



National Collaborating Centre
for Methods and Tools

Centre de collaboration nationale
des méthodes et outils

Building capacity for
evidence-informed public health

Recueil sur la prise de décisions fondée sur des données probantes

Partager les réussites en santé publique au
Canada



Table des matières

Introduction	2
Histoires en vedette.....	3
La puissance des données et du plaidoyer : changer les politiques d’une administration scolaire concernant la vaccination contre le papillomavirus	6
Établir une communauté de pratique pour renforcer les connaissances et les habiletés en matière de prise de décisions fondée sur des données probantes dans un milieu de santé publique	10
Wiki et plus encore : un portail pour la PDFDP à SPO	14
Des interventions psychologiques et psychosociales efficaces pour prévenir la dépression périnatale et les troubles anxieux : une revue rapide.....	19
Tous doivent mettre la main à la pâte : le travail du Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury pour mettre en œuvre et renforcer les capacités organisationnelles en matière de pratiques fondées sur des données probantes dans la santé publique locale	22
Un projet d’amélioration de la qualité visant à concevoir un outil relevant des meilleures pratiques pour répondre aux besoins des clients atteints de l’hépatite C.....	25
Renforcer les capacités pour réaliser des évaluations situationnelles	28
Le Programme de gestion des infections des voies urinaires : utiliser les sciences de l’application des connaissances pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer une nouvelle approche dans les soins de longue durée	31
Le monoxyde de carbone dans les établissements de soins de longue durée : une évaluation et un projet pilote d’Interior Health.....	34

© Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2017.



Recueil sur la PDFDP

Au Canada, chaque jour, des données probantes issues de la recherche servent à éclairer des décisions en santé publique. Nous avons colligé des histoires de partout au pays qui mettent en lumière l'usage des données probantes pour éclairer les pratiques, les programmes et les politiques de santé publique au pays. Lisez ce qui suit pour découvrir comment vos collègues utilisent des données probantes afin d'améliorer la santé des Canadiens.

Avez-vous une histoire à partager? Communiquez avec nous à ccnmo@mcmaster.ca!

Histoires en vedette

La puissance des données et du plaidoyer : changer les politiques d'une administration scolaire concernant la vaccination contre le papillomavirus

Deborah McNeil, Richard Musto, J Cyne Johnston, Judy Seidel

Services de santé de l'Alberta, Université de Calgary



Confrontée à une apparence d'inégalité en matière de santé, cette équipe a plaidé en faveur d'un changement de politique qui a permis l'accès au vaccin contre le VPH dans le réseau scolaire catholique. **Découvrez** comment des données probantes ont été utilisées pour réussir à influencer le changement de politique d'une commission scolaire.

Établir une communauté de pratique pour renforcer les connaissances et les habiletés en matière de prise de décisions fondée sur des données probantes dans un milieu de santé publique

Zsuzsi Rety, Vicki Edwards, Suzanne Neumann,
Faye Parascandalo, Michelle Wawrzyniak

Services de santé publique de la Ville de Hamilton



Pour améliorer les capacités des individus et le service de santé en général, cette équipe interdisciplinaire a aidé à promouvoir l'usage des données probantes et à favoriser un environnement d'apprentissage dans son service de santé. **Découvrez** comment une communauté de pratique a été créée dans un grand service de santé publique.

Wiki et plus encore : un portail pour la prise de décisions fondée sur des données probantes

Victoria Cole

Santé publique Ottawa



Il peut être difficile de faciliter l'échange des connaissances sur les données probantes issues de la recherche dans une grande organisation! **Découvrez** comment une agente de gestion de la planification des programmes de Santé publique Ottawa a créé une plateforme centralisée pour simplifier le partage de connaissances et encourager l'usage des données probantes dans tout le service.



Des interventions psychologiques et psychosociales efficaces pour prévenir la dépression périnatale et les troubles anxieux : synthèse et diffusion des données probantes

Becky Blair, John Barbaro, Amy Faulkner, Maria Louise Azzara, Sherry Diaz, Tanya Fehr



Service de santé du district de Simcoe-Muskoka (SSDSM)

Un taux de problèmes de santé mentale pendant la grossesse plus élevé que la moyenne provinciale dans la circonscription du SSDSM a suscité un examen des données probantes concernant des interventions visant à prévenir les troubles périnataux de l'humeur. **Découvrez** comment cette équipe a synthétisé les données probantes disponibles et les a partagées avec les décideurs.

Tous doivent mettre la main à la pâte : le travail du Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury pour mettre en œuvre et renforcer les capacités organisationnelles en matière de pratiques fondées sur des données probantes dans la santé publique locale.

Renée St. Onge, Joëlle Martel



Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury

Conscient de l'importance d'impliquer le personnel dans tous les rôles de l'organisation, le SSDS a élaboré une stratégie exhaustive afin d'intégrer les données probantes dans toutes les activités du personnel. **Découvrez** comment ce service de santé a intégré les données probantes aux routines de tous les membres de son personnel.

Projet d'amélioration de la qualité : concevoir un outil relevant des meilleures pratiques pour répondre aux besoins des clients atteints de l'hépatite C.

Mary Guyton, Heidi Parker



Programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto : site du Sherbourne Health Centre

Lorsque le traitement de l'hépatite C a été intégré aux milieux de soins primaires, il manquait des ressources adaptées aux besoins des infirmières en soins primaires prenant soin de patients atteints de l'hépatite C.

Découvrez un outil portant sur les meilleures pratiques qui a été conçu pour répondre à un manque de ressources.

Renforcer les capacités pour réaliser des évaluations situationnelles

Val Haboucha, Kerry Schubert-Mackey



Service de santé du Timiskaming

Les évaluations situationnelles constituent une source précieuse de données probantes, mais elles sont le plus efficaces quand les démarches sont claires et cohérentes. **Découvrez** comment ces auteures ont amélioré la cohérence et la rigueur des évaluations situationnelles dans leur service de santé.



Le Programme de gestion des infections des voies urinaires : utiliser les sciences de l'application des connaissances pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer une nouvelle approche dans les soins de longue durée

Jacquelyn Quirk, Sam McFarlane, Helen Bedkowski, Andrea Chambers



Santé publique Ontario

Pour lutter à l'échelle locale contre le problème mondial de la surutilisation d'antibiotiques, une équipe de Santé publique Ontario a élaboré une stratégie d'application des connaissances visant à réduire la prescription d'antibiotiques contre la bactériurie asymptomatique dans les foyers de soins de longue durée. **Découvrez** cette stratégie qui visait à changer les comportements.

Le monoxyde de carbone dans les établissements de soins de longue durée : une évaluation et un projet pilote d'Interior Health

Mike Adams¹, Daniel Fong², Guy Osachoff¹, Steve McEwan¹



¹Interior Health, ²CCNSE

Afin de protéger les populations vulnérables des établissements de soins de longue durée contre le risque d'exposition au monoxyde de carbone (CO), ce groupe a mis à l'essai un programme visant à mettre en place un cadre de surveillance et d'intervention à l'égard du CO. **Découvrez** la mise en œuvre, l'évaluation et les répercussions de cette initiative.



La puissance des données et du plaidoyer : changer les politiques d'une administration scolaire concernant la vaccination contre le papillomavirus

Deborah A McNeil, Richard Musto, J Cyne Johnston, Judy Seidel

Services de santé de l'Alberta; Université de Calgary

Contexte et justification

Le virus du papillome humain (VPH) est l'infection transmissible sexuellement la plus courante au Canada et dans le monde¹. Un vaccin peut prévenir les cancers du col utérin liés au VPH, surtout s'il est administré avant les premiers rapports sexuels². Depuis 2008, la vaccination contre le VPH est offerte gratuitement dans les écoles albertaines. Elle est gérée par le système de santé publique. Toutefois, chez les filles d'âge scolaire, les taux de vaccination contre le VPH variaient considérablement dans la province en fonction du modèle d'administration du vaccin. À Edmonton, où la vaccination était offerte dans les écoles publiques et les écoles catholiques, les taux de vaccination étaient beaucoup plus élevés qu'à Calgary, où l'administration scolaire catholique ne permettait pas d'offrir le vaccin contre le VPH dans les écoles, ce qui faisait en sorte qu'il fallait l'offrir dans les cliniques communautaires.

Réduire les inégalités en matière d'accès est un des principaux objectifs des services de santé publique. Les responsables de la santé publique soupçonnaient que les différentes approches d'administration du vaccin créaient un potentiel d'inégalité. Notre service de recherche en santé publique a examiné les données existantes afin de déterminer s'il existait une inégalité en matière d'accès à la vaccination.

Objectifs

Le premier objectif de ce projet consistait à déterminer si l'accès au vaccin contre le VPH était inégal en raison des conditions sociales. Si une inégalité était effectivement relevée, le deuxième objectif était d'utiliser les données pour changer la politique de l'administration scolaire afin de permettre la vaccination contre le VPH dans toutes les écoles.

L'initiative

Ce projet a adopté une stratégie d'application des connaissances intégrant l'analyse et la diffusion de données aux principales parties prenantes pour réduire les inégalités de santé en changeant la politique de l'administration scolaire. L'essentiel de cette stratégie a consisté à utiliser des données locales pour influencer les politiques par l'entremise des décideurs. En matière de diffusion, l'approche s'est axée sur l'implication d'une variété de personnes et de groupes et sur la transmission des données probantes à ceux-ci. Les principes de justice sociale ont intentionnellement été utilisés pour présenter le message de façon à en appeler aux valeurs catholiques d'équité pour les personnes dont les besoins de santé sont moins satisfaits en raison de circonstances sociales et économiques. La portée du projet a été limitée à une seule administration scolaire gérant 109 écoles de la ville de Calgary. Comme l'administration scolaire était fortement influencée par ses dirigeants religieux, l'évêque a été une cible importante des efforts de diffusion.



Mise en œuvre

Analyse de données

Aucune autre ressource n'a été requise pour mettre en œuvre la stratégie. Notre service de recherche en santé publique a planifié et mis en œuvre l'analyse de données. Nous avons utilisé les données locales concernant la vaccination, y compris le statut vaccinal, l'administration scolaire, le code postal des élèves, le niveau scolaire et l'âge. Grâce aux codes postaux, nous avons associé les données à l'indice de défavorisation matérielle³, ce qui nous a permis d'obtenir, pour chaque élève, un pointage de défavorisation du quartier. À l'aide d'une régression logistique à variables multiples, nous avons démontré que les filles fréquentant des écoles qui n'offraient pas l'accès à la vaccination avaient beaucoup moins tendance à être vaccinées si elles vivaient dans les quartiers les plus défavorisés. À l'inverse, les filles habitant dans des quartiers à plus faible statut socio-économique et fréquentant des écoles publiques offrant la vaccination avaient plus tendance à être vaccinées que celles vivant dans des quartiers à statut socio-économique plus élevé⁴. D'autres facteurs pouvant entrer en ligne de compte ont été pris en considération, mais l'exactitude des résultats peut avoir été influencée par les limites inhérentes à l'utilisation de données administratives et associées au quartier au lieu du statut socio-économique individuel.

Diffusion des résultats

Les résultats ont été diffusés par étapes. Un élément qui a influencé la diffusion est l'existence d'un groupe d'envergure nationale, dirigé par un éthicien de l'Université de Calgary et par un groupe de directeurs d'école à la retraite, qui a plaidé en faveur d'un accès équitable au vaccin contre le VPH. Les résultats de l'étude, ainsi que des renseignements sur les risques de cancer du col utérin et sur l'efficacité du vaccin contre le VPH, ont d'abord été transmis aux individus, puis ont été communiqués aux groupes, y compris les groupes de pression. Un élément fondamental de la stratégie fut la participation et l'influence personnelle d'une autorité respectée. La diffusion a inclus un volet militant consistant à transmettre les résultats à des collègues en santé publique qui étaient libres de les utiliser dans leur propre district et avec les conseils scolaires, comme décrit ci-dessous.

Avant la réalisation de l'étude, l'évêque des diocèses de Calgary a avancé l'hypothèse voulant que l'impossibilité de recevoir le vaccin à l'école entraîne une participation plus faible chez les filles fréquentant des écoles séparées. La première étape qui a suivi l'étude était une rencontre avec l'évêque pour lui présenter les résultats. Cette présentation informelle et en personne a été réalisée par le médecin hygiéniste en chef, qui est aussi membre de l'Association des médecins catholiques et une connaissance de l'évêque. Les objections de l'évêque à la vaccination dans les écoles catholiques reposaient sur les valeurs familiales et sur

A deprivation index for health planning in Canada

R. Pampalon, PhD (1); D. Hamel, MSc (1); P. Gamache, BSc (1); G. Raymond, BSc (2)

Abstract

Administrative databases in the Canadian health sector do not contain socio-economic information. To facilitate the monitoring of social inequalities for health planning, this study proposes a material and social deprivation index for Canada. After explaining the concept of deprivation, we describe the methodological aspects of the index and apply it to the example of premature mortality (i.e. death before the age of 75). We illustrate variations in deprivation and the links between deprivation and mortality nationwide and in different geographic areas including the census metropolitan areas (CMAs) of Toronto, Montréal and Vancouver; other CMAs; average-size cities, referred to as census agglomerations (CAs); small towns and rural communities; and five regions of Canada, namely Atlantic, Quebec, Ontario, the Prairies and British Columbia. Material and social deprivation and their links to mortality vary considerably by geographic area. We comment on the results as well as the limitations of the index and its advantages for health planning.

Key words: Social inequalities, deprivation, health, health planning, premature mortality, Canada, geographical areas, metropolitan areas, urban areas, regions

Great Britain⁵ and then introduced to other countries,^{6,8} including Canada.⁹⁻¹³

All the Canadian studies that have used geographic proxies tracked social inequalities in health, generally using mortality as a health indicator, although some also considered measures of morbidity and use of health services. These analyses have also largely focused on urban areas and have tended to use only one indicator of social disparity—neighbourhood income.

The contribution made by these studies is undeniable. However, while income is a powerful indicator of health and has ramifications for other determinants of health, it cannot take the place of all those



des préoccupations sans fondement concernant la sécurité du vaccin. L'évêque n'a pas changé son objection à la vaccination à l'école. Toutefois, il était d'accord pour partager les résultats de l'étude avec la directrice de l'administration scolaire, qui devait quitter son poste sous peu. Bien que celle-ci était personnellement favorable à la vaccination à l'école, elle a indiqué que nous pourrions avoir plus de succès dans notre objectif de changer la politique une fois que le nouveau directeur serait désigné. Après des rencontres avec ce nouveau directeur, l'évêque a été d'accord pour partager les résultats de l'étude, comme l'avait proposé le nouveau directeur, avec les conseils scolaires individuels. Cette stratégie a suscité l'appui des parents au changement de politique. Les résultats ont aussi été partagés avec un groupe de pression précédemment formé de professeurs d'éthique et de science de l'Université de Calgary, qui a eu recours aux médias, aux représentants de parents et à la menace de poursuites pour amener l'administration scolaire à changer sa politique⁵.

Évaluation et répercussions

« Le fait d'avoir ciblé les décideurs et les parents, qui peuvent aussi influencer les décideurs politiques, était une tactique importante qui prévoyait également la présentation d'informations particulièrement adaptées au public. »

Le procédé itératif de la stratégie de diffusion permettait de réviser les manières dont les données ont été présentées et à qui. Notre premier rapport a utilisé les rapports de cotes et une image de personnages allumettes pour démontrer les risques plus élevés de ne pas être vacciné. Au bout du compte, pour le public moins spécialisé, nous avons eu recours à de simples diagrammes en barres pour présenter les différences dans la participation à la vaccination. Pour la publication, nous avons utilisé des diagrammes de profils basés sur les modèles de régression intégrant des covariables afin d'accroître la rigueur scientifique des résultats de l'étude. Nous avons prévu juger le succès de la stratégie en fonction du fait que nous ayons ou non atteint notre objectif de changer la politique tout en maintenant des relations positives et un dialogue avec les responsables religieux et administratifs et avec les parents. Après réflexion, nous n'étions que l'un des nombreux acteurs du milieu, et les rôles et les alliances n'étaient pas toujours clairs. Des tensions sont nées de la perception que des valeurs en conflit étaient proposées, et parfois d'une rhétorique chargée d'émotion opposant deux visions.

La stratégie d'application des connaissances a été un succès et la politique a été modifiée en 2012. La vaccination à l'école est maintenant offerte dans les réseaux scolaires publics et catholiques de Calgary. Malgré la réticence de l'évêque, les résultats de l'étude ont été reçus favorablement par le nouveau directeur et par les conseils de parents. Leur réaction positive a sans aucun doute influencé le changement de politique. Le lobby universitaire coordonné qui exerçait ses activités en même temps que notre stratégie de diffusion axée sur l'équité a aussi indéniablement influencé le changement de politique favorable qui a suivi.

Leçons apprises

La force du partenariat médecin-chercheur était essentielle, du début à la fin. Le fait d'avoir ciblé les décideurs et les parents, qui peuvent aussi influencer les décideurs politiques, était une tactique importante qui prévoyait également la présentation d'informations particulièrement adaptées au public. Le fait d'avoir réalisé l'analyse de données au moment où un nouveau directeur était nommé et où un lobby de vaccination était formé était un heureux hasard. Le nombre de parties prenantes (le directeur, les administrateurs, les parents



et les deux importants groupes de pression) et le manque de clarté quant aux rôles étaient deux des défis à la mise en œuvre et au maintien du processus, et ils ont exigé le recours à des tactiques de négociation. Il était important de s'en tenir au message pour maintenir l'intégrité et la participation.

Références

¹ Gouvernement du Canada. (2013). Virus du papillome humain (VPH). Consulté en ligne sur le site Web du Gouvernement du Canada à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/virus-papillome-humain-vph.html>

² Centres for Disease Control and Prevention. (2017). HPV Vaccine Information for Young Women. Consulté en ligne sur le site des Centres for Disease Control and Prevention à : <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv-vaccine-young-women.htm>

³ Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P. & Raymond, G. (2009). A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 29.

⁴ Musto, R., Siever, J.E., Johnston, J.C., Seidel, J., Rose, M.S. & McNeil, D.A. (2013). Social equity in Human Papillomavirus vaccination: a natural experiment in Calgary Canada. *BMC Public Health*, 13.

⁵ Hjalte, L. (2012, 25 juin). Dr. Susan Bornemisza, lawyer Juliet Guichon and Dr. Ian Mitchell urge Calgary Catholic school trustees to allow in-school HPV vaccinations at a press conference in Calgary June 25, 2012. The Vancouver Sun.



Établir une communauté de pratique pour renforcer les connaissances et les habiletés en matière de prise de décisions fondée sur des données probantes dans un milieu de santé publique

Zsuzsi Rety, Vicki Edwards, Suzanne Neumann, Faye Parascandalo, Michelle Wawrzyniak

Services de santé publique de la Ville de Hamilton

Contexte et justification

Les professionnels de la santé publique se font de plus en plus encourager à pratiquer la prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP), considérée comme une habileté essentielle aux pratiques de santé publique dans les Compétences essentielles en santé publique au Canada¹. Au cours des dernières années, on a constaté une prolifération des ressources visant à soutenir la PDFDP, y compris des cadres de référence, des outils électroniques et des revues



systematiques décrivant des interventions efficaces. Les Centres de collaboration nationale en santé publique ([CCNSP](#)), les Instituts de recherche en santé du Canada ([IRSC](#)) et des comités d'experts ont tous contribué à accroître les capacités en matière de PDFDP en santé publique. Toutefois, plusieurs professionnels n'ont pas l'impression d'avoir le temps, le soutien ou les connaissances nécessaires pour amasser, évaluer, analyser et appliquer à leur pratique des données probantes issues de la recherche de haute qualité et pertinentes².

Comme la tendance en santé publique privilégie une plus grande utilisation des principes de la PDFDP, les membres de l'équipe de direction des Services de santé publique de la Ville de Hamilton (SSP) se sont engagés à appuyer les besoins éducationnels connexes du personnel. En 2015, la haute direction a demandé au personnel intéressé de chaque division de la santé publique de participer à un programme de mentorat en courtage de connaissances organisé par le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO). Le programme visait à soutenir les SSP dans le renforcement des capacités en matière de PDFDP en évaluant la préparation organisationnelle à l'application de la PDFDP et en affermissant les compétences de certains membres du personnel. Des employés désignés devaient représenter chaque division et jouer le rôle de courtiers de connaissances (c.-à-d. des experts en PDFDP) pour promouvoir l'intérêt et l'utilisation des données probantes issues de la recherche dans la pratique.

Objectifs

En mars 2015, un participant au programme de courtage de connaissances et trois autres collègues de différentes disciplines ont lancé une communauté de pratique (CDP) ayant l'objectif global de perfectionner les habiletés et les connaissances des participants en matière de PDFDP. Un mandat a défini trois principaux objectifs :

1. Renforcer la capacité des participants à évaluer les données probantes issues de la recherche en santé publique pertinentes grâce à un examen régulier de ces données probantes avec des pairs.



2. Renforcer la capacité du personnel à appliquer toutes les étapes du cadre de PDFDP aux pratiques de santé publique par des discussions, des exemples de cas et l'utilisation d'outils PDFDP validés.
3. Soutenir les équipes du programme dans leurs efforts d'évaluation des données probantes issues de la recherche et d'utilisation du cadre PDFDP par des consultations de pair à pair.

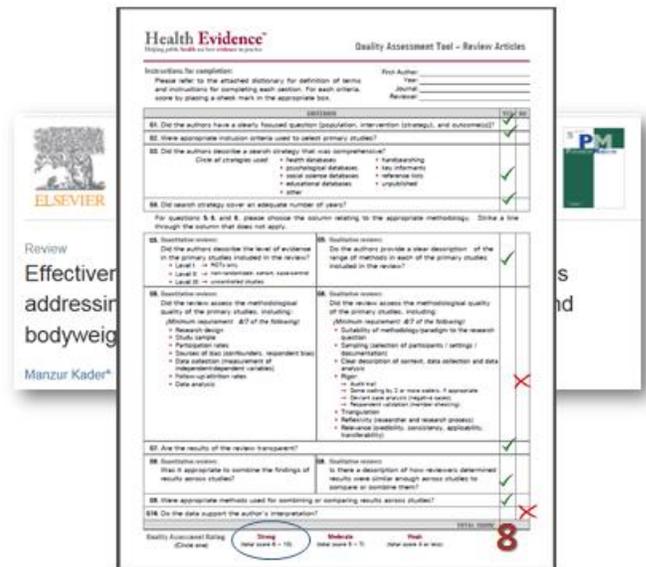
L'initiative

Le courtier de connaissances a animé les premières rencontres de la CDP, puis d'autres membres ont animé les séances à tour de rôle. L'appartenance était ouverte à toutes les personnes intéressées : le personnel, les gestionnaires et les étudiants. La participation et la présence aux rencontres étaient volontaires. Un total de neuf ou dix rencontres d'une heure se sont tenues chaque année.

« ... une [communauté de pratique] sur la PDFDP est à son meilleur si les rencontres sont appuyées par les gestionnaires, informelles, inclusives, guidées par des exemples réels, cadrées comme étant du perfectionnement professionnel et qu'elles se tiennent pendant les heures de travail. »

Mise en œuvre

Pour favoriser l'adhésion à la CDP et recruter de nouveaux participants, les courtiers de connaissances ont fait des présentations et rencontré des équipes de gestion. Leur intention était de promouvoir l'objectif de la CDP et de décrire les manières dont l'implication du personnel pourrait avoir des répercussions sur les pratiques de santé publique. Dans deux activités organisées pour le personnel, on a présenté le cadre de référence en matière de PDFDP et partagé les réussites du personnel quant à l'application de la PDFDP à son travail. De mars 2015 à mars 2017, la CDP a rencontré chaque mois un mentor externe du CCNMO pour étudier des documents pertinents à son travail et pour discuter de leurs répercussions dans ses pratiques. Des outils d'évaluation pertinents (p. ex., [l'Outil d'évaluation de la qualité de Health Evidence™](#) et [les outils du Critical Appraisal Skills Programme](#) [Programme en matière d'habiletés d'évaluation critique] pour les études individuelles) ont été utilisés pour examiner 22 articles scientifiques. [L'Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes](#) a été utilisé pour déterminer si et comment appliquer les données probantes issues de la recherche à la prise de décisions et à l'élaboration de politiques en santé publique à l'échelle locale.



Plusieurs obstacles ont été rencontrés au cours de la mise en œuvre de cette initiative, comme des demandes concurrentielles, la résistance au changement des pratiques habituelles et l'absence de compréhension commune au sujet de la PDFDP et de ses conséquences pour la pratique. La plupart des obstacles ont été surmontés grâce à des stratégies de communication, tant formelles (p. ex. des présentations et des infolettres) qu'informelles (p. ex. des courriels, des discussions face à face, du recrutement de pair à pair). Ces stratégies



ont aidé à former une compréhension commune de la PDFDP, à informer les gens des manières dont ils pouvaient s'impliquer dans la CDP et à partager les façons dont leurs pairs l'utilisaient pour améliorer leurs pratiques. La création d'un milieu inclusif, souple et accueillant pour les membres du personnel possédant différents niveaux d'habiletés était cruciale pour surmonter la plupart des obstacles. Prioriser le temps nécessaire à la participation demeure l'un des principaux obstacles auxquels est confronté le personnel. Cependant, cet obstacle est mitigé par l'appui de l'équipe de gestion à la participation du personnel, par des rappels fréquents et par une grande souplesse quant aux heures de rencontres.

Évaluation et répercussions

Aucune évaluation formelle n'a été réalisée. Le succès de l'élaboration et de la mise en œuvre de la démarche de PDFDP a été mesuré en fonction des taux de participation, des commentaires positifs et de l'intégration croissante des apprentissages dans les pratiques. La CDP a pris de l'ampleur et comprend 19 employés interdisciplinaires et gestionnaires qui y participent régulièrement. Des commentaires informels reçus des participants indiquent que la CDP a aidé à accroître la confiance du personnel dans sa capacité à prendre des décisions fondées sur des données probantes tout en considérant également les ressources disponibles et le contexte local.

Leçons apprises

Les leçons tirées de cette initiative sont qu'une CDP sur la PDFDP est à son meilleur si les rencontres sont appuyées par les gestionnaires, informelles, inclusives, guidées par des exemples réels, cadrées comme étant du perfectionnement professionnel et qu'elles se tiennent pendant les heures de travail. Au début, il était important d'avoir des chefs de file forts et bien informés pour soutenir tous les niveaux de compétences, des communications cohérentes liées aux rencontres et une démarche ouverte pour choisir les articles à examiner. Des évaluations informelles et régulières étaient aussi importantes afin de veiller à ce que l'activité répondait aux besoins des participants. Elles ont été effectuées grâce à une consultation rapide avec les participants à la fin de chaque séance.

Des recommandations clés pour la création d'une communauté de pratique PDFDP réussie sont notamment les suivantes :

- Obtenez le soutien des gestionnaires dès le départ.
- Identifiez des mentors qui pourraient y participer.
- Encouragez la participation volontaire plutôt qu'obligatoire.
- Déterminez les besoins des participants afin de guider l'orientation et les objectifs de la CDP.
- Établissez et révisez un mandat pour constamment répondre aux besoins des participants.
- Surveillez la participation.
- Encouragez le personnel à animer les rencontres à tour de rôle.
- Favorisez le transfert des connaissances aux non-participants, au besoin. Par exemple, les membres ont examiné des données probantes portant sur les manières de communiquer avec les parents afin de les encourager à préparer des lunchs santé. Ils ont ensuite fait connaître les approches efficaces aux infirmiers et aux infirmières de santé publique dans les écoles.

La compétence en matière de PDFDP fera en sorte que les professionnels de la santé publique prendront des décisions rapides et efficaces en réaction aux besoins des communautés. Il est essentiel que le personnel soit soutenu pour renforcer ses capacités à appliquer de façon cohérente les principes de la PDFDP. Cette initiative



est un exemple de ce qui peut être accompli de manière rentable pour amener le personnel à utiliser la PDFDP dans sa pratique.

Références :

¹Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0*. Ottawa, Ontario : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé.

²Peirson, L., Ciliska, D., Dobbins, M. & Mowat, D. (2012). Building capacity for evidence-informed decision making in public health: a case study of organizational change. *BMC Public Health, 12*, 137-149.



Wiki et plus encore : un portail pour la PDFDP à SPO

Victoria Cole

Santé publique Ottawa

Contexte et justification

Santé publique Ottawa (SPO) compte 500 employés répartis en 6 divisions et 26 équipes. En raison du nombre d'employés et des différences dans leurs rôles et leurs niveaux de compétences, il est difficile d'entreprendre et de faciliter les échanges de connaissances, en particulier les échanges de connaissances en matière de données probantes issues de la recherche. Or, sans ces échanges de connaissances, on risque de dédoubler le travail, de perpétuer des approches incohérentes et d'isoler la prise de décisions sur des sujets de santé essentiels. Cela peut avoir des répercussions coûteuses sur le temps du personnel ainsi que sur les pratiques et politiques de santé publique. Bien que les questions de recherche puissent varier selon les équipes, le processus de recherche pourrait éclairer la prise de décisions et promouvoir les collaborations dans l'organisation.

Evidence Informed Decision Making in Public Health

[Welcome to the Evidence Informed Decision Making \(EIDM\) wiki](#)

HPDP branch is using the National Collaborating Centre Methods and Tools' (NCCMT) model for evidence informed decision making (EIDM) in public health to encourage staff to use evidence in their decision making.

Purpose: Provide staff with tools on where to find the local "evidence" there is a wiki page for each circle of evidence (See table below)

NCCMT's model for EIDM in public health



[NCCMT video explaining EIDM](#)

Below is an excerpt from NCCMT's EIDM fact sheet (2012):

"Evidence-informed decision making involves integrating the best available research evidence into the decision-making process. Additional factors - community health issues and local context; community and political preferences and actions; and public health resources - create the environment in which that research evidence is interpreted and applied.

This model recognizes that important evidence can come from a variety of sources. Evidence considered in the decision-making process could include the following possible examples:

Trois principaux facteurs soulignent l'importance de l'usage des données probantes à SPO. Premièrement, à l'échelle locale, SPO participe à la deuxième cohorte du Programme de courtage de connaissances du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO). Ce programme cherche à renforcer les capacités organisationnelles pour la prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP). Deuxièmement, à l'échelle provinciale, les nouvelles [Normes de santé publique de l'Ontario](#) pour 2018 renforcent l'importance de la norme fondamentale voulant qu'« une pratique de santé publique soit efficace ». À la suite de la mise en œuvre de cette norme, les bureaux de santé publique de l'Ontario seront encouragés à participer davantage à la PDFDP et aux échanges de connaissances avec leurs collègues et partenaires communautaires. Enfin, à l'échelle fédérale, la compréhension et la mise en œuvre de la PDFDP forment une habileté essentielle qui est



intégrée dans l'ensemble des compétences essentielles de la santé publique¹ et identifiée dans la compétence 2 : évaluation et analyse.

Pour faciliter la PDFDP, le personnel de SPO a été invité à utiliser un wiki interne à titre de plateforme centralisée pour partager des revues de littérature évaluées et synthétisées. Les deux principaux objectifs du wiki sont les suivants :

1. renforcer la capacité du personnel à réaliser des revues de littérature et à évaluer la littérature de façon critique;
2. partager les conclusions des revues de littérature pour assurer la cohérence des pratiques et pour faciliter les échanges de connaissances entre les équipes.

Objectifs

Objectifs à court terme :

- faciliter l'échange de connaissances en matière de données probantes issues de la recherche;
- utiliser une plateforme centralisée pour aider le personnel à localiser des ressources lui permettant de réaliser des revues de littérature;
- simplifier les processus de travail pour éviter le dédoublement du travail effectué à SPO sur les données probantes issues de la recherche;
- faciliter les collaborations grâce aux échanges de connaissances portant sur les projets en cours;
- mettre en œuvre une approche cohérente à la réalisation de revues de littérature.

Objectifs à long terme :

- accroître la confiance du personnel dans sa capacité à amasser, à évaluer et à intégrer les données probantes issues de la recherche dans ses pratiques quotidiennes;
- augmenter l'usage et l'intégration des données autres que les données probantes issues de la recherche, comme les enjeux de santé communautaire et les contextes locaux (p. ex. les ressources de santé publique, les communautés, et les préférences et actions politiques).

L'initiative

L'initiative du wiki a consisté en trois phases : la création du contenu; le choix du logiciel et sa construction; et la promotion et la sensibilisation.

Afin d'assurer une cohérence, la création du contenu a été réalisée en collaboration avec la bibliothécaire de notre Réseau de services bibliothécaires partagés (RSBP). Celle-ci est en ce moment essentielle lorsque le personnel entreprend une démarche de PDFDP. Son rôle comprend le renforcement des capacités du personnel, comme enseigner à définir des questions de recherche, chercher des articles pertinents et accéder à des outils et à des ressources à jour. Les modèles aidant le personnel à synthétiser de l'information ont aussi été créés grâce au soutien du personnel de SPO.

La seconde phase de l'initiative a consisté à créer et à choisir un logiciel. Cela s'est réalisé à l'interne grâce au soutien du personnel en technologies de l'information de SPO. La plateforme wiki a été choisie pour son accessibilité et ses fonctions collaboratives, qui permettent au personnel de publier ses propres revues de littérature sans beaucoup de formation.



La troisième phase s’est axée sur la sensibilisation de tout le personnel au wiki. Cela faisait partie intégrante de l’initiative, car le wiki nécessite la participation du personnel pour faciliter les échanges de connaissances. En publiant des revues de littérature, les membres du personnel encouragent leurs collègues à consulter le document complet, à ajouter aux sujets explorés et à collaborer sur des projets en cours. Des activités de communication ont été élaborées pour appuyer cette phase, y compris la promotion du wiki dans les rencontres d’équipes et individuellement.

Mise en œuvre

L’initiative a été dirigée par l’auteure et soutenue par le gestionnaire de la division Promotion de la santé et prévention des maladies. L’initiative a été mise à l’essai dans la division à compter de juin 2016. Le fait de publier dans le wiki une liste exhaustive de revues de littératures terminées a servi de facilitateur, mais aussi d’obstacle à l’initiative. Cette publication a aidé à susciter l’intérêt des membres du personnel envers le travail de leurs collègues. Toutefois, elle a aussi intimidé les employés qui étaient moins familiarisés avec la démarche de santé publique fondée sur des données probantes. Ceux-ci craignaient ne pas pouvoir résumer leur recherche correctement dans la plateforme wiki. Pour surmonter cet obstacle, l’auteure a travaillé étroitement avec les équipes qui réalisaient des revues de littérature pour les soutenir dans la publication de résumés de résultats dans le wiki. L’aide ainsi apportée au personnel a aidé à renforcer les capacités, à diminuer l’anxiété et à faire la promotion de la technologie du wiki.

La collaboration individuelle avec les membres du personnel a aussi révélé des incohérences dans les processus de réalisation de revues de littérature à SPO. La discussion portant sur ces différences a fourni l’occasion de partager les meilleures pratiques actuelles pour effectuer des revues de littérature, évaluer la littérature et promouvoir une approche standardisée et cohérente dans le wiki.

Le Tableau 1 décrit les activités qui seront menées pour répondre à certains des obstacles relevés.

Tableau 1 : Obstacles et activités

Obstacle	Activités du plan de communication visant à répondre à ces obstacles
1) Manque de sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer la promotion sur une base individuelle. • Continuer la promotion du wiki dans les ateliers sur la PDFDP et dans les séances de formation concernant la bibliothèque chez SPO. • Offrir des ateliers continus pour les étudiantes en soins infirmiers de SPO grâce à une collaboration avec la bibliothécaire du RSBP (<i>SPO accepte environ 120 étudiantes en soins infirmiers par année</i>) au sujet des manières de réaliser des revues de littérature et de publier les conclusions dans le wiki. • Encourager le personnel à s’inscrire aux alertes par courriel pour savoir quand une nouvelle ressource ou une nouvelle revue de littérature est publiée dans le wiki. • Demander des conseils sur les manières d’en promouvoir l’usage à d’autres services de la Ville d’Ottawa qui utilisent beaucoup les wikis.
2) Manque d’adhésion	<ul style="list-style-type: none"> • Souligner aux gestionnaires les avantages du wiki comme plateforme de communication, en mentionnant ses objectifs et ses besoins. • Utiliser le wiki comme un véhicule permettant de communiquer de l’information venant de l’équipe de courtage de connaissances de SPO.



	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir au personnel du soutien individuel continu pour l'utilisation de données probantes issues de la recherche.
3) Utilité	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser des entretiens formels et informels continus avec le personnel pour recueillir des recommandations et des commentaires. • Fournir une évaluation et une amélioration continue du produit, au besoin.

Évaluation et répercussions

Des entretiens informels réalisés avec quelques membres du personnel ont indiqué que le wiki a fait croître l'intérêt du personnel et leur connaissance des données probantes issues de la recherche dans la prise de décisions en santé publique. Des faits anecdotiques indiquent que les membres du personnel qui ont consulté les revues de littérature terminées ont utilisé ces informations comme données probantes dans leur travail. L'une des difficultés de l'évaluation consiste à ne pas pouvoir savoir exactement combien de personnes consultent les revues de littérature des autres, car aucun logiciel ne contrôle les statistiques en ligne.

Ce qu'on peut mesurer, ce sont les activités projetées de notre plan de communication visant à surmonter les obstacles. En février 2017, le wiki a été présenté à environ 20 étudiantes en soins infirmiers, en collaboration avec la bibliothécaire du RSBP. Parmi les réussites, on compte : de l'aide dans l'élaboration des questions, des demandes d'articles complets, l'utilisation des modèles du wiki et la publication de revues synthétisées.

Type in the research question that you submitted to SLSP librarian here

Literature Review Synthesis Table*

+	<table border="1"> <tr> <td>Methods of the literature review</td> <td> Number of reviewers : Keywords used in search: Inclusion criteria: are those factors used to determine that a paper should be appraised for quality (e.g., the paper is a systematic review Exclusion criteria: are other factors which eliminated papers from critical appraisal (e.g., duplicate, not within date range, not English language). These should be new criteria, not just the negative of the inclusion criteria. </td> </tr> <tr> <td>Results of the literature review</td> <td> Total number of paper reviewed and type of papers reviewed <i>More weight would be put on synthesized data that you reviewed</i> </td> </tr> <tr> <td>Key messages</td> <td> Provide, in plain language, up to six statements that are the "bottom line." These are derived from the evidence itself. </td> </tr> <tr> <td>Relevance to Practice</td> <td> Based on the evidence, outline any practice changes that will be made. Or relevance to your practice as it relates to the purpose of your literature review (<i>Was your literature review to determine best practices, or was it exploratory, etc.</i>) </td> </tr> <tr> <td>Gaps and limitations</td> <td> Two to five sentences. Describe any information about the amount, quality or focus of the literature that is relevant to the topic or conclusions </td> </tr> </table>	Methods of the literature review	Number of reviewers : Keywords used in search: Inclusion criteria: are those factors used to determine that a paper should be appraised for quality (e.g., the paper is a systematic review Exclusion criteria: are other factors which eliminated papers from critical appraisal (e.g., duplicate, not within date range, not English language). These should be new criteria, not just the negative of the inclusion criteria.	Results of the literature review	Total number of paper reviewed and type of papers reviewed <i>More weight would be put on synthesized data that you reviewed</i>	Key messages	Provide, in plain language, up to six statements that are the "bottom line." These are derived from the evidence itself.	Relevance to Practice	Based on the evidence, outline any practice changes that will be made. Or relevance to your practice as it relates to the purpose of your literature review (<i>Was your literature review to determine best practices, or was it exploratory, etc.</i>)	Gaps and limitations	Two to five sentences. Describe any information about the amount, quality or focus of the literature that is relevant to the topic or conclusions
Methods of the literature review	Number of reviewers : Keywords used in search: Inclusion criteria: are those factors used to determine that a paper should be appraised for quality (e.g., the paper is a systematic review Exclusion criteria: are other factors which eliminated papers from critical appraisal (e.g., duplicate, not within date range, not English language). These should be new criteria, not just the negative of the inclusion criteria.										
Results of the literature review	Total number of paper reviewed and type of papers reviewed <i>More weight would be put on synthesized data that you reviewed</i>										
Key messages	Provide, in plain language, up to six statements that are the "bottom line." These are derived from the evidence itself.										
Relevance to Practice	Based on the evidence, outline any practice changes that will be made. Or relevance to your practice as it relates to the purpose of your literature review (<i>Was your literature review to determine best practices, or was it exploratory, etc.</i>)										
Gaps and limitations	Two to five sentences. Describe any information about the amount, quality or focus of the literature that is relevant to the topic or conclusions										

Les publications dans le wiki seront mesurées chaque année. Le point de référence est actuellement de 12 publications, de juin à décembre 2016. Les publications terminées seront examinées pour évaluer la cohérence intraorganisationnelle quant à la manière dont les données probantes issues de la recherche sont synthétisées.

Une conséquence plus importante du wiki est apparue dans deux entretiens clés avec des membres du personnel qui l'utilisaient pour réaliser leur revue de littérature. Ils ont noté que leurs habiletés en pensée critique s'étaient améliorées au cours du processus. Ils ont aussi souligné l'importance de garder à l'esprit le



contexte organisationnel (p. ex. les données démographiques locales, les ressources financières, les préférences politiques, etc.) et les manières dont il pourrait influencer les recommandations clés après la synthèse de la recherche. Cela montre bien que les professionnels comprennent mieux la PDFDP et que l'organisation a vécu un changement de culture.

Leçons apprises

La principale leçon tirée est l'importance d'avoir un plan de communication complet. À tous les niveaux, les membres du personnel doivent connaître l'initiative. Le simple fait de publier le contenu en espérant qu'il se propage de bouche à oreille n'a pas généré assez de visites, même si les gens reconnaissent qu'il comblait une lacune dans l'organisation. Il est essentiel d'attirer des membres clés du personnel, comme les superviseurs et les spécialistes de SPO, pour qu'ils apportent leur soutien à l'initiative. Ces chefs de file peuvent aider à renforcer les capacités du personnel et à intégrer des plans de travail permettant d'orienter le personnel vers le wiki.

Le fait de collaborer sur l'initiative avec la bibliothécaire du RSBP à l'extérieur du site a aussi contribué à la création d'un mécanisme permettant de faciliter les échanges de connaissances. Cette coopération a aidé à identifier les lacunes et à minimiser les obstacles. Comme la bibliothécaire du RSBP travaille à l'extérieur du site, des agents de liaison de la bibliothèque de SPO travaillent désormais en collaboration avec la bibliothécaire sur de futurs ateliers destinés au personnel.

Une autre leçon importante est le besoin de choisir une plateforme conviviale, accessible à tout le personnel et qui encourage celui-ci à l'utiliser même s'il n'a reçu que peu de formation sur la contribution de contenu.

Tablant sur le succès de cette initiative, une page « wiki parent » est en cours d'élaboration. La page d'accueil de ce wiki parent est le [modèle PD FDP](#). Sous le modèle sont présentés des liens vers quatre wikis différents, soit un pour chaque domaine de la PDFDP. Le contenu du wiki parent inclura des trucs et astuces quant aux manières d'obtenir et d'appliquer des données probantes locales à la prise de décisions en santé publique, ainsi que des renseignements au sujet de l'équipe d'épidémiologie de SPO.

Références

¹Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0*. Consulté en ligne sur le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>



Des interventions psychologiques et psychosociales efficaces pour prévenir la dépression périnatale et les troubles anxieux : une revue rapide

Becky Blair, John Barbaro, Amy Faulkner, Maria Louise Azzara, Sherry Diaz, Tanya Fehr

Service de santé du district de Simcoe-Muskoka

Contexte et justification

Dans la zone desservie par le Service de santé du district de Simcoe-Muskoka (SSDSM), environ une femme enceinte sur cinq rapporte un problème de santé mentale pendant la grossesse — un taux significativement plus élevé que celui de l'Ontario. Un de nos partenaires communautaires a obtenu du financement pour s'attaquer à la prévalence de troubles prénatals de l'humeur dans la région. Une revue rapide a été réalisée pour répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les interventions psychologiques ou psychosociales efficaces pour prévenir les troubles prénatals de l'humeur diagnostiqués? »

Objectifs

Les objectifs du SSDSM étaient les suivants :

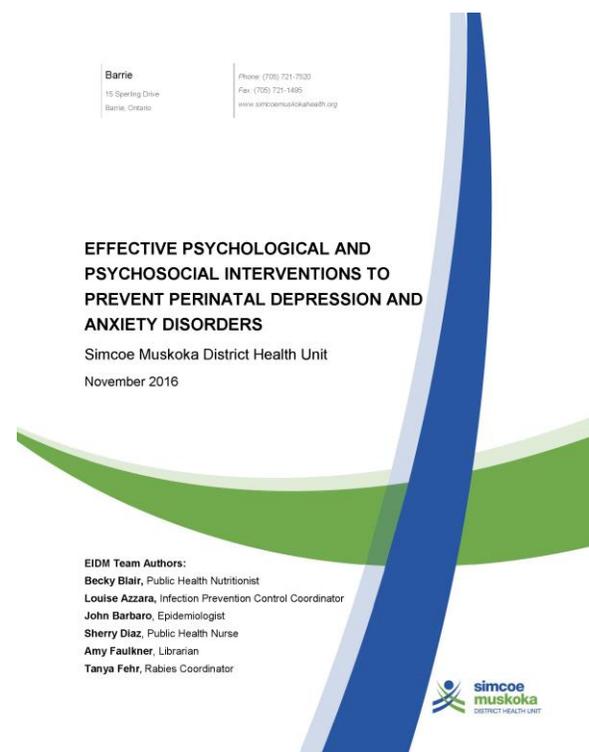
1. déterminer si les programmes communautaires axés sur les troubles prénatals de l'humeur sont efficaces pour prévenir les troubles prénatals de l'humeur;
2. éclairer les décisions concernant la mise en œuvre de programmes internes et régionaux.

L'initiative

La revue a mis l'accent sur les interventions psychologiques et psychosociales parce que celles-ci correspondent aux programmes traditionnels de prévention en santé publique. Pour aider la bibliothécaire du SSDSM à élaborer une stratégie de recherche, les troubles prénatals de l'humeur ont été définis de façon à inclure la dépression et les seuls troubles anxieux qui sont ouverts aux stratégies de prévention (c.-à-d. le trouble d'anxiété généralisé et le trouble de stress post-partum). Afin de nous aligner sur la portée et l'objectif d'une revue rapide, nous nous sommes attardés à un seul indicateur : le diagnostic d'un trouble périnatal de l'humeur.

Mise en œuvre

La recherche dans les bases de données électroniques a été limitée aux essais contrôlés randomisés, aux revues systématiques (avec ou sans méta-analyse) et aux lignes directrices. Les résultats ont été restreints aux



études publiées en anglais de 2013 à 2016. Le principal indicateur d'intérêt était un diagnostic de dépression périnatale ou d'anxiété périnatale telles que définies par les auteurs des études. Les études rapportant des indicateurs liés à une diminution de la symptomatologie de la dépression périnatale ou à des différences moyennes dans les scores de dépression ou d'anxiété ont été exclues. Après une première vérification des titres et des résumés, nous avons décidé de nous concentrer sur les revues systématiques et les lignes directrices. Après les avoir examinées et avoir évalué leur qualité, quatre revues systématiques et deux lignes directrices ont été retenues.

Une ligne directrice a été considérée comme étant la source de données probantes de la plus haute qualité en raison de la rigueur de sa méthodologie et de son analyse de données. Elle ne présentait que quelques études originales rapportant l'indicateur recherché, soit un diagnostic de dépression ou d'anxiété. Ces études ont été considérées comme étant de faible ou de très faible qualité méthodologique. Il n'existait aucune différence statistiquement significative entre les taux de diagnostic de dépression ou d'anxiété périnatales chez les femmes à risque recevant n'importe quel type d'intervention psychologique ou psychosociale et ceux des femmes ne recevant aucune intervention. Ce résultat contredisait directement les résultats de l'une des revues systématiques incluses. Un examen minutieux a révélé que la ligne directrice et la revue systématique employaient des définitions différentes des notions de prévention et de traitement dans leur sélection des études primaires, et qu'elles avaient recours à des méthodes analytiques différentes pour aborder les données manquantes. De plus, la nouvelle analyse que nous avons faite de certaines des données de la revue systématique n'a révélé aucune différence statistiquement significative dans les taux de diagnostic d'anxiété ou de dépression périnatales, contrairement aux conclusions de la revue systématique, mais conformément aux résultats de la ligne directrice.

« ... il est souvent facile, pour les professionnels de la santé publique qui sont très occupés, d'accepter les conclusions des revues systématiques rédigées par des experts. Toutefois, il est important de faire une analyse critique non seulement du contenu, mais aussi de l'analyse des données des auteurs. »

Dans l'ensemble, aucune donnée probante cohérente et de grande qualité n'a démontré que les interventions psychologiques ou psychosociales réussissent à prévenir les troubles périnataux de l'humeur. En particulier, les femmes présentant des facteurs de risque reconnus en matière de dépression ou d'anxiété post-partum qui participaient à un programme de prévention psychologique ou psychosociale sous n'importe quelle forme étaient tout aussi susceptibles de recevoir un diagnostic de dépression ou d'anxiété que les femmes qui ne participaient pas à ces programmes. On ignore si l'inefficacité des interventions était due à la petite taille des échantillons, à la mauvaise qualité de la méthodologie ou à un nombre globalement restreint d'essais concernant notre indicateur d'intérêt, ou si elle était attribuable au fait que les interventions sont réellement inefficaces. On ne connaît pas les effets des programmes de prévention psychologique ou psychosociale chez les femmes ne présentant pas de facteurs de risque de développement d'un trouble périnatal de l'humeur.

Répercussions

Après la revue rapide, les principaux décideurs du SSDSM se sont réunis pour discuter de l'application à l'échelle locale, dans la communauté, des résultats de la revue rapide à l'aide de l'[Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes du CCNMO](#). À l'issue de cette démarche, le SSDSM s'est rallié aux conclusions de la revue rapide et n'ajoutera pas à ses services existants de nouvelles



interventions ou de nouveaux programmes axés sur la prévention d'un diagnostic de dépression ou d'anxiété périnatales.

Les coalitions communautaires locales travaillant dans le domaine de la santé mentale périnatale tiennent désormais compte des résultats de la revue rapide au moment d'élaborer des plans d'intervention. Le [rapport présentant notre revue rapide](#) a été partagé avec la Table sur le développement de la santé humaine soutenue par Santé publique Ontario et avec d'autres regroupements locaux pour éclairer le travail de planification.

Leçons apprises

Plusieurs leçons ont été tirées de la démarche d'élaboration de la revue rapide. Avant d'examiner les titres et les résumés, un protocole a été rédigé avec le soutien de membres du Programme de santé infantile pour définir les critères d'inclusion et d'exclusion. Les six auteurs de la revue rapide se sont souvent référés à ce document lorsqu'ils devaient prendre des décisions concernant les éléments à inclure et à exclure de l'étude. Comme il s'agissait de la première fois que le SSDSM faisait une revue rapide, nous avons identifié quelques éléments qui pourraient être améliorés pour aider les prochaines équipes de l'organisation à effectuer des revues rapides. Par exemple, nous recommandons aux rédacteurs des prochaines revues de s'accorder du temps supplémentaire pour discuter des itérations de la stratégie de recherche avec un bibliothécaire et avec les principaux membres de l'équipe de revue rapide. Nous recommandons aussi qu'une ébauche de rapport aborde la démarche utilisée pour la revue rapide et les principales décisions prises tout au long de celle-ci. Cela faciliterait la rédaction du rapport. Un élément clé que nous avons appris est qu'il faut s'assurer que tous les membres de l'équipe comprennent bien la manière dont l'indicateur d'intérêt est défini et mesuré. Un manque de clarté à ce sujet a entraîné l'exclusion tardive d'articles qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion. Enfin, il est souvent facile, pour les professionnels de la santé publique qui sont très occupés, d'accepter les conclusions des revues systématiques rédigées par des experts. Toutefois, il est important de faire une analyse critique non seulement du contenu, mais aussi de l'analyse des données des auteurs. Ce faisant, nous avons découvert une erreur dans une étude Cochrane et son auteur a par la suite confirmé qu'il s'agissait d'une erreur.



Tous doivent mettre la main à la pâte : le travail du Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury pour mettre en œuvre et renforcer les capacités organisationnelles en matière de pratiques fondées sur des données probantes dans la santé publique locale

Renée St. Onge, Joëlle Martel

Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury

Contexte

Le Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury (SSSDS) est déterminé à améliorer la prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP) dans l'organisation et à faire en sorte que tous les membres de son personnel considèrent la PDFDP comme une priorité. Cette initiative organisationnelle multidimensionnelle est abordée dans le Plan stratégique du SSSDS et souligne le fait que tous les types de données probantes sont pris en compte dans les décisions, y compris des sources variées allant au-delà des données probantes issues de la recherche. Par exemple, les renseignements concernant le contexte de la communauté et les préférences politiques sont des sources importantes de données qui éclairent la prise de décisions. De plus, le cadre de référence concernant la PDFDP du service de santé souligne les rôles de tous les membres de l'organisation dans la PDFDP. Par exemple, les infirmiers et infirmières de santé publique qui travaillent dans la communauté peuvent obtenir des renseignements cruciaux au sujet du contexte local dans des conversations avec des membres de la communauté. Une adjointe administrative peut aussi recevoir plusieurs appels à propos d'une certaine question de santé et ainsi être au courant des demandes de la communauté. Les membres du personnel ont donc la responsabilité de communiquer ces besoins aux planificateurs de programmes. Le SSSDS a réalisé d'importants progrès dans la collecte et l'utilisation de données probantes venant de résultats de recherche et de la communauté en faisant participer tous les membres de l'équipe du service de santé.

Objectif

L'objectif général de l'élaboration d'une stratégie en matière de PDFDP était de faire en sorte que les praticiens en santé publique du SSSDS, ainsi que le personnel à tous les niveaux, aient les habiletés et les connaissances nécessaires pour se pencher sur des problèmes émergents de santé publique en faisant appel aux meilleures données probantes qui soient.

L'initiative

Un groupe de travail composé de planificateurs et de gestionnaires a produit un cadre de référence organisationnel qui définit les rôles et les responsabilités de chaque catégorie de personnel, comme les infirmiers et infirmières de santé publique et les planificateurs de programmes, dans la PDFDP. Des plans visant à renforcer les habiletés et les capacités ont été élaborés pour faire en sorte que le personnel ait les connaissances et les compétences ou la formation nécessaires pour être efficaces dans leurs rôles en ce qui a trait à la PDFDP.

« Les messages transmis à tout le personnel du [Service de santé de Sudbury et du district de Sudbury] soulignent le fait que nous avons tous un rôle à jouer pour amasser et rapporter des données probantes. »



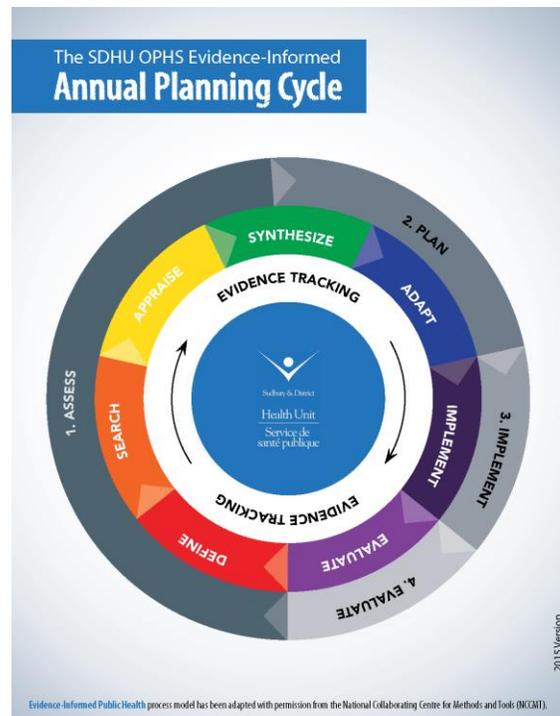
Mise en œuvre

Il est crucial de tenir compte d'une variété de sources de données probantes — les questions de santé communautaire, le contexte local, les préférences et les actions communautaires et politiques, les ressources en recherche et en santé publique — pour éclairer nos pratiques de santé publique¹. Le Groupe de travail sur les pratiques fondées sur des données probantes été formé en 2012 pour offrir un espace de dialogue intersectoriel au sujet des données probantes et de la planification de programmes. Ce groupe joue un rôle clé dans la coordination de l'examen, de la synthèse et de l'application des meilleures données probantes qui soient pour guider et éclairer la planification de programmes. Les membres de ce groupe se rencontrent une fois par mois et comprennent des promoteurs de la santé, des épidémiologistes, des nutritionnistes en santé publique, des spécialistes de la norme fondamentale et un gestionnaire. Ses membres appartiennent à différentes équipes et divisions du service de santé et rapportent ses conclusions à leurs équipes. Les résultats contribuent à éclairer les décisions des gestionnaires et des directeurs des programmes et des services.

Les spécialistes de la norme fondamentale jouent un rôle important en favorisant l'élaboration et l'adoption de démarches, d'outils et de structures fondés sur des données probantes dans toute l'organisation. Ces personnes ont l'expérience des processus de PDFDP et ont les habiletés leur permettant de guider les membres du Groupe de travail. Les spécialistes de la norme fondamentale travaillent en recherche, en évaluation et en planification dans tous les programmes. Ces spécialistes travaillent en étroite collaboration avec les planificateurs de programmes (p. ex. les promoteurs de la santé et les nutritionnistes en santé publique), lesquels jouent un rôle fondamental en ce qui a trait à la collecte de données probantes à l'échelle des équipes et des divisions.

Les membres du comité de direction jouent un rôle de premier plan dans la promotion des démarches et des structures de la PDFDP et dans le soutien qu'ils apportent à leur mise en œuvre efficace dans toute l'organisation. Les gestionnaires de programmes supervisent les processus de planification et utilisent les meilleures données probantes qui soient pour éclairer ce que l'organisation devrait faire, par exemple cesser, lancer, adapter ou recentrer un programme ou un service. Les employés affectés aux programmes et le personnel de première ligne jouent un rôle important dans l'obtention de données probantes dans leur travail quotidien et dans la transmission de celles-ci aux planificateurs et aux décideurs. Ces personnes contribuent à la mise en œuvre en observant et en partageant leur connaissance des procédés liés aux programmes, du contexte de la communauté et de ses préférences. Il a été jugé que ces employés ont des opinions importantes quant à ce qui fonctionne bien et à ce qui pourrait être amélioré.

Afin d'aider tout le personnel à répondre aux attentes en ce qui concerne ces rôles et ces responsabilités, un plan de développement du personnel en plusieurs années a été élaboré. Il couvrait le renforcement des capacités afin d'amasser des données probantes venant de différentes sources, comme les questions de santé communautaire et le contexte local, les ressources de santé publique existantes, le climat communautaire et



politique, et les meilleures données probantes issues de la recherche qui soient. Plusieurs introductions aux pratiques de santé publique fondées sur des données probantes ont été rédigées pour guider les employés, les nouveaux comme les anciens. Ces introductions décrivent les rôles et les attentes envers le personnel, en plus de fournir des orientations sur les manières d'adopter des pratiques fondées sur des données probantes. Pour mobiliser le personnel, les introductions ont été publiées parallèlement à un montage vidéo d'entretiens réalisés avec des membres du personnel au sujet de la PDFDP. Pour faire en sorte que le personnel continue de consulter les introductions et de jouer son rôle en matière de PDFDP, des rappels ont été intégrés à plusieurs processus impliquant le personnel. Par exemple, une discussion du contexte et des besoins de la communauté est un point permanent aux ordres du jour des rencontres d'équipes. De tels rappels ont aussi été ajoutés aux différents outils et formulaires utilisés par le personnel dans son travail quotidien.

Les messages transmis à tout le personnel du SSSDS soulignent le fait que nous avons tous un rôle à jouer pour recueillir et rapporter des données probantes. En collaboration avec les gestionnaires, les planificateurs de programmes ont la responsabilité de transposer ces données probantes en décisions.

Leçons apprises

Le SSSDS a appris que les éléments suivants sont essentiels à la mise en œuvre de la PDFDP dans l'organisation et à la participation de tous les membres du personnel dans cette démarche :

1. désigner explicitement la PDFDP comme étant une priorité stratégique et à long terme de l'organisation;
2. assurer une direction forte, visible, engagée et stable;
3. désigner, former et répandre des promoteurs de la PDFDP dans toute l'organisation et dans tous les rôles;
4. réaliser des investissements financiers importants et à long terme dans la PDFDP;
5. élaborer pour tous les employés une stratégie d'éducation et de formation qui répond aux besoins propres à leur rôle sur le plan des connaissances et des habiletés en matière de PDFDP;
6. renforcer les capacités concernant l'usage des revues de la bibliothèque et des services d'information, et lutter contre les obstacles limitant l'accès aux bases de données et aux articles complets;
7. offrir au personnel des occasions significatives et productives de réseautage et d'échange sur la PDFDP;
8. prendre des mesures réfléchies pour renforcer les capacités en matière de PDFDP, mais conserver une approche souple et ouverte au changement.

Références

¹Peirson, L., Ciliska, D., Dobbins, M. & Mowat, D. (2012). Building capacity for evidence-informed decision making in public health: a case study of organizational change. *BMC Public Health*, 12, 137-149. doi: 10.1186/1471-2458-12-137



Un projet d'amélioration de la qualité visant à concevoir un outil relevant des meilleures pratiques pour répondre aux besoins des clients atteints de l'hépatite C

Mary Guyton, Heidi Parker

Programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto : site du Sherbourne Health Centre

Contexte et justification

Le portrait changeant de l'étude de l'hépatite C, qui mène à des traitements plus efficaces et mieux tolérés, a entraîné une plus grande intégration des soins prodigués aux patients atteints de l'hépatite C dans les milieux de soins primaires⁵. Bien que des ressources axées sur les meilleures pratiques existent pour les médecins de famille, il manque des ressources adaptées aux infirmières autorisées spécialisées en soins primaires qui prennent soin de patients ayant contracté l'hépatite C.

Ce projet, élaboré grâce à une collaboration étudiant-précepteur, vise à combler cette lacune et à améliorer les soins globaux.

Objectif

L'objectif de cette initiative est d'augmenter la capacité à offrir des soins aux patients atteints de l'hépatite C dans les milieux de soins primaires en faisant les choses suivantes :

- explorer les besoins des infirmières en matière d'éducation afin qu'elles puissent s'occuper de clients ayant contracté l'hépatite C, tout au long du traitement et après celui-ci;
- élaborer un outil axé sur les meilleures pratiques afin qu'il serve de référence pour les infirmières en soins primaires, en consultation avec des membres de l'équipe médicale sur l'hépatite C, des infirmières en soins primaires, des personnes travaillant dans le domaine du soutien communautaire, des personnes vivant avec l'hépatite C et des membres de l'équipe de traitement de l'hépatite C dans le cadre du Programme communautaire sur l'hépatite C de Toronto (PCHCT);
- diffuser cet outil parmi les infirmières en soins primaires, en commençant par les centres communautaires de santé impliqués dans le PCHCT et en élargissant potentiellement cette diffusion aux réseaux, aux associations et aux congrès en soins infirmiers professionnels.

L'initiative

Le PCHCT, un modèle communautaire de soins, cherche à traiter l'hépatite C chez des populations mal desservies grâce à une approche axée sur une équipe multidisciplinaire. Le PCHCT veut fournir des soins présentant peu d'obstacles à l'aide d'un partenariat entre trois centres communautaires de santé. Des services complets sont offerts grâce à la collaboration d'infirmières, d'infirmières praticiennes, de médecins de famille, d'intervenants, d'une équipe de soutien, et de consultants en maladies infectieuses.



TORONTO COMMUNITY
HEP C PROGRAM

Lorsque l'équipe d'infirmières de l'un des centres communautaires de santé du PCHCT a demandé à recevoir de la formation sur l'hépatite C qui serait pertinente aux soins primaires, des lacunes en matière de ressources sur l'hépatite C spécifiques aux infirmières ont été identifiées. En réponse à cette demande, nous avons réalisé une revue de littérature, soit une recherche dans la base de données PubMed pour trouver des études en



soins infirmiers primaires relativement aux patients atteints de l'hépatite C au Canada. Nous voulions déterminer quels documents, quelles lignes directrices et quelles ressources avaient déjà été publiés. Cette recherche a clairement démontré que s'il existe des ressources destinées aux infirmières prenant soin de patients atteints de l'hépatite C, il y a des lacunes en ce qui concerne les ressources canadiennes en soins infirmiers.

« ... s'il existe des ressources destinées aux infirmières prenant soin de patients atteints de l'hépatite C, il y a des lacunes en ce qui concerne les ressources canadiennes en soins infirmiers. »

En plus de chercher à répondre à la demande initiale sur le plan de l'éducation des infirmières, l'initiative a voulu faire la promotion d'un meilleur traitement des patients et remplir le mandat des organismes consultatifs en soins infirmiers. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario encourage les infirmières spécialisées en soins primaires à fournir des soins complets à leurs clients en élargissant leur champ de pratique grâce à de la formation continue. Un outil axé sur les meilleures pratiques encourage ce niveau de soins et permet aux infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires de participer au traitement de l'hépatite C en rejoignant les clients pendant leurs interactions en milieu de soins primaires. Nous croyons que cela peut améliorer le dépistage et l'identification des personnes atteintes de l'hépatite C, favoriser les liens avec le traitement, soutenir globalement les clients après le traitement et accroître la sensibilisation à la transmission de l'hépatite C pour prévenir les nouvelles infections ainsi que les réinfections.

Mise en œuvre

Après avoir reconnu le manque de ressources, nous avons compilé des informations permettant de créer un document d'orientation destiné aux infirmières spécialisées en soins primaires en lui donnant un caractère proprement canadien. Nous avons pu consulter des lignes directrices destinées aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmières de l'extérieur du Canada et les adapter à notre contexte. Nous avons consulté des lignes directrices ciblant des fournisseurs de soins primaires en Australie^{1,2}, des recommandations européennes pour la gestion de l'hépatite C³, ainsi que des directives aux médecins en contexte canadien^{4,5,6,7}.

Lorsque nous avons su que nous allions créer une ressource axée sur les meilleures pratiques, nous nous sommes servis pour guider son élaboration de la [feuille de travail PDCA](#) (*Mettre en œuvre et évaluer les changements à l'aide du cycle penser-démarrer-contrôler-agir*) de l'Institute for Healthcare Improvement. Les commentaires des infirmières en soins primaires ont fait ressortir un manque de connaissances sur l'hépatite C. Les infirmières interrogées tenaient particulièrement à ce que le document fournisse des orientations quant aux critères de dépistage et aux méthodes permettant de diagnostiquer l'hépatite C, un aperçu du portrait actuel des traitements, des conseils au sujet des vaccins et des soins préventifs, et de l'éducation concernant la santé du foie. Nous avons également inclus des renseignements sur les besoins des clients après le traitement, sur la stigmatisation sociale associée à l'hépatite C, sur l'utilisation de la naloxone en cas de surdose d'opioïdes et sur les effets des déterminants sociaux de la santé sur la capacité des clients à avoir accès à des soins. Les infirmières interrogées avaient l'impression que cet outil pourrait leur être utile comme document de référence rapide dans leurs rendez-vous avec leurs clients. Elles ont aussi suggéré d'y inclure des liens vers des renseignements plus approfondis, au cas où elles désireraient les consulter.



Évaluation et répercussions

L'outil, qui est actuellement à l'étape *Contrôler*, a été présenté à six infirmières autorisées en soins primaires dans une séance de formation d'une heure. Pendant cette séance, nous avons sollicité leurs commentaires au sujet de son contenu, de sa facilité d'utilisation et de la faisabilité de son utilisation dans la pratique. L'outil a aussi été transmis par courriel à des infirmières en soins primaires pour obtenir leurs commentaires.

L'étape suivante consiste à faire circuler l'outil au sein de l'équipe interprofessionnelle du PCHCT, qui comprend des pharmaciens, des infirmières du partenariat spécialisées dans le traitement de l'hépatite C, des médecins et des spécialistes des maladies infectieuses, des travailleurs sociaux ainsi que notre comité consultatif des patients. Leurs commentaires seront analysés et l'outil sera révisé au cours de la phase *Agir*.

Leçons apprises

Des initiatives d'amélioration de la qualité peuvent être proposées par des étudiants et mises en œuvre dans une initiative étudiant-précepteur. La création d'une ressource axée sur les meilleures pratiques impliquant la consultation de parties prenantes dépasse le cadre d'une seule session universitaire. Pour ce projet d'amélioration de la qualité, l'étudiant et le précepteur continuent à travailler sur l'élaboration, la mise en œuvre et la diffusion d'informations. Nous avons déterminé qu'il est difficile de maintenir l'élan du projet lorsque l'étudiant et le précepteur n'ont plus le temps ou les contacts répétés que facilite un stage clinique. Il était utile de pouvoir travailler sur un projet tout au long du stage, car cela permettait de se sentir responsable d'un volet du programme. Du point de vue de l'étudiant, il peut être intimidant de présenter des lignes directrices axées sur les meilleures pratiques à un groupe d'infirmières d'expérience. Toutefois, l'appui des infirmières travaillant dans le centre de santé a inspiré la confiance nécessaire à la création de ces lignes directrices.

Références

¹ASHM. (2016). Primary Care Providers and Hepatitis C. *Gouvernement australien, Department of Health*.

²Gastroenterological Society of Australia (GESA). (2016). Clinical Guidance for treating hepatitis C virus infection: a summary. Consulté en ligne à : <http://membres.gesa.org.au/membres/files/GP%20algorithm%20v3.pdf>

³European Association for the Study of the Liver (EASL). (2016). EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. *Journal of Hepatology*. Consulté en ligne à : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.09.001>

⁴Von Aesch, Z., Steele, L.S. & Shah, H. (2016). Primary care flow sheet for hepatitis C virus: tool for improved monitoring. *Canadian Family Physician*, 62, 384-392.

⁵Meyers, R.P., Shah, H., Burak, K.W., Cooper, C. & Feld, J.J. (2015). An update on the management of chronic hepatitis C: 2015 Consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver. *Can J Gastroenterol Hepatol*, 29(1).

⁶Pinette, G.D., Cox, J.J., Heathcote, J., Moore, L., Adamowski, K. & Riehl G. (2009). Primary Care Management of Chronic Hepatitis C: A professional desk reference 2009. *Agence de la santé publique du Canada (ASPC)*.

⁷Ha, S., Totten, S., Pogany, L., Wu, J. & Gale-Rowe, M. (2016). Hepatitis C in Canada and the importance of risk-based screening. *Can Comm Dis Rep*, 42, 57-62.



Renforcer les capacités pour réaliser des évaluations situationnelles

Val Haboucha, Kerry Schubert-Mackey

Service de santé du Timiskaming

Contexte et justification

Le Service de santé du Timiskaming (SST) est un organisme de santé public local du nord de l'Ontario qui travaille à promouvoir et à protéger la santé des résidents du Timiskaming. Le cycle de programme du SST comprend la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions de santé publique. Des outils sont fournis aux équipes du cycle de programme. Toutefois, les interprétations et les manières d'appliquer les outils varient souvent, ce qui complique l'obtention des informations nécessaires à l'établissement de priorités.

Les évaluations situationnelles sont une source précieuse de données probantes et ont été identifiées comme étant la cible du présent changement de pratiques concernant la prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP). On a posé comme hypothèse que le fait de changer la démarche et l'outil d'évaluation situationnelle réduirait les incohérences dans l'interprétation et l'utilisation de l'évaluation situationnelle dans la planification de programmes.

Objectifs

Les objectifs à court terme du changement en matière de PDFDP sont les suivants :

1. améliorer la réalisation rapide des évaluations situationnelles;
2. améliorer la qualité des renseignements compris dans les évaluations situationnelles;
3. améliorer l'efficacité du cycle de programme.

Les objectifs à long terme du changement en matière de PDFDP sont les suivants :

1. profiter de l'amélioration de l'efficacité pour augmenter la capacité à utiliser des données probantes de qualité dans les étapes subséquentes du cycle de programme;
2. accroître la capacité à fixer des priorités locales qui reflètent les meilleures données probantes qui soient.



L'initiative

En 2016, l'équipe de Prévention des maladies chroniques et des blessures du SST a mis à l'essai un changement à la démarche et à l'outil utilisés pour réaliser des évaluations situationnelles. L'outil d'évaluation situationnelle comprend des questions incitatives permettant d'intégrer les meilleures informations qui soient en provenance de différentes sources, y compris des données de surveillance, de la littérature scientifique, des parties prenantes locales, provinciales et nationales, ainsi que des environnements politiques, sociaux et économiques. L'outil invite aussi l'auteur à tenir compte des lacunes en matière d'information, des déterminants sociaux du thème de santé publique concerné, des problèmes associés à l'équité en matière de santé et des populations prioritaires.



Auparavant, chaque responsable thématique (un des huit ou dix membres du personnel de première ligne) menait sa propre planification, avec le soutien de l'épidémiologiste et de l'évaluateur de programmes. Toutefois, bien qu'il recevait du soutien pour pouvoir consacrer du temps à cette tâche, le personnel avait du mal à interpréter et à utiliser l'outil d'évaluation situationnelle. On a également relevé que la qualité et le type de renseignements notés dans les évaluations situationnelles variaient, ce qui entraînait des difficultés dans l'usage des renseignements amassés pour éclairer la prise de décisions.

Un petit groupe de travail a été formé. Il comprenait deux analystes de la recherche, de la planification et des politiques (ARPP), un responsable thématique et un gestionnaire. Les objectifs du groupe de travail étaient d'examiner de façon critique l'outil actuel d'évaluation situationnelle afin :

- d'adapter l'outil pour qu'il corresponde mieux aux besoins de l'équipe de Prévention des maladies chroniques et des blessures, sans en sacrifier la qualité;
- d'atteindre un consensus quant à la compréhension de l'objectif de chaque section de l'outil;
- d'améliorer l'utilité de l'outil pour recueillir l'information nécessaire afin de mieux déterminer les priorités locales en santé publique et d'éclairer la prise de décisions.

Le groupe de travail a aussi consulté l'évaluateur de programmes, qui a offert ses commentaires et ses conseils. Le groupe a ensuite validé les changements qu'il recommande et sollicité les commentaires de toute l'équipe de Prévention des maladies chroniques et des blessures. Le groupe de travail a intégré les commentaires de l'équipe et finalisé la révision de l'outil.

« ... la nouvelle démarche a permis l'identification systématique des besoins locaux liés à chaque thème, ce qui peut ensuite éclairer l'établissement des priorités et la formulation des questions de recherche. »

Mise en œuvre

En ce qui concerne les changements à la démarche, deux ARPP ont été désignés pour diriger la réalisation des évaluations situationnelles pour chaque thème du programme de prévention des maladies chroniques et des blessures. Ce changement a aidé à gérer la variété des connaissances et des expertises des responsables thématiques, en plus d'aider à réduire les inefficacités et à mieux respecter les échéanciers du cycle de programme. Les ARPP ont supervisé la recherche et l'analyse de données sur les effets sur la santé, les comportements et les déterminants, tandis que les responsables thématiques ont apporté le contexte local, soulevant des enjeux liés au thème ainsi que les initiatives, les points de vue et les priorités des parties prenantes. Ensemble, les ARPP et les responsables thématiques ont fait une évaluation critique des renseignements inclus dans l'évaluation situationnelle et déterminé les lacunes et les besoins associés au thème.

Évaluation et répercussions

Au départ, le changement de démarche a entraîné certaines inquiétudes au sein du personnel. Tout au long du cycle, le responsable de programme et les ARPP ont fait des suivis informels sur la démarche et répondu aux inquiétudes. Au fur et à mesure que la démarche était mise en œuvre, des commentaires positifs sont apparus.



Après un cycle de programme d'un an, une séance-bilan a été organisée pour discuter de l'utilisation de l'outil et de la démarche révisés. Cette séance-bilan a révélé qu'en général, les changements ont aidé à assurer une meilleure cohérence et une rigueur dans les évaluations situationnelles sur tous les thèmes. De plus, la nouvelle démarche a permis l'identification systématique des besoins locaux liés à chaque thème, ce qui peut ensuite éclairer l'établissement des priorités et la formulation des questions de recherche. On a également eu l'impression que le nouvel outil et la nouvelle démarche ont aidé à minimiser les inefficacités et le dédoublement du travail, en plus d'améliorer la capacité à respecter les échéanciers.

La séance-bilan a aussi généré des discussions sur les domaines où des améliorations peuvent toujours être apportées. Par exemple, on a noté qu'il était encore possible d'améliorer le processus consistant à impliquer les parties prenantes et à amasser systématiquement des informations au sujet de leurs priorités. Des conclusions comme celles-ci rappellent qu'il est important de surveiller le processus de modification de la PDFDP en plus de ses résultats.

Des gestionnaires et des analystes de la recherche, de la planification et des politiques (ARPP) des autres équipes du service de santé, en plus de ceux et celles du programme de Prévention des maladies chroniques et des blessures, participaient à la séance-bilan. Cela a facilité la discussion ayant trait aux manières d'appliquer ces changements aux autres équipes de l'organisation.

Leçons apprises et prochaines étapes

Après la séance-bilan, l'outil a été finalisé et son usage sera étendu aux autres équipes du SST. En ce qui concerne les thèmes ayant fait l'objet du projet pilote, nous sommes maintenant davantage en mesure d'améliorer la rigueur des étapes suivantes dans le cycle de programme, ce qui constituait l'un des objectifs à long terme de ce changement en matière de PDFDP.

Les leçons que nous avons tirées du processus de mise en place du projet pilote sont notamment les suivantes :

- il faut toujours garder à l'esprit l'objectif et les utilisateurs finaux lorsqu'on adopte, qu'on adapte ou qu'on crée des outils;
- il faut assurer un équilibre entre la standardisation des outils, d'un côté, et la souplesse et l'adaptabilité, de l'autre;
- en ce qui concerne les changements en matière de PDFDP, il faut surveiller le processus et non seulement les résultats, car cela peut enrichir les conclusions.

Les personnes qui souhaitent obtenir une copie de l'outil d'évaluation situationnelle du SST ou en apprendre davantage sont invitées à communiquer avec l'auteure.



Le Programme de gestion des infections des voies urinaires : utiliser les sciences de l'application des connaissances pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer une nouvelle approche dans les soins de longue durée

Jacquelyn Quirk, Sam MacFarlane, Helen Bedkowski, Andrea Chambers

Santé publique Ontario

Contexte et justification

La recherche a démontré que les antibiotiques sont prescrits de façon abusive dans les foyers de soins de longue durée (FSLD), ce qui entraîne des effets indésirables comme des infections à *Clostridium difficile* et la résistance aux antimicrobiens (RAM). La RAM est en passe de devenir un urgent problème de santé à l'échelle mondiale. L'Organisation mondiale de la Santé et les Nations unies ont d'ailleurs récemment demandé une action internationale.

Or, bien qu'il s'agisse d'un problème mondial, la RAM doit être combattue à l'échelle locale. Dans les FSLD, un important facteur de l'utilisation excessive des antibiotiques est la pratique qui consiste à prescrire des antimicrobiens contre la bactériurie asymptomatique (BAS). La BAS est la présence de bactéries dans l'urine (une culture d'urine positive) sans les signes et les symptômes d'une infection des voies urinaires (IVU). Les antibiotiques ne sont pas nécessaires dans le traitement de la BAS. Comme la majorité des personnes recevant des soins de longue durée auront une culture d'urine positive même si elles sont asymptomatiques, une culture positive ne signifie pas nécessairement une infection.

Dans les cas de BAS, les médecins trouvent difficile de ne pas traiter une culture d'urine positive, même si le résident ou la résidente ne correspond pas à la définition des critères d'une IVU. Par conséquent, les résidents se font inutilement prescrire des antibiotiques. Une solution à ce problème consiste à réduire le nombre de cultures d'urine qui sont inutilement recueillies et testées dans les FSLD. Si celles-ci n'étaient transmises que lorsqu'elles étaient indiquées pour des raisons médicales (c.-à-d. si les résidents présentent les signes et les symptômes d'une IVU), alors moins de cultures d'urine seraient transmises et moins de prescriptions seraient données en cas de BAS. Il faut pour cela changer les pratiques de plusieurs employés des FSLD — en ce qui concerne tant le moment et la manière dont l'urine est recueillie que les décisions touchant les prescriptions. Afin de surmonter les obstacles associés aux changements dans les pratiques et les cultures d'un milieu de travail, il faut adopter différentes stratégies à plusieurs échelles, y compris auprès du personnel, des familles, des résidents et de l'organisation.



Objectif

Le Programme de gestion des infections des voies urinaires conçu par Santé publique Ontario (SPO) est une initiative de changement en matière de prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP) et vise à réduire les effets négatifs des antibiotiques chez les résidents des FSLD en Ontario. Il a été élaboré en réaction à une enquête de consultation réalisée auprès des FSLD de l'Ontario en 2012. Les professionnels y avaient mentionné un écart entre les connaissances et les pratiques en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des IVU. Pour combler cet écart, SPO a conçu le Programme de gestion des IVU, qui est en ce moment à l'essai dans 12 FSLD de l'Ontario.

L'initiative

L'approche adoptée dans cette initiative était nouvelle pour SPO. Le plan stratégique 2014–2019 de SPO définissait les sciences de l'application des connaissances (SAC) comme étant l'une des orientations stratégiques de l'organisation. Un projet de gestion des IVU a été proposé dans l'intention d'explorer les manières par lesquelles les SAC peuvent être utilisées dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes. L'équipe de projet a eu recours à des théories et à des cadres de référence clés des SAC, y compris [le cycle des connaissances à l'action](#), [le modèle capacité-occasion-motivation-comportement](#) et le [cadre des domaines théoriques](#), pour élaborer un programme « fondé sur des données probantes et guidé par la théorie » permettant de concevoir les meilleures pratiques d'identification et de prescription d'antimicrobiens pour les IVU dans les FSLD. Un des objectifs critiques de l'élaboration du programme était de s'attaquer aux raisons profondes qui contrarient ou favorisent l'adoption d'un changement de pratique ou de comportement. À partir de là, les stratégies les plus appropriées pour cibler ces raisons précises sont élaborées afin de modifier les pratiques actuelles de façon à les rapprocher des pratiques idéales.

Plan: UTI program

In the Plan phase, you will examine existing barriers to practice change and plan to address them using several implementation strategies. All activities, implementation steps, and implementation strategies are listed and linked below. More detailed information can be found in the [implementation guide](#).

About	Assess	Plan	Implement
<p>Examine barriers to practice change</p>  <p>This tool lists barriers to practice change for UTI management and treatment that have been identified by LTCHs across Ontario and asks you to indicate whether it is a barrier in your LTCH.</p> <p>Read more »</p>	<p>Review steps and core strategies</p>  <p>This is a checklist of the implementation steps and core strategies included in the program. More information about each of these steps and strategies is listed below.</p> <p>Read more »</p>	<p>Create action plan</p>  <p>This worksheet includes questions related to each of the UTI Program's steps and strategies. The worksheet will help to document the implementation team's decisions and the plans for implementing the program within your LTCH.</p> <p>Read more »</p>	

Mise en œuvre

Le fait d'avoir recours aux SAC pour comprendre le problème et pour concevoir l'intervention était pour l'organisation une « nouvelle manière de travailler ». D'abord, l'équipe du projet IVU a analysé les résultats de l'enquête mentionnée précédemment, qui a été effectuée dans les FSLD de l'Ontario. Les répondants étaient des employés occupant une variété de fonctions administratives et médicales dans ces établissements. À partir des lignes directrices existantes, l'équipe de projet a défini cinq pratiques fondées sur des données



probantes sur lesquelles se concentrer compte tenu des écarts de pratiques soulevés dans l'enquête. Par la suite, les obstacles à ces changements de pratiques ont été analysés, puis catégorisés en fonction de stratégies de mise en œuvre dont on sait qu'elles ciblent et appuient les raisons fondamentales qui font en sorte que les personnes changent (ou ne changent pas) leurs comportements : par exemple fournir des documents éducatifs, identifier des chefs de file, intégrer la surveillance aux pratiques et éduquer les résidents et leur famille. D'autres éléments importants du programme consistaient à former une équipe de mise en œuvre incluant le personnel essentiel dans chaque FSLD, à évaluer la préparation aux changements de pratiques et à assigner des rôles et des responsabilités. Toutes ces étapes sont décrites dans un guide de mise en œuvre que les FSLD peuvent utiliser pour commencer le programme. Des outils et des ressources en ligne sont aussi offerts pour soutenir la mise en œuvre dans chaque foyer.

Évaluation et répercussions

En 2015, le programme de gestion des IVU a fait l'objet d'un projet pilote de Phase I (évaluation formative) dans deux FSLD de l'Ontario. Les observations tirées de ce projet ont été résumées dans 64 recommandations permettant d'enrichir les ressources du programme, sa conception générale et le soutien à sa mise en œuvre. Des changements ont été apportés aux ressources du programme et des recommandations additionnelles ont été intégrées à un guide de mise en œuvre. Au début 2017, le programme fait l'objet d'un projet pilote de Phase II dans 12 FSLD de la province pour évaluer les répercussions du programme et les processus qui y sont associés. Des données quantitatives sont recueillies pour mesurer les tendances en matière de collecte de cultures d'urine et de taux de prescription d'antibiotiques. Elles seront analysées pour détecter des changements significatifs avant et après la mise en œuvre. Des données additionnelles, y compris de la documentation et des entretiens avec des membres du personnel des FSLD, seront amassées pour évaluer le processus de mise en œuvre sur chaque site et l'expérience des équipes de mise en œuvre et du personnel impliqué dans les initiatives de changement de pratiques. Les principales conclusions seront examinées et intégrées au programme — sa structure, ses processus et ses ressources — avant de l'offrir à l'échelle provinciale.

Pour planifier l'application provinciale de cette initiative, SPO réunira un groupe composé de membres du personnel et consultera des parties prenantes sur le terrain. Un comité de pilotage sera chargé de modifier le programme et de proposer les meilleures manières de mettre en œuvre cette initiative dans les FSLD de l'Ontario. À la fin de cette démarche, SPO souhaite que son programme fondé sur des données probantes et guidé par la théorie s'annonce prometteur et efficace pour réduire l'utilisation et les effets néfastes des antimicrobiens dans les FSLD.

Pour plus de renseignements au sujet du programme de gestion des IVU, visitez <http://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/IPAC/Pages/UTI.aspx>



Le monoxyde de carbone dans les établissements de soins de longue durée : une évaluation et un projet pilote d'Interior Health

Mike Adams¹, Daniel Fong², Guy Osachoff¹, Steve McEwan¹

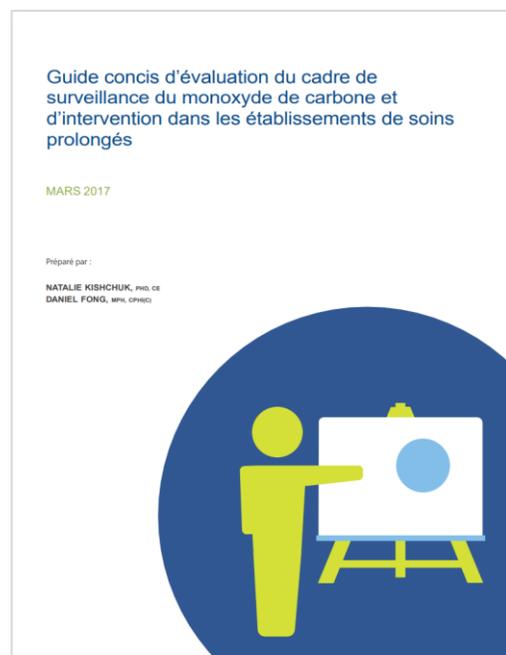
¹Interior Health

²Centre de collaboration nationale en santé environnementale

Contexte et justification

Comparativement aux adultes en santé, les aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée sont plus vulnérables aux effets néfastes du monoxyde de carbone (CO), parce que leur santé peut être moins bonne, qu'ils passent plus de temps à l'intérieur et qu'ils sont moins en mesure de se protéger contre l'exposition au CO. Pour prévenir les effets indésirables sur la santé des populations vulnérables dans les établissements de soins de longue durée, il faut prendre des précautions additionnelles afin de surveiller le CO et d'intervenir adéquatement, ce qui ne se limite pas à la seule installation de détecteurs de CO.

En 2016, Interior Health (IH) a mis en œuvre et évalué un projet pilote visant à identifier, à surveiller et à intervenir face aux niveaux élevés de CO dans six établissements de soins de longue durée (ÉSLD) de l'intérieur de la Colombie-Britannique. Ce travail soutient la principale stratégie d'IH visant à améliorer les indicateurs de soins primaires et communautaires pour les aînés fragiles vivant avec des conditions chroniques complexes.



Ce projet pilote s'appuie sur les leçons tirées d'une nouvelle politique saskatchewanaise de surveillance et d'intervention en matière de CO. Celle-ci faisait suite à un incident lié à une exposition au CO dans un ÉSLD qui a mené 31 employés et résidents à l'hôpital et contribué à la mort de trois personnes. Les problèmes suivants, qui sont d'intérêt pour le Canada, ont été soulevés :

1. Les résidents d'ÉSLD sont vulnérables aux effets sur la santé de l'exposition à de faibles niveaux de CO, étant donné leur état de santé affaibli et les longues périodes qu'ils passent à l'intérieur (environ 150 000 résidents vivaient dans plus de 1 500 ÉSLD au Canada en 2013).
2. Les détecteurs de CO actuels ne protègent pas adéquatement les résidents des ÉSLD contre les petites quantités de CO.
3. Les autorités de santé et les ÉSLD font face à la menace méconnue du CO, et leur capacité à détecter et à intervenir en cas d'exposition au CO est limitée.
4. Il n'existe pas de stratégie fondée sur des données probantes pour atténuer les risques du CO dans les ÉSLD.

En raison du manque de données probantes pouvant appuyer des stratégies concernant ce problème, le projet pilote a principalement été basé sur des connaissances expérientielles et fondées sur la pratique. Les aspects techniques ont été basés sur des données probantes scientifiques. D'abord, une revue a été réalisée



pour évaluer les effets sur la santé de l'exposition aiguë, subaiguë et chronique au CO chez les populations en santé et vulnérables. Ensuite, des experts ont été consultés pour discuter des considérations permettant de promouvoir l'élaboration d'un cadre de surveillance du CO pour protéger la santé dans les ÉSLD. En 2015, une évaluation de la politique et du programme de la Région sanitaire de Saskatoon a permis d'obtenir plus d'informations sur les considérations pratiques à envisager dans la création d'une politique de surveillance et d'intervention en matière de CO. Cette évaluation incluait un examen approfondi de la politique; des entretiens avec des administrateurs, des responsables de polices, des gestionnaires et des employés; des visites d'installations et des vérifications sur place; ainsi que l'analyse des données de surveillance et des rapports.

Objectifs

Les objectifs du projet pilote étaient les suivants :

- établir un cadre de surveillance et d'intervention en matière de CO dans six ÉSLD;
- réduire le risque d'exposition nocive au CO chez les résidents et les employés;
- déterminer les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre;
- évaluer la faisabilité et l'applicabilité de ce cadre de référence au sein d'IH et d'autres autorités de santé du Canada.

L'initiative

Le projet pilote incluait plusieurs éléments : l'éducation, la surveillance, la prévention et l'atténuation. Il était question d'éduquer le personnel des ÉSLD au sujet des sources de CO et de ses effets sur la santé, d'installer des détecteurs de CO, ainsi que d'élaborer des protocoles de surveillance et d'intervention en cas de détection de niveaux élevés de CO. Le cadre de référence qui en a résulté a offert une méthode permettant de veiller à ce que les niveaux de CO à l'intérieur des bâtiments soient en deçà de la limite maximale d'exposition fixée par Santé Canada, qui est de 10 ppm en 24 heures.

Ce projet pilote fait partie d'un effort de collaboration auquel participent le Centre de collaboration nationale en santé environnementale (CCNSE), le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (CCMCB), la Région sanitaire de Saskatoon et Santé Canada. Mis en commun, leur travail constitue une base de données probantes permettant de lutter contre la menace méconnue que pose le CO pour les résidents des ÉSLD. Les données probantes utilisées dans le projet pilote venaient des problèmes apparus lors du premier incident d'exposition au CO en Saskatchewan, de consultations d'experts, de l'examen de lignes directrices ainsi que des résultats et de l'expérience tirés d'une évaluation des politiques de surveillance du CO dans plusieurs ÉSLD de la Saskatchewan. Par la suite, des outils ont été élaborés pour renforcer la capacité des agences de santé, comme IH, à mettre en œuvre un cadre de surveillance et d'intervention en matière de CO dans les ÉSLD.

« Les menaces méconnues [...] n'auraient pas été identifiées sans l'utilisation efficace des partenariats entre les organismes locaux, provinciaux et fédéraux. Les professionnels devraient faire preuve de souplesse lors de l'utilisation de concepts liés à la planification et à l'évaluation de programmes ou de politiques pour éclairer des décisions au moment d'évaluer des pratiques novatrices. »



Mise en œuvre

Pour guider la mise en œuvre du projet pilote, un groupe de travail interne sur le CO a été créé chez IH. Il était composé de gens de la Protection de la santé, des Services d'usine, des Services résidentiels, de l'Hygiène du travail et des Services de soutien d'IH, ainsi que du CCNSE. Le groupe de travail sur le CO a créé et utilisé un document qui détaillait les éléments, les rôles et les responsabilités des parties prenantes, ainsi que les procédures à suivre. Des protocoles ont été intégrés aux structures d'entretien et d'intervention d'urgence existantes. Des actions de surveillance et d'intervention améliorent ainsi la détection de potentiels problèmes liés au CO afin de pouvoir les régler avant que des effets négatifs sur la santé n'apparaissent. Le projet pilote a aussi fait l'objet d'une évaluation.

Évaluation et répercussions

Le projet pilote a été évalué par une équipe d'évaluation composée d'un évaluateur externe accrédité et du CCNSE. Un groupe consultatif en matière d'évaluation, constitué de plusieurs membres du groupe de travail sur le CO, a élaboré un cadre d'évaluation en adaptant des documents précédemment conçus pour évaluer la surveillance du CO dans la Région sanitaire de Saskatoon. La période d'évaluation couvrait jusqu'à six mois après la mise en œuvre et comprenait une analyse documentaire, des entretiens avec des employés et des superviseurs, une analyse des données de surveillance et des vérifications directes faites sur place. Les résultats souhaités ont été obtenus en ce qui a trait au fait de comprendre les défis et les obstacles à la mise en œuvre et l'utilité de détecter les niveaux élevés de CO. Des recommandations ont été faites pour que le groupe consultatif en matière d'évaluation et la direction d'IH déterminent les prochaines étapes de l'initiative, compte tenu des données probantes qu'a générées le travail réalisé jusqu'à maintenant.

Leçons apprises

Cet exemple illustre bien comment les organismes de santé au Canada peuvent aborder des problèmes de santé environnementale de portée générale en partageant leurs expériences, en collaborant avec des partenaires et en adaptant des pratiques novatrices pour la prise de décisions fondée sur des données probantes. Les menaces méconnues, comme celle que pose le CO dans les ÉSLD, n'auraient pas été identifiées sans l'utilisation efficace des partenariats entre les organismes locaux, provinciaux et fédéraux. Les professionnels devraient faire preuve de souplesse lors de l'utilisation de concepts liés à la planification et à l'évaluation de programmes ou de politiques pour éclairer des décisions au moment d'évaluer des pratiques novatrices.

