes :

- « Les résultats des essais peuvent-ils être généralisés (transférabilité)? »
- « L'intervention peut-elle être mise en œuvre (applicabilité)? »

Ces étapes trois et quatre comprennent des sous-points à considérer à chaque question (Cuijpers et al., 2005).

De plus, Green et Glasgow (2006) ont mis au point une série de questions destinées aux professionnels de la santé publique pour décider si les données probantes ont une « validité externe », autrement dit, pour déterminer si l'étude est applicable à leur organisme, leur pratique ou leur collectivité. Ils ont également suggéré des méthodes pour adapter les données probantes au contexte local. Glasgow et ses collaborateurs ont élaboré un cadre appelé RE-AIM (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien), qui donne des critères pour planifier et diriger des programmes comprenant l'application et la diffusion de données probantes (Glasgow, Klesges, Dziewaltowski, Bull, & Estabrooks, 2004). En particulier, les questions qui suivent ont été choisies à partir du cadre RE-AIM dans le but d'évaluer l'applicabilité et la transférabilité (et modifiées en conséquence) :

- Les participants à l'étude sont-ils représentatifs de votre cadre de pratique (caractéristiques de la population cible)?

- Combien le programme coûterait-il dans votre milieu (ressources essentielles disponibles)?
- Le programme a-t-il permis à l'organisme de remplir sa mission première (plan stratégique ou opérationnel)?
- Le programme est-il conforme à vos valeurs et à vos priorités (socialement et politiquement acceptable, aligné sur le plan stratégique)?
- Quelle est la dotation en personnel (structure ou capacité organisationnelle et aptitude et formation à la dotation) requise pour fournir le programme ou l'intervention?

Weightman et ses collaborateurs (2005) ont créé un cadre de classification par catégorie pour les données probantes jugées pertinentes pour des interventions en santé publique dans le cas du National Institute for Clinical Excellence (NICE), au Royaume-Uni, et ils ont songé à des critères pour les données probantes de « corroboration » ou d'« extrapolation », à l'égard desquelles ils ont inclus les questions « cela fonctionnera-t-il? » et « cela importe-t-il? » (Weightman et al., 2005). Suivant un examen systématique de la littérature portant sur la faisabilité, la plausibilité, l'acceptabilité et la transférabilité, Weightman et ses collaborateurs ont conclu que « même s'il faut une approche transparente et reproductible (pour étudier ces enjeux), il n'y a actuellement pas de consensus sur la manière de classer ce genre de données probantes...mais il est important d'inclure les données probantes corroborantes » (Weightman, 2005). Lomas et ses collaborateurs (2005) sont d'accord avec cette conclusion, en ce qu'il y a peu de données probantes sur l'efficacité des processus de délibération, mais la pratique exemplaire basée sur une approche équilibrée de création de consensus vaut la peine d'être adoptée pour produire une pratique fondée sur des données probantes qui soit adaptée au contexte (bien qu'elle ne soit pas garantie!).

Enfin, Lavis et ses collaborateurs (2004) ont mis au point une approche non éprouvée mais structurée pour évaluer de manière critique l'applicabilité locale des données probantes. Ils ont proposé l'emploi de trois questions, résumées ci-après, comme cadre d'évaluation :

- Cela pourrait-il fonctionner? Cela tient compte des attributs institutionnels et organisationnels.
- Cela fonctionnera-t-il, ou que faudrait-il pour que cela fonctionne? Réflexion sur la dynamique du pouvoir et l'impact sur la situation en première ligne, comme les barrières politiques, l'influence des parties intéressées et l'acceptabilité sociale, la disponibilité de ressources en santé humaine et leur coût, ainsi que la correspondance avec les priorités locales
- Cela en vaut-il la peine? L'équilibre entre les avantages et les préjudices vaut-il les coûts différentiels?

### ***Recommandations***

Les décideurs en matière de santé publique fondent les recommandations cliniques et de principe sur des données probantes de grande qualité, lorsqu'elles existent. Même alors, il faut songer à l'applicabilité et à la transférabilité d'une intervention qui a fonctionné ailleurs dans le cadre d'un projet de recherche. Il faut des principes de raisonnement scientifique, des modèles de planification de programme, une idéologie politique et des théories scientifiques sur le comportement pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité en vue d'élaborer des programmes et des politiques efficaces (Briss,

2002; Bryant, 2005). De plus, il faut songer à des enjeux complexes comme les valeurs communautaires, la preuve de nécessité, les priorités organisationnelles et politiques, les capacités relatives aux ressources et les compétences.

L'un des principes clés à respecter lorsqu'il s'agit d'orienter l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité est le « contextualisme fonctionnel », lequel exige la collaboration de praticiens, de responsables de l'élaboration des politiques, d'universitaires, de dirigeants d'organisme et du grand public pour que le contexte local soit pleinement pris en compte lorsque l'on propose la mise en œuvre d'interventions (Biglan, 2004; Kemm, 2006).

D'après la littérature examinée dans le présent document, voici ce qui est recommandé :

1. Il importe de faire participer le grand public pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité, et cela permet de mieux intégrer les préférences communautaires dans la pratique fondée sur des données probantes.
2. La participation de professionnels de première ligne en santé publique, d'universitaires, de politiciens, de conseillers économiques, de gestionnaires de programme ou de service ou de décideurs représentatifs augmente la largeur du processus d'évaluation et la pertinence locale.
3. Les critères d'évaluation pour l'applicabilité et la transférabilité doivent être choisis selon l'intervention d'intérêt (coût, disponibilité, portée ou couverture) et le contexte local, ce qui englobe les environnements politique et organisationnel, les caractéristiques communautaires et les traits sociodémographiques de la population cible.
4. Il faudrait songer à un processus en deux étapes pour évaluer les critères (sélection des critères d'évaluation et entente à leur sujet, puis cotation ou consignation de ces critères spécifiques en fonction de l'intervention d'intérêt).
5. Il y a lieu de maintenir la documentation ou des aides complets au soutien décisionnel pour l'évaluation des attributs afin de procurer des registres explicites sur le processus.
6. Il faut davantage porter attention à l'analyse et au compte rendu des questions relatives à la validité externe et à l'évaluation des données probantes, ce qui augmente la pertinence de celles-ci par rapport à la pratique exemplaire.
7. Les critères, les méthodes et les outils pour soutenir l'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité méritent une élaboration et une étude plus approfondies.

## ***Conclusions***

Le présent document d'information résumait la littérature actuelle qui définissait des méthodes et des critères pertinents pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de programmes de santé publique. Ces constatations ne découlaient pas de preuves ou de données empiriques. Les questions et les processus provenaient des réflexions, des examens, des expériences, des histoires et des cadres théoriques proposés par nombre de personnes. Le présent document d'information visait à dresser une liste exhaustive et inclusive de questions possibles à prendre en considération, ainsi qu'à formuler certaines recommandations pour le processus.

Il y a lieu de prévoir des sommes importantes afin de favoriser une méthodologie rigoureuse pour l'étude de la santé publique et de la promotion de la santé. Même si bien des examens systématiques font surface, ceux-ci doivent inclure tous les renseignements sur le contexte géopolitique, sociodémographique et organisationnel de l'intervention pour que les professionnels de la santé publique puissent définir les composants pouvant être appliqués à l'échelle locale (Rychetnik & Wise, 2004; Waters et al., 2002). Les chercheurs doivent s'attacher davantage à la validité externe lorsqu'il s'agit de mener des études et des examens primaires afin de rehausser la recherche « fondée sur la pratique » et, en fin de compte, la « pratique exemplaire » fondée sur des données probantes crédibles (Green et al., 2006; Rychetnik et al. 2002).

L'art de la pratique en santé publique exige que les responsables de l'élaboration des politiques et les planificateurs de programmes fassent preuve de jugement lorsque les données probantes sont incomplètes (Grimshaw et al., 2004; Rychetnik et al., 2004). L'emploi de critères et d'une méthode interactive et systématique pour évaluer l'acceptabilité et la transférabilité des interventions augmente la certitude que la politique ou le programme est pertinent et réalisable. Les interventions sont plus susceptibles d'être intégrées avec succès dans la pratique et les politiques locales en santé publique si l'évaluation soignée de l'applicabilité et de la transférabilité en fonction des données probantes a été pleinement reconnue et analysée. Les responsables de l'élaboration des politiques et les preneurs de décisions administratives en matière de santé publique doivent collaborer étroitement avec les parties intéressées et les chercheurs afin que les meilleures données probantes soient disponibles, utiles et pertinentes et qu'elles influent sur leurs conclusions et leur jugement concernant les pratiques exemplaires.

## **Références bibliographiques**

- Aaserud, M., Lewin, S., Innvaer, S., Pahlson, E.J., Dahlgren, A.T., Trommald, M, et al. (2005). Translating research into policy and practice in developing countries; A case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia. *BMC Health Services Research*, 5, 68.
- August, G.J., Winters, K.C., Realmuto, G.M., Tarter, R., Perry, C., & Hektner, J.M. (2004). Moving evidence-based drug abuse prevention programs from basic sciences to practice: “bridging the efficacy-effectiveness interface”. *Substance Use & Misuse*, 39, 2017-2053.
- Bamford, D., & Daniel, S. (2005). A case study of change management effectiveness within the NHS. *Journal of Change Management*, 5, 391-406.
- Biglan, A. (2004). Contextualism and the development of effective prevention practices. *Prevention Science*, 5, 15-21.
- Birch, S., & Gafni, A. (2003). Economics and the evaluation of health care programmes: generalisability of methods and implications for generalisability of results. *Health Policy*, 64, 207-219.
- Briss, P.A. (2005). Evidence-based: US road to public health side of the street. *Lancet*, 365, 827-830.
- Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17, 89-98.
- Canadian Population Health Initiative (2002). Tools for knowledge exchange: scanning best practices in policy research. Ottawa: CIHI.
- Chambers, L., Bourns, E., & Underwood, J. (1992). *Setting Public Health Priorities: A Guide to Resource Allocation*. Regional Municipality of Hamilton-Wentworth Public Health Services.

- Ciliska, D., Clark, K., Thomas, H., Valaitis, R., & VanBerkel, C. (2006). *Environmental Scan*. Hamilton, Ontario: National Collaborating Centre Methods and Tools.
- Collins, T. (2002). Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health, 119*, 192-196.
- Cuijpers, P., DeGraaf, I., & Bohlmeijer, E. (2005). Adapting and disseminating effective public health interventions in another country: Towards a systematic approach. *European Journal of Public Health, 15*, 166-169.
- Dobbins, M., DeCorby, K., & Twiddy, T. (2004). A knowledge transfer strategy for public health decision-makers. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1*, 120-128.
- Gandelman, A.A., Desantis, L.M., & Rietmeijer, C.A. (2006). Assessing community needs and agency capacity - an integral part of implementing effective evidence-based interventions. *Aids Education and Prevention, 18*, 32-43.
- Glasgow, R.E., Klesges, L.M., Dzewaltowki, D.A., Bull, S.S., & Estabrooks, P.(2004). The future of health behaviour change research: what is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Medicine, 27*, 3-12.
- Glasgow, R.E., Lichtenstein, E., & Marcus, A.C. (2003). Public health matters. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health, 93*, 1261-1267.
- Green, L.W. & Glasgow, R.E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. *Evaluation and the Health Professions, 29*, 126-153.
- Grimshaw, J., Eccles, M., & Tetroe, J. (2004). Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 24*, S31-S37.

- Haines, A., Kuruville, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization, 82*, 724-734.
- Helfand, M. (2005). Incorporating information about cost-effectiveness into evidence-based decision-making: the evidence-based practice centre (EPC) model. *Medical Care, 43*, 33-43.
- Kemm, J. (2006). The limitations of 'evidence-based' public health. *Journal of evaluation in Clinical Practice, 12*, 319-324.
- Lavis, J., Posada, F., Haines, A., & Osei, E. (2004). Use of research to inform public policymaking. *Lancet, 364*, 1615-1621.
- Lin, V. (2004). From public health research to health promotion policy: on the 10 major contradictions. *Social und Praventivmedizin, 49*, 179-184,
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., & Law, S. (2005). *Conceptualizing and Combining Evidence for Health Systems Guidance*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Proctor, E. (2004), leverage points for the implementation of evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*, 227-242.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*, 119-127.
- Rychetnik, L., Hawe, P., Waters, E., Barratt, A. & Frommer, M. (2004). A glossary for evidence-based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 538-545.
- Rychetnik, L. & Wise, M. (2004). Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. *Health Promotion International, 19*, 247-257.

- Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 171-182.
- Wang, S., Moss, J.R., & Hiller, J.E. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International, 21*, 76-83.
- Waters, E. & Doyle, J. (2002). Evidence-based public health practice: improving the quality and quantity of the evidence. *Journal of Public Health Medicine, 24*, 227-229.
- Weatherly, H., Drummond, M., & Smith, D. (2002). Using evidence in the development of local health policies. Some evidence from the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 18*, 771-781.
- Weightman, A., Ellis, S., Cullum, A., Sander, L. & Turley, R. (2005). Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. NHS Health Development Agency.
- Zahner, S. J. (2005). Local public health system partnerships, *Public Health Reports, 120* (1), 76 – 83.



### **Outil pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes**

#### **Objet et public cible**

**Aider les gestionnaires et les planificateurs en santé publique à prendre des décisions sur les priorités de programme pour leur collectivité.**

#### **Où cela s'insère-t-il?**

Il y a lieu de récupérer et d'évaluer les données probantes pertinentes en vue de prendre des décisions sur les programmes à introduire, à poursuivre ou à interrompre. Bien qu'évaluer les données probantes constitue une étape nécessaire, il ne suffit pas de décider de la mise en œuvre ou non d'une intervention dans la collectivité locale.

**Le présent outil met en lumière un processus et des critères pour évaluer l'applicabilité (faisabilité) et la transférabilité (généralisabilité) de données probantes par rapport à la pratique et aux politiques en santé publique.**

#### **Comment utiliser l'outil**

Avant d'utiliser l'outil, cherchez, récupérez puis évaluez l'étude pertinente. Ensuite :

- a) choisissez les parties intéressées à faire intervenir dans la décision; songez aux groupes intersectoriels, multidisciplinaires et de consommateurs; les étapes qui suivent sont effectuées en collaboration avec tout le groupe;
- b) orientez le processus; établissez des échéanciers;
- c) à partir de la liste de critères ci-jointe, choisissez les questions d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité qui importent le plus pour l'intervention d'intérêt et le contexte local, et déterminez si elles doivent être pondérées et quel poids elles doivent avoir; les critères ne sont pas tous pertinents tout le temps; le groupe pourra décider de donner plus de poids à certains critères qu'à d'autres, pour la période en question et leur collectivité;
- d) déterminez si une note finale sera accordée et comment : ajout de cotes individuelles; ou débat et consensus sur chaque critère; par exemple, vous pouvez coter chaque critère individuellement sur une échelle de 1 à 5, où 1 représente une pertinence, une correspondance ou un impact faible, et 5, une pertinence, une correspondance ou un impact élevé; la priorité va alors au programme le mieux coté;
- e) consignez le processus suivi en d).

Personne-ressource : Donna Ciliska [ciliska@mcmaster.ca](mailto:ciliska@mcmaster.ca)

**Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)**

**School of Nursing, McMaster University**

**Bureau 302, 1685, rue Main Ouest**

**Hamilton ON L8S 1G5**

**Tél. : (905) 525-9140, poste 20455 Téléc. : (905) 529-4184**

**Affilié à la McMaster University**

**Financé par l'Agence de la santé publique du Canada**

## Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité

Concept	Facteurs	Questions à poser
Applicabilité (faisabilité)	Acceptabilité ou influence politique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervention sera-t-elle permise ou soutenue dans le climat politique actuel?</li> <li>• Le gouvernement local en tirera-t-il un avantage du point de vue des relations publiques?</li> <li>• Le programme rehaussera-t-il l'envergure de l'organisation?</li> <li>• Le public et les groupes cibles accepteront-ils et soutiendront-ils l'intervention sous sa forme actuelle?</li> </ul>
	Acceptabilité sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La population cible s'intéressera-t-elle à l'intervention? Celle-ci est-elle conforme à l'éthique?</li> </ul>
	Ressources essentielles disponibles (humaines et financières)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui est disponible ou essentiel pour la mise en œuvre locale ou qu'est-ce qui l'est?</li> <li>• Les personnes sont-elles bien formées? Sinon, existe-t-il une formation et est-elle abordable?</li> <li>• Que faut-il pour adapter l'intervention à l'échelle locale?</li> <li>• Quels sont les coûts totaux (fournitures, systèmes, espace requis pour le personnel, formation, soutiens technique et administratif) par unité de résultat prévu?</li> <li>• Les avantages supplémentaires pour la santé valent-ils les coûts de l'intervention?</li> </ul>
	Expertise et capacité organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plan stratégique ou opérationnel actuel est-il aligné sur l'intervention qui doit être offerte?</li> <li>• L'intervention correspond-elle à la mission et aux priorités locales?</li> <li>• Est-elle conforme aux lois ou aux règlements actuels (locaux ou provinciaux)? Empiète-t-elle sur des programmes actuels ou est-elle symbiotique?</li> <li>• Y a-t-il des barrières organisationnelles ou des problèmes structureaux, ou encore des processus d'approbation dont il faut s'occuper?</li> <li>• L'organisation est-elle motivée (organisation intelligente)?</li> </ul>
Transférabilité (généralisabilité)	Ampleur de la question de la santé à l'échelle locale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le besoin se fait-il sentir?</li> <li>• Quelle est, au départ, l'importance de la question de la santé au niveau local?</li> <li>• Quelle différence y a-t-il entre l'importance que revêt la question de la santé (degré de risque) dans l'étude et celle qu'elle a à l'échelle locale?</li> </ul>
	Ampleur de la « portée » et de la rentabilité de l'intervention susmentionnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervention englobera-t-elle toute la population cible?</li> </ul>
	Caractéristiques de la population cible	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sont-elles comparables à celles de la population à l'étude?</li> <li>• Est-ce que des différences de caractéristiques (ethnicité, variables sociodémographiques, nombre de personnes touchées) influenceront sur l'efficacité de l'intervention à l'échelle locale?</li> </ul>

### Exemple de documentation

La cote va de 1 à 5, où 1 représente une pertinence, une correspondance ou un impact faible, et 5, une pertinence, une correspondance ou un impact élevé.

#### Programme A

<b>Critères</b>	<b>Cote</b>	<b>Poids</b>	<b>Note</b>
Influence politique	3	2	6
Acceptabilité sociale	2	2	4
Ressources disponibles	5	2	10
Ampleur du problème de santé	5	1	5
Portée possible de l'intervention par rapport à la population	5	1	5
Comparabilité de la population étudiée avec celle-ci	3	1	3
<b>NOTE TOTALE</b>			<b>33</b>

#### Programme B

<b>Critères</b>	<b>Cote</b>	<b>Poids</b>	<b>Note</b>
Influence politique	5	2	10
Acceptabilité sociale	5	2	10
Ressources disponibles	1	2	3
Ampleur du problème de santé	2	1	2
Portée possible de l'intervention par rapport à la population	2	1	2
Comparabilité de la population étudiée avec celle-ci	2	1	2
<b>NOTE TOTALE</b>			<b>29</b>

**Décision** : programme A

## ANNEXE 2

### Stratégie de recherche Adaptabilité ou transférabilité de la recherche fondée sur des données probantes à la pratique en santé publique

2006-2007

Adaptabilité	Recherche fondée sur des données probantes	Santé publique	Pratique
assess* apply* applicab* adapt* adopt* faisabilité external validity généralisabilité implement* synthesi* transfer* translat* utilis* utiliz*	evidence-based research research evidence	public health community health population* preventi* health promotion	decision mak* health planning policy mak* public polic* guideline* intervention* program* priorit* implement* practice inform