



National Collaborating Centre
for Methods and Tools

Centre de collaboration nationale
des méthodes et outils



School of Nursing



Recueil sur la prise de décisions fondée sur des données probantes : Numéro 2

Partager les réussites en santé publique au Canada

Le CCNMO est hébergé par l'Université McMaster et financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.



Connecte-toi avec nous
www.ccnmo.ca | ccnmo@mcmaster.ca



Table des matières

Recueil sur la PDFDP	3
Histoires en vedette	3
Communiquer l'information sur la santé aux organismes communautaires pour promouvoir l'équité en matière de santé	6
Une approche novatrice pour la formation en salubrité des aliments dans le cadre d'activités temporaires et de détail	10
Formation en courtage de connaissances pour la prise de décisions fondée sur des données probantes : renforcer les capacités en santé publique	15
Mettre la recherche en contexte : une approche novatrice d'aide à la décision à Terre-Neuve-et-Labrador	20
Mettre à l'essai les mécanismes d'application intégrée des connaissances pour améliorer la participation des enfants vivant avec un handicap aux activités de loisirs en Colombie-Britannique	25
Établir une assise culturelle pour la prise de décisions fondée sur des données probantes : une campagne de communication sur la pensée évaluative	29
Prendre des décisions fondées sur des données probantes au sujet des consultations d'enfants bien portants à la santé publique de l'Alberta : un art et une science	35
Appetite to Play : l'alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance	40
Active & Safe Central : la prévention des blessures dans les activités sportives et récréatives.....	46

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 cnmo@mcmaster.ca!

Histoires en vedette

Communiquer l'information sur la santé aux organismes communautaires pour promouvoir l'équité en matière de santé

Allison Branston, Nicole Andruszkiewicz, Cassie Ogunniyi,
D^r M. Mustafa Hirji



Bureau de santé publique et Services d'urgence de la région de Niagara

Pour améliorer le partage de données démographiques locales et de données relatives aux effets sur la santé afin de répondre aux besoins des populations prioritaires locales, un projet a cherché à examiner les manières de sélectionner, d'analyser et de diffuser les données. Découvrez à la **page 6** comment cette équipe a travaillé à améliorer le partage de données entre les organismes de santé publique et leurs partenaires communautaires.

Une approche novatrice pour la formation en salubrité des aliments dans le cadre d'activités temporaires et de détail

Robert Mancini



Santé Canada

Pour aider à améliorer l'offre de formation en salubrité des aliments, un nouveau modèle de formation en salubrité des aliments fondé sur les principes de l'apprentissage chez les adultes a été mis au point. Découvrez à la **page 10** l'élaboration et la mise en œuvre d'une formation novatrice en salubrité des aliments.

Formation en courtage de connaissances pour la prise de décisions fondée sur des données probantes : le renforcement des capacités en santé publique

Lori Greco, D^{re} Megan Ward



Santé publique de la région de Peel

La Santé publique de la région de Peel considère la prise de décisions fondée sur des données probantes comme une de ses priorités stratégiques, qu'elle appelle « Pratiques de santé publique de bout en bout ». Découvrez à la **page 15** comment ce bureau de santé renforce ses capacités internes en matière de courtage de connaissances et de prise de décisions fondée sur des données probantes.

Mettre la recherche en contexte : une approche novatrice d'aide à la décision à Terre-Neuve-et-Labrador

Stephen Bornstein, Rochelle Baker,
Pablo Navarro, Sarah Mackey, Aimee
Letto, Michelle Ryan



Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research

Le Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research (NLCAHR, ou Centre de recherche appliquée en santé de Terre-Neuve-et-Labrador) soutient la recherche appliquée en santé à Terre-Neuve-et-Labrador. Découvrez à la **page 20** comment le Programme de synthèse contextualisée de la recherche en santé collabore avec ses partenaires du système de santé pour prioriser les besoins en matière de recherche en santé, en plus de synthétiser et de contextualiser les données probantes à Terre-Neuve-et-Labrador.

Mettre à l'essai les mécanismes d'application intégrée des connaissances pour améliorer la participation des enfants vivant avec un handicap aux activités de loisirs en Colombie-Britannique

Ebele Mogo¹, Keiko Shikako-Thomas¹,
Annette Majnemar¹, Jonathan Lai¹,
Sheila Kennedy², Vivien Symington³,
Kellie Duckworth²



¹Université McGill, ²Sunny Hill Health Centre for Children, ³Club Aviva Recreation

Pour améliorer les politiques relatives à la promotion de l'activité physique chez les personnes vivant avec un handicap, cette équipe a réalisé un projet visant à combler le fossé entre les données probantes et les politiques. Découvrez à la **page 25** comment un forum communautaire et un dialogue sur les politiques ont permis d'aider à réduire cet écart et à éclairer les décideurs politiques au sujet des données probantes.

Établir une assise culturelle pour la prise de décisions fondée sur des données probantes : une campagne de communication sur la pensée évaluative

Kristin Beaton



Bureau de santé du comté de Huron

Afin de renforcer les capacités en matière d'évaluation et de prise de décisions fondée sur des données probantes, le Bureau de santé du comté de Huron a mis en œuvre plusieurs stratégies visant à encourager la pensée évaluative. Découvrez à la **page 29** les manières dont ce bureau de santé a créé une culture organisationnelle apprenante.

Prendre des décisions fondées sur des données probantes au sujet des consultations d'enfants bien portants à la santé publique de l'Alberta : un art et une science

J. Cyne Johnston, Farah Bandali, Maureen Devolin, Scarlett Ngoka, Dolly Bondarianzadeh



Services de santé de l'Alberta

En Alberta, on avait de moins en moins de temps pour les activités non liées à la vaccination lors des consultations médicales pour enfants bien portants, et ces activités variaient de clinique en clinique. Découvrez à la **page 35** les manières dont ces auteures ont eu recours à la prise de décisions fondée sur des données probantes pour décider quelles activités de routine inclure dans les consultations médicales non liées à la vaccination des enfants bien portants.

Appetite to Play : l'alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance

Sana Fakh¹, Jennifer McConnell-Nzunga^{1,2}, Jennifer Scarr¹, PJ Naylor², Kristin McIlhenney³, Alex Wilson⁴, Vanessa Morley⁵, Chris Wright⁶, Nicole Fetterly⁶



¹Child Health BC, ²Université de Victoria, ³YMCA du Grand Vancouver, ⁴Sport for Life, ⁵Childhood Obesity Foundation, ⁶Appetite to Play

Pour aborder la question de la littératie alimentaire et physique, une équipe de la Colombie-Britannique a mis au point une stratégie visant à soutenir et à encourager l'alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance. Découvrez à la **page 40** la façon dont cette stratégie a été conçue et mise en œuvre.

Active & Safe Central : la prévention des blessures dans les activités sportives et récréatives

D^{re} Shelina Babul (co-chercheuse principale)¹, D^r Ian Pike (co-chercheur principal)¹, D^{re} Amanda Black², Sarah Richmond³, Kate Turcotte¹, Samantha Bruin¹



¹BC Injury Research and Prevention Unit; British Columbia Children's Hospital; Université de la Colombie-Britannique, ²Université de Calgary, ³Santé publique Ontario

Afin de favoriser les interventions fondées sur des données probantes, un groupe du BC Injury Research and Prevention Unit a créé le site Web Active & Safe Central. Découvrez à la **page 46** plus de détails sur l'élaboration, la diffusion et l'évaluation de cette ressource.

Communiquer l'information sur la santé aux organismes communautaires pour promouvoir l'équité en matière de santé

Allison Branston, Nicole Andruszkiewicz, Cassie Ogunniyi, D' M. Mustafa Hirji

Bureau de santé publique et Services d'urgence de la région de Niagara

Nous souhaitons souligner la contribution de notre équipe à ce projet :

Andrew Hendriks, B. Sc. inf., M.P.H., Santé publique Ottawa

Clare Mak, B. Sc. inf., Kingston, Bureau de santé publique de Frontenac et Lennox & Addington

Elaine Murkin, M. Sc., Bureau de santé du district de Leeds, Grenville et Lanark

Ellen Woodchis, B. Sc. Santé, M. Sc. Éd., Bureau de santé publique et Services d'urgence de la région de Niagara

Kaelan Moat, Ph. D., McMaster Health Forum

Karen Graham, M. Sc. inf., Bureau de santé du district de North Bay Parry Sound

Marty Mako, MBA, Bureau de santé publique et Services d'urgence de la région de Niagara

Matthew Tenenbaum, M.P.H., M.D., Université McMaster

Tina Leung, B. Sc. inf., M.P.H., Bureau de santé publique de la région de York

Shailee Tanna, M. Sc., Bureau de santé publique et Services d'urgence de la région de Niagara

Sinéad McElhone, Ph. D., Bureau de santé publique et Services d'urgence de la région de Niagara

Contexte et justification

Les agences de santé publique locales (ASPL) recueillent des données démographiques locales et des données relatives aux effets sur la santé pour aider à reconnaître les occasions de faire progresser le travail relatif à l'équité en santé dans nos communautés. La collaboration entre les ASPL et leurs partenaires communautaires (p. ex. les YMCA, les services à l'enfance et les organismes à but non lucratif) afin de partager et d'utiliser ces données peut aider à répondre aux besoins des populations prioritaires locales. Grâce à des consultations antérieures à ce projet, les partenaires communautaires de la région de Niagara ont répertorié les difficultés liées au partage de données de santé publique, y compris les limites en matière de coordination, d'utilisation et de diffusion des données de santé publique.

« ...les partenaires communautaires de la région de Niagara ont répertorié les difficultés liées au partage de données de santé publique, y compris les limites en matière de coordination, d'utilisation et de diffusion des données de santé publique. »

Une proposition a été soumise à Santé publique Ontario (SPO) et un financement a été approuvé pour un projet collaboratif local (PCL) auquel participaient six ASPL de l'Ontario. L'objectif premier consistait à trouver les meilleures manières de sélectionner et d'analyser les principales données comportementales et relatives aux effets sur la santé et de communiquer ces données aux partenaires communautaires locaux.

Objectifs

Les objectifs à court terme étaient les suivants :

- Comprendre les types de données et les méthodes de distribution que préfèrent les partenaires communautaires.
- Définir les obstacles, les solutions possibles et les éléments à considérer pour la mise en œuvre au sujet du partage et de l'utilisation des données entre partenaires communautaires.
- Déterminer les façons dont les partenaires communautaires pourraient utiliser les données sur la santé des populations que leur fournissent les ASPL.

Les objectifs à long terme étaient les suivants :

- Permettre aux partenaires communautaires de réduire efficacement les inégalités de santé.
- Augmenter les initiatives de partage de données entre les ASPL et leurs partenaires communautaires locaux.
- Mieux faire comprendre aux partenaires communautaires le rôle de la santé publique sur le plan du partage des données.
- Faire en sorte que le personnel des ASPL comprenne mieux les besoins de ses partenaires communautaires en matière de données.

Initiative et mise en œuvre

Première phase

Un sondage en ligne a été réalisé pour explorer l'utilisation actuelle des données et les besoins des partenaires communautaires dans six ASPL de l'Ontario. Le sondage a été transmis par courriel personnalisé à 401 partenaires communautaires, et 99 formulaires remplis ont été reçus (un taux de réponse de 25 %). En consultation avec un bibliothécaire, l'équipe a réalisé une revue de littérature pour trouver les manières les plus efficaces de communiquer les données aux organismes communautaires. Les critères d'inclusion étaient les suivants : littérature publiée entre 2007 et aujourd'hui; publications liées au partage de données de santé publique avec les parties prenantes communautaires; littérature publiée en anglais; et littérature tant primaire que secondaire. Les bases de données consultées étaient entre autres MEDLINE, EMBASE et Cumulative Index to Nursing and Allied Health Library (CINAHL). Le moteur de recherche Google Scholar et les sources de littérature grise furent aussi consultés. Au total, après un examen des titres et des résumés pour en déterminer la pertinence, 17 articles ont été identifiés, dont 12 ont été jugés utiles après l'étude des textes complets. Deux membres de l'équipe de projet ont réalisé une évaluation critique individuelle de ces articles à l'aide de l'Outil d'évaluation des méthodes mixtes mis au point à l'Université McGill. Les discordances dans les évaluations de la qualité ont été résolues par consensus.

Les résultats du sondage et de la revue de littérature ont été synthétisés dans un [résumé des données probantes](#). Un dialogue délibératif a été réalisé en septembre 2017 pour explorer dans quelle mesure les résultats présentés dans le résumé des données probantes étaient utiles aux partenaires communautaires. La discussion a inclus 16 partenaires communautaires de différentes organisations (p. ex. des refuges pour sans-abri, des commissions scolaires, des YMCA) de l'Ontario ayant signalé un intérêt à participer. Un [résumé du dialogue](#) a été rédigé pour synthétiser l'information incluse dans le résumé des données probantes et la discussion du dialogue délibératif. Ce résumé du dialogue décrit l'intérêt des participants à prendre des mesures pour tendre vers une manière

commune de recueillir et de partager les données entre les ASPL et leurs partenaires communautaires. Parmi les suggestions faites, mentionnons la création de réseaux de partage des données, le plaidoyer en faveur d'initiatives de partage de données ouvertes et l'adoption d'une manière universelle d'amasser les données sur les déterminants sociaux de la santé (DSS), comme ce que décrit le [Tri-Hospital + Toronto Public Health Equity Data Collection Research Project Report](#).

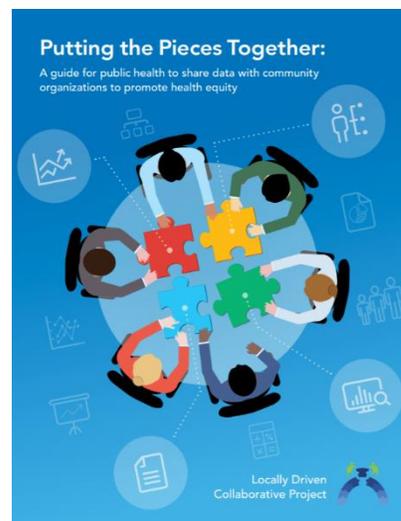
Deuxième phase

La deuxième phase consistait en un test de partage de données fondé sur les conclusions de la première phase. Pour ce test, les chercheurs ont recruté trois partenaires communautaires de la région de Niagara qui s'impliquaient dans l'action sur les DSS dans leur collectivité locale : un fournisseur de services de soins primaires, un organisme communautaire offrant une variété de services sociaux et le bureau local d'un organisme national établissant des liens avec des services locaux. Un épidémiologiste de la santé publique de la région de Niagara a sélectionné des données pertinentes au domaine de l'équité en santé à partir de consultations réalisées avec chacun des partenaires communautaires. Des ensembles de données ont été préparés en fonction des besoins et des intérêts propres à chacun des trois organismes communautaires. Les données ont été regroupées et analysées sans contenir d'éléments identificateurs personnels et les résultats ont été communiqués aux partenaires communautaires.

Les premières évaluations de ce test ont montré qu'il a été bien reçu par les trois partenaires communautaires. Ceux-ci étaient d'accord pour dire que les données étaient utiles pour :

- identifier les clients qu'ils ne rejoignaient peut-être pas;
- évaluer leurs services afin de déterminer les raisons pour lesquelles ils n'atteignaient pas ces publics;
- démontrer qu'il fallait plus de financement ou de services pour répondre à ces besoins.

Le dernier volet du projet consistait à résumer ses conclusions dans [un guide](#) pouvant être utilisé par d'autres ASPL afin de faciliter le partage de données sur l'équité en matière de santé avec leurs propres partenaires communautaires.



Évaluation et répercussions

Une évaluation d'impact après un an est en cours. Les principaux objectifs de l'évaluation d'impact sont les suivants :

- 1) Évaluer les manières dont les données fournies aux partenaires communautaires pendant le test peuvent influencer leur travail relativement aux questions liées à l'équité en matière de santé. Les mesures porteront sur la fréquence d'utilisation des données pour des processus organisationnels comme des projets de financement et la réorientation de programmes existants, et la manière dont les données ont éclairé la prise de décision.
- 2) Évaluer les façons dont le guide peut être utile aux ASPL dans le partage de données avec leurs partenaires communautaires locaux. Il s'agira notamment de sonder les utilisateurs du guide et

d'employer des mesures de fréquentation Web pour déterminer le nombre de fois que le guide est consulté en ligne.

Ces objectifs aideront à déterminer si le but consistant à permettre une meilleure équité en santé grâce à des mécanismes de partage de données avec les partenaires communautaires aura été atteint. Une version révisée du guide sera publiée sur le site de SPO d'ici avril 2019.

Leçons tirées

Ce qui a bien fonctionné :

- consulter les partenaires communautaires pour établir un climat de confiance et mieux comprendre leurs besoins en ce qui concerne les données;
- organiser un dialogue délibératif avec les partenaires communautaires pour mieux comprendre les facteurs favorables ou nuisibles sur le plan du partage des données;
- pouvoir compter sur une équipe PCL diversifiée de tout l'Ontario qui contribue à planifier le projet, à mettre au point des outils d'évaluation et à entrer en contact avec une variété de partenaires communautaires.

Ce qui aurait pu être fait autrement :

- consulter d'autres ASPL pour veiller à ce que le guide réponde à leurs besoins afin d'encourager une grande utilisation du guide;
- étirer le délai, qui n'était que d'un an, ce qui a limité le temps alloué aux membres de l'équipe pour examiner et contribuer au matériel du projet;
- prolonger le test avec les partenaires communautaires de la province pour examiner les manières dont la relation de partage de données se développe au fil du temps.

Une approche novatrice pour la formation en salubrité des aliments dans le cadre d'activités temporaires et de détail

Robert Mancini, M. Sc., CISP(C), agent de santé environnementale

Santé Canada

Contexte et justification

La formation en salubrité des aliments est un élément essentiel du système de santé publique, et vise à prévenir l'incidence d'éclotions de maladies d'origine alimentaire. Toutefois, les données probantes sont insuffisantes pour démontrer que les programmes de formation en salubrité des aliments entraînent directement une amélioration de l'hygiène alimentaire. La majorité des cours en salubrité des aliments sont offerts en classe ou en ligne, sans comprendre de volet pratique. Pour évaluer les connaissances des étudiants, un examen écrit est souvent exigé afin d'obtenir l'accréditation. Ces formations sont inadéquates, car elles reflètent de mauvais plans de formation qui visent uniquement à accréditer du personnel au lieu de se préoccuper de lui permettre d'acquérir des compétences en ce qui concerne les pratiques de salubrité des aliments^{1,2}. La formation en salubrité des aliments n'entraîne d'amélioration de la salubrité alimentaire que si les connaissances transmises se traduisent en changements positifs de comportements³.

Un des principes essentiels de l'apprentissage des adultes est que la rétention de l'information est directement influencée par le degré d'exercices pratiques réalisés pendant l'apprentissage^{4,5}. Toutefois, les cours traditionnels de formation en salubrité des aliments ne s'appuient pas sur ce principe. La littérature n'a pas suffisamment démontré que le fait de transmettre des connaissances permet de modifier les attitudes et les comportements en matière de salubrité des aliments³. Une formation efficace en salubrité des aliments ne devrait pas seulement offrir de l'information au sujet de la salubrité alimentaire, mais elle devrait aussi appliquer les connaissances dans la pratique afin d'en assurer une bonne rétention. Rennie (1994) affirme que les programmes de formation qui sont plus étroitement associés au lieu de travail, et jumelés au renforcement concret des messages relatifs à l'hygiène, sont plus efficaces que les méthodes traditionnelles de formation⁶. Des activités pratiques et concrètes réalisées à l'interne constituent souvent l'approche la plus efficace^{7,8,9}, bien qu'il faudra plus d'études pour le prouver.

« Une formation efficace en salubrité des aliments ne devrait pas seulement offrir de l'information au sujet de la salubrité alimentaire, mais elle devrait aussi appliquer les connaissances dans la pratique afin d'en assurer une bonne rétention. »

Objectif

L'objectif de cette initiative était d'offrir un modèle différent du modèle traditionnel de la formation en salubrité des aliments. Ce programme très concret a d'abord été mis au point pour des activités temporaires de restauration au Manitoba, et en particulier pour répondre aux difficultés de compréhension des apprenants ayant l'anglais comme langue seconde. Le programme a ensuite été modifié et mis à l'essai chez Target, un grand détaillant en alimentation aux États-Unis. Les deux démarches de mise en œuvre sont décrites ci-dessous.

Mise en œuvre

Activité temporaire de restauration (Winnipeg, Manitoba)

L'exploitant de l'entreprise alimentaire et le coordonnateur de chaque pavillon d'une activité temporaire de restauration ont participé à deux heures de formation concrète en salubrité des aliments. La formation couvrait tous les aspects de la préparation des aliments et des pratiques de restauration, y compris (mais sans s'y limiter) :

1. La manière d'utiliser un thermomètre à sonde en métal pour tester la température interne des aliments, y compris la calibration des bains de glace. Une affiche sur la salubrité alimentaire montrant les températures internes sécuritaires des aliments a été laissée sur place pour servir de référence.
2. La manière de préparer un assainisseur à base de chlore à 100 ppm pour un entretien sanitaire efficace. Un autocollant laminé indiquant les comparateurs de couleurs pour les concentrations a été remis à l'exploitant pour servir de référence. L'autocollant a été conçu pour adhérer à un seau ou à un flacon pulvérisateur.
3. La manière de laver les ustensiles et les casseroles à l'aide de la méthode de l'évier à trois bassins.



Photo : Mani Kim (Unsplash)

Une cuisine commerciale a servi de lieu de formation. Elle a été divisée en huit stations de salubrité alimentaire.

Stations de salubrité alimentaire	
Station 1	Pratiques du personnel
Station 2	Lavage des mains
Station 3	Méthode de l'évier à trois bassins
Station 4	Contrôle de la température — partie 1
Station 5	Organisation du réfrigérateur, allergènes
Station 6	Contrôle de la température — partie 2
Station 7	Nettoyage et entretien sanitaire
Station 8	Tenue de registres

Au total, 92 apprenants ayant l'anglais comme langue seconde ont participé à la formation concrète en salubrité des aliments. Afin d'essayer de répondre aux besoins de tous les participants, deux sessions distinctes ont été offertes. Chaque groupe comptait 46 participants. Ceux-ci ont été divisés en petits groupes et chaque groupe a commencé à une station différente. Toutes les stations comptaient un inspecteur en santé publique accrédité ou un spécialiste en salubrité alimentaire. Ceux-ci ont animé les activités. Les groupes changeaient de station toutes les 15 à 20 minutes. Afin de maintenir l'intérêt des participants, ceux-ci ne restaient que brièvement à chaque station et les activités visaient à être divertissantes.

Chaque station était munie d'un tableau-papier destiné à l'animateur de la formation. Les tableaux présentaient des images convaincantes, des histoires et des études de cas tirées de situations réelles. Plusieurs techniques provenant des sciences comportementales ont été employées dans la formation afin d'assurer le maintien de l'intérêt des participants et leur compréhension du matériel présenté. Parmi ces techniques, mentionnons l'utilisation de récits et d'anecdotes réelles sur des maladies d'origine alimentaire, le recours à l'encodage neuronal (rimes) et l'intégration des principes de la cohérence et de l'engagement afin d'améliorer les comportements liés à la salubrité des aliments.

À la fin de la formation, chaque pavillon participant a reçu une trousse de salubrité alimentaire comprenant les ressources nécessaires pour assurer la salubrité des aliments, comme des bandes tests pour l'entretien sanitaire, du chlore et de l'ammonium quaternaire, des filets à cheveux, des feuilles de contrôle et des thermotimbres. Chaque participant a reçu un certificat de participation et a été invité à donner ses commentaires en remplissant un formulaire d'évaluation. Ils n'ont pas dû passer d'examen. Les commentaires reçus dans les formulaires d'évaluation ont été extrêmement positifs et encourageants. Ils recommandaient que le programme soit adopté et offert chaque année.

Mise à l'essai de la formation concrète en salubrité des aliments chez Target (Pasadena, Californie)

Le programme très concret en salubrité alimentaire a été mis à l'essai chez Target pour déterminer son efficacité en ce qui concerne la vente au détail d'aliments à grande échelle. Pasadena, en Californie, a été choisi pour cet essai parce que l'endroit compte un grand nombre d'apprenants ayant l'anglais comme langue seconde.

La mise en œuvre du programme de formation en salubrité des aliments ressemblait au scénario présenté précédemment concernant l'activité temporaire de restauration. Toutefois, pour des raisons logistiques, une salle de classe a servi de lieu de formation au lieu d'une cuisine commerciale. De plus, les participants ont reçu un certificat reconnu en salubrité des aliments, valide pendant cinq ans, lorsqu'ils réussissaient un examen. Celui-ci a été géré par le National Registry of Food Safety Professionals, dont le siège social est à Orlando, en Floride. Un guide sur la salubrité alimentaire, soit un dossier contenant des informations de référence brèves et concises au sujet de la salubrité des aliments, a aussi été distribué aux participants.

La salle a été divisée en six stations de salubrité alimentaire et les participants passaient d'une station à l'autre (toutes les 20-25 minutes) pour y participer à des activités concrètes.

Stations de salubrité alimentaire	
Station 1	Dangers, contamination croisée
Station 2	Lavage des mains, pratiques personnelles, microbiologie
Station 3	Contrôle de la température 1, contrôle de la température 2
Station 4	Nettoyage et entretien sanitaire
Station 5	Registres et vermine, réception
Station 6	Équipement et jeu Jeopardy

Deux experts en salubrité alimentaire ont animé la formation. Comme son objectif était d'accréditer les participants, une présentation PowerPoint (de deux heures) a aussi été offerte afin de transmettre de l'information qui ne pouvait pas être communiquée par l'instruction concrète. Le groupe de 34 participants a été divisé en deux. Pendant que la moitié des participants participait au volet concret, l'autre moitié assistait au PowerPoint. Après deux heures, les groupes changeaient de place. La présentation PowerPoint comprenait des images, des vidéos et des histoires afin de la rendre plus intéressante.

Le taux de réussite du groupe fut de 94 %, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux de réussite des années précédentes, qui employaient une formation en salubrité des aliments donnée en classe uniquement. Les évaluations des participants étaient extrêmement positives.

Leçons tirées

Le programme de formation concrète en salubrité des aliments fut un succès. Toutefois, sur le plan logistique, la grande taille du groupe (>20 participants) a compliqué la mise en œuvre de la formation. Dans de tels cas, deux formateurs sont nécessaires pour animer les activités concrètes, ce qui peut être difficile pour certaines administrations qui n'ont peut-être pas les ressources exigées. De plus, les participants devaient passer un examen à choix multiples pour obtenir leur accréditation en salubrité alimentaire. Ces examens ne sont habituellement pas conçus selon des principes psychométriques. Selon l'auteur, un test de performance serait une méthode plus appropriée pour évaluer la connaissance du matériel présenté.

Références

- ¹ De Boeck, E., Jacxsens, L. et Vlerick, P. (S.D.). Human behavior and corporate culture may have impact on hygiene, food safety. [EN LIGNE]. Disponible à : <https://www.news-medical.net/news/20180607/Human-behavior-and-corporate-culture-may-have-impact-on-hygiene-food-safety.aspx> (consulté en juin 2018).
- ² Ehiri, J.E., Morris, G.P. et McEwen, J. (1997). Evaluation of a food hygiene training course in Scotland. *Journal of Food Control*, 8(3), 137-147.
- ³ Seaman, P. et Eves, A. (2006). The management of food safety—the role of food hygiene training in the UK service sector. *Hospitality Management*, 25, 278-296.
- ⁴ Brabeck, M. et Jeffrey, J. (S.D.). *Practice for Knowledge Acquisition (Not drill and kill)*. [EN LIGNE]. Disponible à : <http://www.apa.org/education/k12/practice-acquisition.aspx> (consulté en juin 2018).
- ⁵ Lieb, S. (1999). Principles of adult learning. [EN LIGNE]. Disponible à : <http://www.hcc.hawaii.edu/intrnet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.htm> (consulté en juin 2018).
- ⁶ Rennie, D. (1994). Evaluation of food hygiene education. *British Food Journal*, 96, 20-25.
- ⁷ Burke, M.J., Sarpy, S.A., Smith-Crowe, K., Chan-Serafin, S., Salvador, R.O. et Islam, G. (2006). Relative effectiveness of worker safety and health training methods. *American Journal of Public Health*, 96(2), 315-324.
- ⁸ Roberts, K.R., Barrett, B.B., Howells, A.D., Shanklin, C.W, Pilling, V.K. et Brannon, L. (2008). Food safety training and foodservice employees' knowledge and behavior. *Food Protection Trends*, 28, 252-260.
- ⁹ Hendry, C., Jones, A. et Arthur, M. (1992). Skill supply, training and development in the small-medium enterprise. *International Small Business Journal*, 10, 68-72.

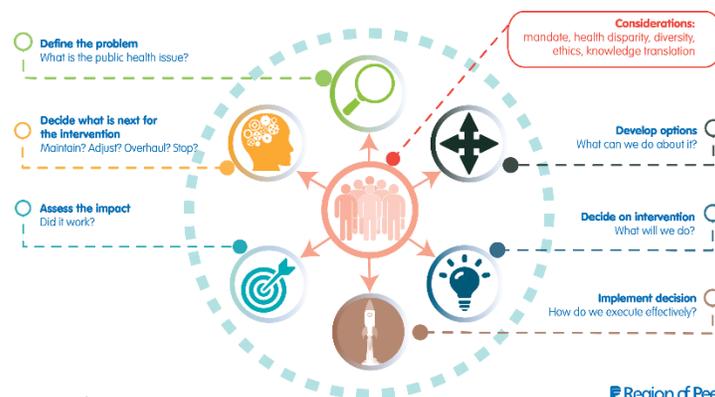
Formation en courtage de connaissances pour la prise de décisions fondée sur des données probantes : renforcer les capacités en santé publique

Lori Greco, D^{re} Megan Ward

Santé publique de la région de Peel

Contexte et justification

À la Santé publique de la région de Peel, la prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP) est l'un des volets d'une priorité stratégique décennale connue sous le nom de « Pratiques de santé publique de bout en bout ». La PDFDP concerne l'application de la recherche aux pratiques à l'aide de méthodes robustes pour trouver, évaluer et synthétiser des données probantes.



À ce jour (2009-2018), le renforcement des de PDFDP a inclus les mesures suivantes :

capacités en matière

- réaliser un projet [FORCES](#) (Programme de formation pour cadres) en 2009 pour mettre au point des mécanismes et des outils d'évaluation de la recherche;
- participer à une étude de cas en courtage de connaissances (CC) en partenariat avec l'Université McMaster en 2009-2011;
- offrir de la formation, y compris à plus de 130 gestionnaires et analystes dans le cadre du cours d'une semaine sur la PDFDP à l'Université McMaster, deux vagues de formation en CC de 2014 à 2018 et de la formation personnalisée destinée aux gestionnaires, aux superviseurs et aux analystes;
- mettre en œuvre un club d'évaluation critique central et six clubs d'évaluation critique axés sur un thème, qui se rencontrent chaque mois;
- créer un poste de courtier de connaissances principal en 2014;
- réaliser plus de 75 évaluations de la recherche sous la supervision de mentors.

L'accroissement du nombre de courtiers de connaissances grâce à un programme interne de formation a permis de renforcer les capacités en matière de PDFDP.

Objectif

Le but était que chacune des cinq divisions, soit la Prévention des maladies chroniques et des blessures, les Maladies transmissibles, la Santé familiale, la Protection de la santé et le Bureau du médecin hygiéniste en chef, compte au moins un courtier de connaissances. L'objectif était de former un groupe d'analystes de la recherche et des politiques pour qu'ils deviennent des courtiers de connaissances.

Initiative

Deux vagues de programmes de formation ont été organisées en quatre ans. Des analystes de chaque division ont été désignés par leur directeur pour qu'ils deviennent des courtiers de connaissances. Ces analystes ont été nommés en fonction de leurs habiletés, de leur expérience en matière d'évaluations de la recherche, de leur rôle, de leur intérêt et du stade où ils en étaient dans leur carrière.

Le contenu de la formation se fondait sur une revue interne de la littérature recensant les compétences et les activités des courtiers de connaissances dans les domaines de pratique suivants :

- Évaluations de la recherche
 - Acquérir une expertise pour définir une question; pour chercher, extraire, évaluer la qualité et interpréter les résultats; et pour résumer les données probantes issues de la recherche.
- Fournir du mentorat en matière d'évaluations de la recherche
 - Offrir des conseils et du soutien technique aux équipes réalisant des évaluations de la recherche.
- Facilitation
 - Faciliter le dialogue, la collaboration et l'établissement de relations pour renforcer les capacités à trouver et à utiliser la recherche dans les décisions relatives aux programmes (p. ex. animer des clubs d'évaluation critique).
- Communication
 - Collaborer avec tout le personnel, mettre au point des produits de connaissance et encourager le partage de connaissances entre les clients.
 - Adapter le style et le contenu de la communication verbale et écrite aux principaux décideurs, analystes et membres du personnel de première ligne.
 - Synthétiser et résumer la recherche dans une variété de formats, y compris des rapports complets et des résumés d'une page.
- Réseautage
 - Être considéré comme une ressource en matière de PDFDP.
- Participer à un réseau de courtage de connaissances pour favoriser la collaboration et l'apprentissage continu.

Mise en œuvre

Le courtier de connaissances principal et un médecin hygiéniste adjoint (MHA) ont animé la formation.

Les méthodes mises au point ont été basées sur les principes de l'apprentissage des adultes, y compris l'établissement d'objectifs, l'autonomie, la priorité accordée aux compétences et à l'expérience actuelles, des tâches basées sur des travaux réels et la collaboration. Les méthodes et la

structure de formation ont évolué au fil des deux vagues de formation. Sept analystes ont commencé la formation dans la première vague, tandis que la deuxième comprenait cinq analystes. Toutes les divisions étaient représentées. Chacun des analystes consacrait une journée et demie par semaine à la formation. Chaque programme de formation a duré deux ans. La première vague s'est déroulée sur 22 mois et la seconde, sur 15 mois.

Les méthodes de formation consistaient en une combinaison de réunions, d'exercices et de mentorat. L'ensemble des observations, des exercices, des tâches et des évaluations de la recherche étaient basés sur des travaux réels et des décisions pratiques ayant lieu au même moment dans l'organisation. Plus précisément, les stratégies d'apprentissage comprenaient les suivantes :

- lire des lectures assignées sur le courtage de connaissances;
- réaliser une auto-évaluation en ce qui a trait au courtage de connaissances et préparer un contrat d'apprentissage;
- réaliser des projets sur mesure liés au courtage de connaissances;
- observer le courtier de connaissances principal faciliter différentes étapes de la démarche de PDFDP (p. ex. des rencontres d'évaluation critique) et mentorer des équipes réunissant des analystes et des gestionnaires dans la réalisation d'évaluations de la recherche;
- réaliser des exercices (comme mentionné plus haut), suivis de séances individuelles de rétroaction avec le courtier de connaissances;
- co-mentorer toutes les démarches d'évaluation de la recherche avec le courtier de connaissances;
- assister à des rencontres de groupes régulières avec le MHA, le courtier de connaissances et les autres apprenants;
- réaliser une évaluation continue de ses progrès par rapport aux objectifs d'apprentissage.

Évaluation et répercussions

L'évaluation de chaque vague de formation comprenait une analyse documentaire; des entretiens avec les apprenants du programme de courtage de connaissances pour évaluer les changements en ce qui avait trait à leurs connaissances, à leurs compétences et à leur expérience; des entretiens avec leurs gestionnaires pour évaluer les changements apportés aux pratiques; et une réflexion par le MHA et le courtier de connaissances principal pour évaluer l'effet sur l'organisation et les méthodes de formation. Pour chaque cohorte, une évaluation a eu lieu à mi-parcours et une autre à la fin de la formation.

L'évaluation a permis de conclure que le mentorat intensif et individuel a favorisé l'apprentissage et l'acquisition de compétences. Les apprenants ont perfectionné leurs compétences sur le plan du leadership, du réseautage, de la facilitation et des évaluations de la recherche. L'évaluation a aussi révélé qu'une équipe de formation combinant les compétences d'un courtier de connaissances expérimenté et les connaissances pratiques d'un haut dirigeant (MHA) était essentielle au succès du programme.

Ce type de formation demande du temps. L'investissement en temps était d'environ trois heures par semaine pour le MHA, de 14 heures par semaine pour le courtier de connaissances principal et d'une journée et demie par semaine pour les apprenants au cours de la période de formation. Comme les apprenants travaillaient avec des superviseurs et des analystes réalisant des évaluations de la recherche, ils devaient s'adapter à des échéanciers réels. Les gestionnaires de ces apprenants devaient s'engager envers la formation et modifier l'organisation du travail au besoin. Bien qu'ils n'étaient pas directement impliqués dans l'offre de la formation, les gestionnaires avaient des rencontres régulières avec les apprenants pour évaluer leurs progrès.

« Ce type de formation demande du temps. L'investissement en temps était d'environ trois heures par semaine pour le MHA, de 14 heures par semaine pour le courtier de connaissances principal et d'une journée et demie par semaine pour les apprenants au cours de la période de formation. »

Les stratégies qui comprenaient l'établissement d'objectifs, l'observation, les exercices et la rétroaction ont semblé les plus efficaces.

Leçons tirées

- Un soutien continu de la part de toute l'équipe de direction a assuré un engagement de l'organisation tout au long de la formation.
- Il est essentiel d'y consacrer suffisamment de ressources et de temps.
- Pour guider le personnel avec efficacité dans la réalisation d'évaluations de la recherche, il est nécessaire et important de se concentrer sur les besoins des clients (c.-à-d. l'équipe qui réalise l'évaluation de la recherche) et de commencer où ils sont.
- Le fait de développer une masse critique de courtiers de connaissances compétents accroît la capacité à utiliser la recherche et mène à des changements de culture. Nous estimons que la masse critique minimale est d'un courtier de connaissances principal plus au moins un courtier de connaissances pour chaque service, ou d'environ un courtier de connaissances pour 150 membres du personnel.
- Le fait de former des courtiers de connaissances engendre des évaluations de la recherche solides et de grande qualité qui servent à influencer les décisions pratiques. Les gestionnaires ont davantage confiance en leurs décisions lorsqu'elles sont appuyées par des évaluations de grande qualité.
- Un examen attentif de la première vague de formation a permis d'améliorer le contenu et la façon de présenter la formation pour la deuxième cohorte.
- Le fait d'acquérir des compétences avancées dans l'utilisation de la recherche améliore également l'esprit critique et prépare les courtiers de connaissances à assumer des rôles de direction. Il faut s'attendre à du mouvement dans ces fonctions (p. ex. un courtier de connaissances qui obtient un poste de gestionnaire). Par conséquent, il faut sans cesse recruter des courtiers de connaissances compétents ou former de nouvelles personnes.

Références

Bornbaum, C.C. *et al.* (2015). Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10, 162.

Dobbins, M., Robeson, P., Ciliska, D., Hanna, S., Cameron, R., O'Mara, L., DeCorby, K. et Mercer, S. (2009). A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implement Science*, 4(1), 23.

Dogherty, E.J., Harrison, M.B. et Graham, I.D. (2010). Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: a focused review of concept and meaning. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(2), 76-89.

Dogherty, E.J., Harrison, M.B., Baker, C. et Graham, I.D. (2012). Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed methods study of facilitation. *Implementation Science*, 7, 9.

Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B. et Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37(6), 577-588.

Ward, V., House, A. et Hamer, S. (2009). Knowledge brokering: the missing link in the evidence to action chain? *Evidence and Policy*, 5, 267-279.

Mettre la recherche en contexte : une approche novatrice d'aide à la décision à Terre-Neuve-et-Labrador

Stephen Bornstein, Rochelle Baker, Pablo Navarro, Sarah Mackey, Aimee Letto, Michelle Ryan

Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research

Contexte et justification

Pour faire face aux défis de santé croissants auxquels Terre-Neuve-et-Labrador (TNL) doit faire face, le système de santé de la province a besoin de données probantes qui peuvent se traduire par des mesures concrètes. Cela présente ses propres défis, y compris ceux de savoir comment prioriser la recherche; comment synthétiser un ensemble toujours croissant de données probantes complexes; comment adapter les résultats aux ressources et aux capacités locales; et comment générer des rapports rapides et faciles à utiliser.

Le Programme de synthèse contextualisée de la recherche en santé (en anglais « Contextualized Health Research Synthesis Program », ou CHRSP) a été mis au point au Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research (NLCAHR, ou Centre pour la recherche appliquée en santé de Terre-Neuve-et-Labrador) afin de s'attaquer à ces défis. Le CHRSP produit rapidement des rapports sur des sujets prioritaires en impliquant les partenaires du système de santé à chaque étape, de la définition du sujet à l'utilisation des rapports. Faisant un pas de plus, le CHRSP adapte sa recherche aux caractéristiques uniques du contexte des soins de santé de TNL, y compris une population vieillissante (et essentiellement rurale), un lourd fardeau lié aux maladies chroniques, la demande de meilleurs services de santé mentale, les difficultés liées au fait de servir une petite population répartie sur un vaste territoire, des difficultés associées aux ressources humaines en santé et des pressions financières de plus en plus grandes pour en faire plus avec moins. En tenant compte de ces facteurs contextuels, le CHRSP a réussi à ce que ses rapports soient largement utilisés par les parties prenantes ciblées : les dirigeants provinciaux du système de santé, les hauts fonctionnaires et les autres décideurs clés du système de santé.



Objectifs

Le CHRSP a été fondé pour offrir de l'aide à la décision afin d'améliorer la prestation des services de santé dans la province. Ses objectifs sont les suivants :

- Définir les priorités du système de santé.
- Inclure les partenaires du système de santé en tant que participants à la recherche.
- Faire une évaluation critique et appliquer un système d'évaluation des données probantes aux études incluses, en mettant l'accent sur les revues systématiques.
- Synthétiser les données probantes de grande qualité.
- Produire des rapports dans les meilleurs délais et dans différents formats : des rapports « Evidence in Context » (Données probantes en contexte; 10 mois, 30-50 pages, résumé de 4 pages et note d'information); des rapports « Rapid Evidence » (Données probantes rapides; 30 jours, résumé de 10-15 pages) et des rapports « Snapshot » (Coup d'œil; survol des sphères de compétence en 40 jours).

- Contextualiser les résultats pour TNL.
- Promouvoir l'apprentissage mutuel : les chercheurs apprennent les réalités du système de santé et les partenaires du système découvrent la recherche et ses applications.

Initiative

Parmi les éléments clés du CHRSP, mentionnons :

- des partenariats avec des ministres adjoints de deux ministères gouvernementaux (Santé et Services communautaires et Enfants, Aînés et Développement social) et les PDG de quatre autorités régionales de santé ainsi que leurs représentants (les champions du CHRSP);
- l'implication du système de santé, de la définition des enjeux à la diffusion des résultats;
- des efforts axés sur le contexte local pour cadrer la recherche et faire rapport des résultats;
- une utilisation économique des ressources et du personnel;
- un mélange d'experts locaux et de spécialistes de l'extérieur de la province;
- des délais rapides attribuables au fait de se concentrer sur les revues systématiques et les études primaires récentes.

Notre approche compte sept étapes :

1. Choix des sujets : chaque année, le CHRSP consulte les ministres adjoints de deux ministères gouvernementaux ainsi que les PDG de quatre autorités régionales de santé afin de déterminer les prochaines décisions qui pourraient bénéficier des données de recherche. Les champions du CHRSP (des décideurs haut placés) de chaque organisation participante mettent le CHRSP en contact avec des travailleurs et des dirigeants du système de santé pour élaborer une liste de sujets.

2. Priorisation : une fois que les sujets d'étude potentiels ont été proposés au CHRSP par des acteurs de tout le système de santé, l'équipe du CHRSP collabore avec les champions du CHRSP, les PDG des autorités de santé et les ministres adjoints pour placer ces sujets en ordre de priorité, en donnant aux dirigeants l'occasion de comparer les difficultés qu'ils éprouvent à celles auxquelles font face leurs collègues ailleurs dans la province. Enfin, les PDG et les ministres adjoints votent pour établir un consensus annuel sur une liste de sujets. En participant à cette démarche d'établissement des priorités, les chercheurs du CHRSP recueillent des renseignements utiles sur les priorités stratégiques et les préoccupations politiques du système de soins de santé provincial.

3. Constitution de l'équipe : le CHRSP embauche un spécialiste national ou international pour diriger une équipe de projet qui comprend les personnes suivantes :

- un dirigeant du système de santé (ministre adjoint, PDG, représentant);
- un économiste spécialisé en soins de santé (au besoin);
- le directeur de programme du CHRSP, un coordonnateur de projet et des chercheurs;
- des co-chercheurs issus du système de santé et du milieu universitaire, ainsi que des conseillers spécialistes du contexte;
- un ou des membres d'un Conseil consultatif de patients et d'aidants naturels.

4. Collecte, synthèse et évaluation des données probantes : le CHRSP cherche des données probantes tirées de revues systématiques, de méta-analyses, d'évaluations des technologies de la santé, d'études primaires de grande qualité ayant été publiées trop récemment pour qu'elles soient incluses dans la revue de littérature, ainsi que de la littérature grise. La qualité des revues

systematiques est évaluée à l'aide d'AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews) et les études primaires sont évaluées à l'aide de la liste de contrôle Downs & Black.

Le CHRSP a aussi mis au point son propre système automatisé d'évaluation des données probantes (Evidence Rating System ou ERS) pour calculer la force des données probantes de chaque combinaison intervention-résultat extraite des revues et des études choisies. Pour chaque combinaison, l'ERS évalue trois facteurs (la qualité méthodologique des études utilisées, le nombre d'études primaires uniques synthétisées dans les revues et le degré de cohérence des données probantes) afin d'évaluer les données probantes de chaque combinaison intervention-résultat sur une échelle en cinq points : très solides, solides, modérées, faibles ou très faibles. L'ERS est délibérément conservateur et ne tient pas compte des résultats considérés comme faibles ou très faibles.

Ensuite, nous synthétisons les principaux résultats (en tenant compte des forces relatives et en ne comparant que ce qui peut réellement être comparé) pour générer une méta-synthèse qui met en évidence les résultats convergents et mentionne les divergences. Il en résulte une méta-synthèse très précise (c.-à-d. qu'elle compare des pommes avec des pommes), qui tient compte des forces et des faiblesses méthodologiques des données probantes de la revue systématique, évalue la taille réelle de la base de données probantes (c.-à-d. le nombre d'études individuelles incluses) et met en évidence les résultats convergents. Les utilisateurs des connaissances nous ont indiqué que ce système d'évaluation a une résonance intuitive et leur permet de croire aux résultats présentés.

5. Contextualisation : En s'intéressant aux effets probables et aux enjeux de mise en œuvre, le CHRSP aide les décideurs provinciaux de TNL à comprendre non seulement ce qui fonctionne, mais aussi ce qui fonctionnera ici.

« En s'intéressant aux effets probables et aux enjeux de mise en œuvre, le CHRSP aide les décideurs provinciaux de TNL à comprendre non seulement ce qui fonctionne, mais aussi ce qui fonctionnera ici. »

Le CHRSP évalue les conséquences contextuelles de l'intervention ou des interventions étudiées en matière de faisabilité, d'acceptabilité et des effets sur l'équité en matière de santé, pour aider les décideurs à évaluer leur pertinence dans le ou les contextes locaux. Le CHRSP réalise des entretiens avec des parties prenantes de la communauté et du système et examine des données provinciales pour découvrir des facteurs contextuels pertinents comme le profil démographique, les sites et les plans de services, les ressources humaines en santé, l'organisation et la prestation des services, ainsi que les facteurs politiques.

6. Interprétation : les principales conclusions de la synthèse sont prises en compte conjointement avec les facteurs de contextualisation, de façon à préparer un résumé des conséquences pour les décideurs. En utilisant le terme « conséquences » (au lieu de « recommandations »), le CHRSP reconnaît que les données probantes issues de la recherche sont l'un de plusieurs éléments dont les décideurs du système de santé doivent tenir compte.

7. Diffusion et évaluation : une fois qu'un spécialiste externe a examiné le rapport, le texte définitif est révisé par l'équipe et par nos principaux partenaires du système de santé avant d'être diffusé. Le CHRSP organise des rencontres et des webinaires destinés à ses partenaires du système de santé, aux chercheurs universitaires et aux parties prenantes issues de la communauté ainsi que du milieu

des patients et des aidants naturels. Les rapports sont publiés en ligne et diffusés à grande échelle. Le CHRSP organise ensuite d'autres rencontres pour en optimiser l'utilisation. Lorsqu'assez de temps a passé pour que les décideurs puissent en tenir compte, le CHRSP invite les commentaires des parties prenantes sur l'utilité et l'utilisation de chaque rapport. Le CHRSP met à jour ses synthèses des connaissances tous les cinq ans et conseille ses partenaires du système de santé au sujet de tout changement aux données probantes scientifiques depuis la parution de ses premiers rapports.

Mise en œuvre

Le CHRSP a commencé par travailler avec des hauts dirigeants (c.-à-d. des ministres adjoints et des PDG d'autorités régionales de santé). L'importance accordée à ces relations clés a contribué à établir une assise solide pour le programme. L'engagement continu de ces dirigeants est essentiel au succès du programme.

Les défis concernant la mise en œuvre du programme ont notamment été les suivants :

- les contraintes de temps des dirigeants; en 2009, nous avons instauré « les champions du CHRSP », des hauts fonctionnaires œuvrant dans chaque autorité régionale de santé et chaque ministère gouvernemental qui mettent le CHRSP en contact avec d'autres décideurs de l'organisation ainsi qu'avec la direction;
- le roulement du personnel du NLCAHR est un obstacle à la productivité;
- le roulement du personnel dans les organisations partenaires entraîne des retards dans le choix des sujets ainsi que le besoin d'orientation et de formation régulières;
- une demande croissante du système de santé pour plus de rapports plus rapidement — en réponse à ce besoin, une version informatisée de l'ERS et deux formats plus courts ont été présentés : « Rapid Evidence Reports » et « Jurisdictional Snapshots »;
- les perspectives des patients et des aidants naturels informels étaient absentes de nos équipes; en 2017, le CHRSP a créé un Conseil consultatif des patients et des aidants naturels pour intégrer ces points de vue importants.

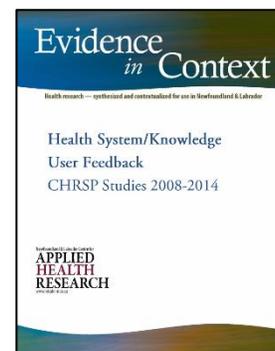
Évaluation et répercussions

Les décisions demandent du temps. Le CHRSP attend trois ans avant d'interroger les parties prenantes au sujet de leur utilisation de ses rapports. Nous envoyons un courriel à tous les participants des équipes de projet initiales et à toutes les personnes invitées à participer à la diffusion de chaque rapport, et nous leur posons les questions suivantes :

- Ce rapport a-t-il été utile ou pertinent pour votre organisation? Le cas échéant, comment?
- Si ce n'est pas le cas, veuillez nous indiquer pourquoi et les manières dont il aurait pu être amélioré.

Les commentaires ont été extrêmement positifs. Les rapports du CHRSP ont éclairé les orientations politiques et pratiques au sujet d'une variété d'enjeux, y compris les interventions mobiles en santé mentale, les soins de courte durée adaptés aux besoins des aînés, les centres de traitement en établissement pour les jeunes et les possibilités de dialyse en milieu rural. Pour consulter le rapport de rétroaction, visitez :

http://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CHRSP_FEEDBACK.pdf.



Leçons tirées

- Il est indispensable de bâtir et de maintenir des relations avec ses partenaires et de les impliquer complètement dans la démarche.
- Il est préférable de « tirer » que de « pousser » : les études proposées et priorisées par les décideurs sont plus utilisées.
- Le contexte importe : les décideurs préfèrent des rapports qui traitent de ce qui fonctionnera dans leur milieu.
- La contextualisation est complexe, mais il est utile d'élaborer un modèle permettant de structurer les entretiens de contextualisation.
- Même s'il a été créé dans le but d'être utilisé à TNL, le CHRSP peut être modifié afin d'être utilisé dans d'autres territoires présentant des caractéristiques et des besoins similaires.

Le CHRSP prépare en ce moment une proposition destinée aux IRSC afin d'adapter son approche pour inclure deux autres provinces dont une proportion importante de la population vit en milieu rural.

Mettre à l'essai les mécanismes d'application intégrée des connaissances pour améliorer la participation des enfants vivant avec un handicap aux activités de loisirs en Colombie-Britannique

Ebele Mogo¹, Keiko Shikako-Thomas¹, Annette Majnemar¹, Jonathan Lai¹, Sheila Kennedy², Vivien Symington³, Kellie Duckworth²

¹Université McGill, ²Sunny Hill Health Centre for Children, ³Club Aviva Recreation

Contexte et justification

Environ 4,6 % des enfants et des jeunes canadiens ont reçu un diagnostic de déficience sensorielle, cognitive, physique ou intellectuelle¹. En Colombie-Britannique, quelque 15 % de la population (soit plus de 500 000 personnes) vit avec un handicap². Les études ont démontré que la pratique d'activités physiques est associée à une meilleure santé mentale, à une plus grande vivacité d'esprit et à davantage de résistance face aux stress de la vie³. Cependant, les personnes vivant avec un handicap sont plus vulnérables aux problèmes de santé⁴ et ont un accès plus restreint à l'éducation en matière de santé, à des activités de promotion de la santé et à des soins⁵. Par conséquent, il est crucial d'améliorer les politiques pour que ces personnes pratiquent davantage d'activités physiques.

Objectif(s)

Notre objectif principal était de combler le fossé entre les données probantes et les politiques et de faire progresser les méthodes d'application intégrée des connaissances pour éclairer l'élaboration des politiques publiques. Nos objectifs précis étaient notamment les suivants :

- Améliorer les méthodes visant à impliquer les partenaires communautaires et les décideurs dans les décisions concernant les solutions liées à la promotion des loisirs pour les enfants vivant avec un handicap;
- Adapter et transmettre aux décideurs politiques des informations fondées sur la recherche ainsi que les priorités des parties prenantes communautaires;
- Tester l'utilité d'un dialogue sur les politiques (réunissant des décideurs politiques et des organisations communautaires) pour faire le pont entre la recherche et les politiques⁶.



Photo : Cody Hiscox (Unsplash)

Initiative

La première étape de ce projet fut d'organiser un forum communautaire dans lequel les organisations ont été consultées afin de définir des cadres de référence pertinents au sujet de la promotion des loisirs pour les enfants vivant avec un handicap. Il a été mentionné que le Cadre stratégique pour les loisirs au Canada⁷ était une ligne directrice fédérale importante pouvant avoir une portée provinciale. Toutefois, celui-ci était peu appliqué, car il manquait de mesures concrètes. Nous avons organisé une rencontre structurée de ces organisations pour proposer des éléments concrets respectant ce cadre. À partir des trois principales priorités énoncées (l'inclusion, l'accès et le renforcement des capacités),

nous avons réalisé une revue rapide systématique de la littérature sur les interventions communautaires et politiques favorisant ces résultats.

Nous avons préparé une note de politique ciblée qui tenait compte des formats que préfèrent les décideurs et les organisations communautaires (données quantitatives ou narratives). Ces notes de politique ont été distribuées aux 25 participants potentiels au dialogue qui avaient également été nommés par les acteurs de terrain (à savoir Club Aviva, Sports for Life, Sunny Hill Health Centre for Children et Child Health BC) et ont été délibérément choisis de façon à représenter différents paliers de prise de décision touchant la promotion des loisirs pour les enfants vivant avec un handicap. Dix-sept participants, représentant des paliers provincial, municipaux et locaux de planification, ont participé au dialogue sur les politiques. Pour consulter les données probantes sur la promotion de la participation, visitez : https://www.childhooddisability.ca/wp-content/uploads/2017/12/researchbrief_dec20.pdf.

Mise en œuvre

L'équipe de recherche a présenté les plus récentes études sur les enfants vivant avec un handicap et la pratique d'activités de loisirs. L'équipe a également présenté l'application Jooay⁸, qui recense des activités de loisirs adaptées et inclusives partout au Canada. Cette solution avait précédemment été nommée par les acteurs de terrain comme étant une priorité. L'équipe de recherche a mis en évidence la démarche d'organisation du dialogue sur les politiques, soit à partir des données probantes issues de la recherche portant sur les priorités désignées par les organisations communautaires. Par la suite, les décideurs et les organismes communautaires présents ont été invités à discuter de ces informations en fonction de leurs propres objectifs organisationnels et individuels. Ils ont appliqué des outils de pensée conceptuelle et de planification stratégique pour réfléchir aux considérations relatives à la mise en œuvre des recommandations de politiques énoncées dans la note de politique.

Évaluation et répercussions

Les participants ont rempli un questionnaire structuré d'évaluation du dialogue sur les politiques et ont été invités à prendre part à un entretien de suivi semi-dirigé pour discuter de ce qu'ils pensaient de ce dialogue. Douze participants ont été interviewés dans le mois suivant le dialogue. Nous avons employé un sondage et des entretiens qualitatifs pour explorer le profil démographique et l'expérience du dialogue vécue par les participants. Quarante-trois pour cent des participants avaient de l'expérience de travail avec des personnes vivant avec un handicap; 67 % avaient un diplôme d'études supérieures et 33 % avaient un baccalauréat. Le tiers des participants (34 %) représentaient

« Les participants ont déclaré que ce qu'ils ont principalement aimé du dialogue était la possibilité de collaborations futures avec les autres participants et l'usage de la note de politique en tant qu'outil de référence dans leur travail. »

le gouvernement provincial, tandis que les autres secteurs représentés étaient notamment les commissions scolaires, les administrations municipales et les ONG.

Les participants ont mentionné les éléments suivants :

- Ils ont obtenu des renseignements leur permettant de soutenir des projets en cours et d'alimenter leurs discussions avec des collègues.
- Le dialogue a été utile pour les aider à découvrir des ressources et à élargir leur réseau.
- Ils étaient satisfaits du dialogue et de leur capacité à y contribuer.
- Le dialogue constituait un bon usage de leur temps et allait influencer l'élaboration de stratégies visant à encourager la pratique de loisirs par des enfants vivant avec un handicap.
- Ils percevaient un besoin de représenter des voix plus diverses.
- Ce qu'ils ont principalement aimé du dialogue était la possibilité de collaborations futures avec les autres participants et l'usage de la note de politique en tant qu'outil de référence dans leur travail.

Leçons tirées

Les stratégies visant à informer les décideurs politiques des données probantes devraient inclure des occasions de dialoguer avec une variété de parties prenantes et d'intégrer les informations propres à chaque contexte qui auront été obtenues de celles-ci. À travers ce processus, nous avons appris qu'une difficulté qu'éprouvent couramment les décideurs est un manque de formation et une sous-capacité à recueillir et à appliquer les données probantes issues de la recherche. Parmi les autres obstacles, mentionnons l'absence de réseaux d'apprentissage collectif, lesquels pourraient être favorisés par des dialogues comme celui que nous avons organisé. Les obstacles au soutien aux programmes de loisirs pour les enfants vivant avec un handicap sont nombreux. Ceux-ci incluent des contraintes financières, des attitudes négatives ou un manque de connaissances ou de formation du personnel, une mauvaise satisfaction de la clientèle, des barrières linguistiques, un manque d'accès à des activités adaptées à l'extérieur des centres urbains et la difficulté de réunir une masse critique pour lancer de tels programmes. Nous espérons pousser plus avant cette étude en explorant les perceptions qu'ont les décideurs politiques du contenu qui leur a été présenté, en évaluant les effets à long terme du contenu des politiques et en organisant de nouveaux dialogues à travers le Canada à partir de ce que nous aurons appris de cette démarche.

Références

- ¹ Bassett-Gunter, R.L., Ruscitti, R.J., Latimer-Cheung, A.E. et Fraser-Thomas, J.L. (2017). Targeted physical activity messages for parents of children with disabilities: A qualitative investigation of parents' informational needs and preferences. *Research in Developmental Disabilities*, 64, 37-46.
- ² Accessibility 2024 – Province de la Colombie-Britannique. (2017). [EN LIGNE] www2.gov.bc.ca. Disponible à : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/about-the-bc-government/accessibility> (consulté en novembre 2017).
- ³ Street, G., James, R. et Cutt, H. (2007). The relationship between organised physical recreation and mental health. *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), 236-239.
- ⁴ Kuper, H., Smythe, T. et Duttine, A. (2018). Reflections on health promotion and disability in low and middle-income countries: Case study of parent-support programmes for children with Congenital Zika Syndrome. *International Journal of Environmental Research*, 15, 514.
- ⁵ Davis, K., Carter, S., Myers, E. et Rocca, N. (2018). Health promotion for young people with profound and multiple learning disabilities. *Nursing Children and Young People*, 30(01).
- ⁶ Shikako-Thomas, K., Majnemer, A., Mogo, E. M., Lai, J. et Kalaba, M. (S.D.). Incapacités de l'enfant LINK. Promoting the participation of children with disabilities in leisure activities. Disponible à : https://www.childhooddisability.ca/wp-content/uploads/2017/12/researchbrief_dec20.pdf.
- ⁷ Le Cadre stratégique pour les loisirs au Canada. (2018). Disponible à : <https://www.cpra.ca/about-the-framework/?locale=fr>.
- ⁸ Jooay.com. (2018). Pour connecter les enfants et jeunes ayant une limitation au loisir. Disponible à : <http://jooay.com>.

Établir une assise culturelle pour la prise de décisions fondée sur des données probantes : une campagne de communication sur la pensée évaluative

Kristin Beaton

Bureau de santé du comté de Huron

Contexte et justification

L'évaluation est un outil important pour soutenir la prise de décisions fondée sur des données probantes (PDFDP) dans les organisations de santé publique. Toutefois, les petites organisations n'ont souvent pas la capacité de faire des évaluations de grande qualité.

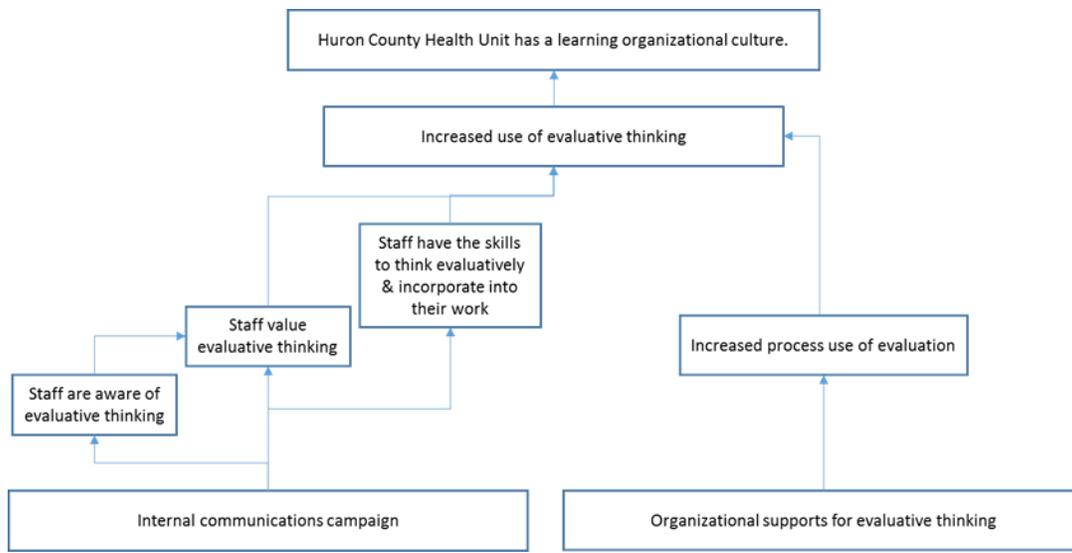
Un des facteurs qui favorisent les capacités d'évaluation est une culture organisationnelle apprenante¹, qui exige que l'on investisse dans les connaissances et l'apprentissage pour améliorer l'innovation et l'adaptabilité des organisations². En examinant ses capacités d'évaluation dans le cadre du projet collaboratif local (PCL) sur le renforcement des capacités d'évaluation³, le Bureau de santé du comté de Huron (BSCH) a noté qu'il fallait créer une culture organisationnelle apprenante pour servir de fondement à l'évaluation et à la PDFDP.

« Si on favorisait un plus grand recours à la PE, le personnel pourrait développer les moyens de reconnaître les préjugés, de poser les questions importantes, de penser aux données probantes et de prendre des décisions fondées sur des données probantes dans son travail quotidien. »

Le personnel doit respecter plusieurs priorités concurrentes et dispose de peu de temps pour participer à des projets supplémentaires. Le fait d'encourager davantage la pensée évaluative (PE) — c'est-à-dire la pensée critique appliquée à l'évaluation, et animée par la curiosité et la conviction que les données probantes sont importantes⁴ — est considéré comme une manière de commencer à transformer la culture organisationnelle sans alourdir la charge de travail du personnel. Si on favorisait un plus grand recours à la PE, le personnel pourrait développer les moyens de reconnaître les préjugés, de poser les questions importantes, de penser aux données probantes et de prendre des décisions fondées sur des données probantes dans son travail quotidien.

Objectifs

Le but de cette initiative était d'établir une assise culturelle où l'évaluation et les autres formes de données probantes sont valorisées et utilisées. Les objectifs précis de la campagne interne étaient de sensibiliser le personnel à la PE, d'augmenter la valeur que le personnel y accorde et d'améliorer la compétence du personnel à penser de façon évaluative et à intégrer la PE à son travail. La logique de programme pour la stratégie en matière de PE est décrite ci-dessous.



Initiative

Des données probantes tirées de nombreuses sources ont été intégrées à la planification de la campagne. Le contexte local a été étudié en réalisant un sondage auprès de tout le personnel, pour connaître le niveau de référence de la PE dans l'organisation, à l'aide de l'Evaluative Thinking Inventory (ETI, ou Inventaire en matière de pensée évaluative)⁵. La littérature sur le renforcement des capacités d'évaluation a été intégrée à partir de l'examen exploratoire du PCL⁶. Le concept de PE a été intégré à la campagne à partir du travail de Buckley et de ses collègues⁷ et a été complété par des initiatives trouvées dans la littérature grise. Comme la PE est un concept relativement nouveau, il existait peu de littérature révisée par les pairs à son sujet. Un comité consultatif interne a présenté des données probantes au sujet des préférences du personnel. Des données tirées d'évaluations de campagnes internes précédentes et portant sur les préférences du personnel en matière de communication ont aussi été utilisées. La disponibilité des ressources a restreint l'ampleur du projet à une période de quatre semaines, à un budget de 300 \$ et à une employée responsable.

Les données probantes mentionnées plus haut ont été intégrées de façon à élaborer une stratégie de communication ayant comme public cible l'ensemble du personnel du BSCH. Celui-ci est constitué d'une grande variété de professionnels de la santé publique, y compris des promoteurs de la santé, des infirmières en santé publique, des inspecteurs en santé publique, des gestionnaires et du personnel au soutien des programmes. Les messages clés de la campagne comprenaient les suivants :

- La PE est indispensable, axée sur l'action et a lieu en tout temps.
- La PE peut nous aider à améliorer nos programmes, nos services et notre culture interne.
- Il est facile d'inclure plus de PE à son travail quotidien.

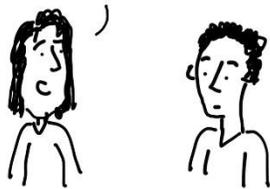
Le graphiste du BSCH a conçu un logo et une image de marque, avec le slogan : « *Think Evaluatively. Question. Assess. Improve.* » (Pensez de façon évaluative. Remettez en question. Étudiez. Améliorez.)



La campagne a utilisé différents médias et a duré quatre semaines. Elle comprenait notamment :

- une image de marque et des dessins;

I'm not an evaluator. I just use information we collect to answer questions about how we are doing and what we could do better.



freshspectrum

- un bingo sur la PE;



There are 2 types of items on this Bingo card:

1. Things you see or hear your colleagues do.
2. Things you do yourself.

You don't have to hear the exact words, just the same general idea. You will get a bonus draw entry for writing down some context about your observation on the back of the card.

Hear "What are our assumptions?"	Visit the Evaluative Thinking page on Wave	See the use of a model or diagram to illustrate thinking	Ask a colleague a critical question	Hear "What would success look like?"
Discuss ways you could evaluate your program	Hear "How do we know X?"	Participate in an evaluation or CQI initiative	Hear "How might we be wrong about X?"	Gather evidence before making a decision

- du contenu intranet et des billets de blogue;
- des ateliers d'une heure (p. ex. du « speed dating » critique entre amis, les six chapeaux de la réflexion);
- des mini-ateliers (p. ex. l'expérience du biscuit, le cycle réflexif de Gibbs, les paradigmes révélés).

Chaque atelier était accompagné d'un guide pratique visant à permettre aux membres du personnel de mettre en œuvre l'atelier dans leur propre équipe ou leur propre réseau.

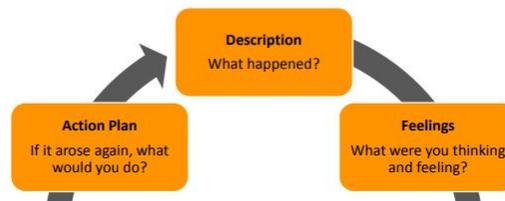
HOW TO GUIDE: Gibb's Reflective Practice Cycle

OVERVIEW: Worksheet to work through the Gibb's Reflective Practice Cycle to reflect on your professional practice.

OBJECTIVES:

- To facilitate learning through experience
- To explore new ideas and approaches towards doing or thinking about things
- To promote self-improvement by identifying strengths and weaknesses and taking action to address them
- To link practice and theory by combining observation with thinking and applying knowledge

ACTIVITY:



Mise en œuvre

L'arrivée récente d'un site intranet, un profond soutien des gestionnaires à la campagne et un appui externe de la part du projet local de renforcement des capacités d'évaluation ont été des facteurs essentiels au succès de l'initiative. Le site intranet offrait un endroit où mettre et diffuser le matériel de la campagne. Les gestionnaires ont encouragé la participation et accordé du temps au personnel pour qu'il participe aux ateliers. Le PCL donnait un cadre de référence et des échéances pour le projet.

Après la première campagne sur la PE en 2016, celle-ci fut répétée à l'automne 2017, et on en planifie une autre itération en 2018. Le soutien à une culture axée sur la pensée évaluative a été défini comme étant l'une des approches stratégiques du Plan stratégique 2017-2020 du BSCH. Cela reste donc une priorité pour l'organisation.

Évaluation

Le questionnaire Evaluative Thinking Inventory (ETI) a été renvoyé après la campagne pour évaluer les répercussions de celle-ci. La portée de la campagne a été analysée à partir de la mesure d'audience Web et des taux de participation. Les gestionnaires ont également été interviewés pour connaître leurs impressions concernant l'utilisation de la PE par le personnel.

La campagne a eu une bonne portée. 94 % du personnel a indiqué y avoir participé. Dans une organisation comptant 65 employés à temps plein, on a recensé 277 visites du site intranet et 255 consultations du blogue. Dix-sept commentaires ont été ajoutés aux billets de blogue, 27 membres du personnel ont participé au bingo et 58 personnes ont participé aux ateliers interactifs destinés au personnel. Lorsqu'on le lui demandait, le personnel était en mesure de se rappeler les messages clés de la campagne.

Les résultats du questionnaire ETI ont démontré que la campagne avait réussi à faire en sorte que le personnel comprenait mieux la PE et avait une meilleure idée de sa valeur. Le pourcentage du personnel ayant au moins une connaissance fonctionnelle de la PE est passé de 69 % à 89 % après la campagne. Une des dimensions de la PE ayant fait l'objet de la plus grande amélioration était : « Je recherche des données probantes pour appuyer les affirmations et les hypothèses. » Les gestionnaires ont indiqué avoir remarqué que la PE faisait désormais partie du vocabulaire du personnel.

Leçons tirées

Certains obstacles empêchent les membres du personnel d'intégrer la PE à leur travail, comme de lourdes charges de travail et une mauvaise compréhension de son application à leur rôle. Cette initiative était une brève campagne de quatre semaines. Des efforts soutenus seront nécessaires pour transformer la culture organisationnelle de façon à créer une organisation apprenante dans laquelle la PDFDP est comme une seconde nature.

Si un ou plusieurs éléments du matériel de campagne décrit vous intéressent, communiquez avec Kristin Beaton à kbeaton@huroncounty.ca.

Références

- ¹ Hotte, N., Simmons, L., Beaton, K. et The LDCP Workgroup. (2015). *Scoping Review of Evaluation Capacity Building Strategies*. Cornwall, Ontario, Canada.
- ² Akhnif, E., Macq, J., Idrissi Fakhreddine, M.O. et Meessen, B. (2017) Scoping literature review on the Learning Organisation concept as applied to the health system. *Health Research Policy and Systems*, 15, 16.
- ³ Hotte, N. et The Building Evaluation Capacity in Ontario's Public Health Units LDCP Workgroup. (2015). *Evaluation Capacity Assessment Instrument*. Cornwall, Ontario, Canada.
- ⁴ Buckley, J., Archibald, T., Hargraves, M. et Trochim, W.M. (2015). Defining and teaching evaluative thinking: Insights from research on critical thinking. *American Journal of Evaluation*, 36(3), 375-388.
- ⁵ Buckley, J. et Archibald, T. (2011). The Evaluative Thinking Inventory. Disponible à : <http://comm.eval.org/HigherLogic/System/DownloadDocumentFile.ashx?DocumentFileKey=687883a4-0ef5-4312-9b15-8b67ed217434&forceDialog=0>
- ⁶ Hotte, N., Simmons, L., Beaton, K. et The LDCP Workgroup. (2015). *Scoping Review of Evaluation Capacity Building Strategies*. Cornwall, Ontario, Canada.
- ⁷ Buckley, J., Archibald, T., Hargraves, M. et Trochim, W.M. (2015). Defining and teaching evaluative thinking: Insights from research on critical thinking. *American Journal of Evaluation*, 36(3), 375-388.

Prendre des décisions fondées sur des données probantes au sujet des consultations d'enfants bien portants à la santé publique de l'Alberta : un art et une science

J. Cyne Johnston, Farah Bandali, Maureen Devolin, Scarlett Ngoka, Dolly Bondarianzadeh

Services de santé de l'Alberta

Contexte et justification

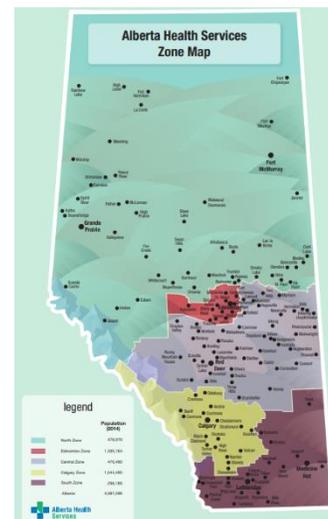
En Alberta, chaque enfant est admissible à des consultations médicales pour enfants bien portants (CMEBP) à sa clinique de santé publique ou communautaire des Services de santé de l'Alberta. Ces consultations incluent tous les vaccins pour enfants subventionnés par l'État ainsi qu'un certain nombre d'activités d'évaluation de la santé, de promotion de la santé et d'éducation. Parmi les exemples de ces activités non liées à la vaccination, mentionnons la mesure de la croissance, les messages liés à la prévention des blessures ainsi que le soutien à l'allaitement et en matière de nutrition. Les dates des CMEBP correspondent au calendrier de vaccination provincial. Les familles se présentent à la clinique lorsque leurs enfants sont âgés de 2, 4, 6, 12 et 18 mois, ainsi qu'avant leur entrée à l'école, entre 4 et 6 ans. En plus de l'évaluation de la santé et de la vaccination, les CMEBP sont l'occasion pour les parents de poser des questions et de prendre contact avec d'autres services communautaires et de santé. En Alberta, 56 428 bébés sont nés en 2015¹, ce qui a donné lieu à environ 282 390 CMEBP en 2015.

Au cours des dernières années, la province a vu augmenter sa population et le nombre de vaccins administrés dans le cadre des CMEBP. Or, le financement et le temps alloué à chaque visite n'ont pas augmenté. Cette situation a entraîné une diminution du temps alloué aux activités de promotion de la santé qui ne sont pas liées à la vaccination. Parallèlement, on a observé des différences régionales entre les activités offertes aux familles dans la province. Bien que les SSA soient le seul fournisseur de soins de santé de la province depuis 2009, il y a encore des différences dans la prestation des services de santé entre les cinq zones régionales. Chaque zone présente des différences géographiques, culturelles et démographiques qui influencent la prestation des services de santé.

Des représentants de chaque zone se sont joints à l'équipe provinciale de promotion de la santé, à des décideurs et à des chercheurs pour choisir les activités non liées à la vaccination qui devraient être systématiquement offertes dans toute la province, ainsi que celles qui devraient être priorisées et celles qui devraient potentiellement être abandonnées. Ce groupe était très motivé à prendre des décisions financièrement responsables et fondées sur des données probantes au sujet des services offerts dans le cadre des CMEBP.

Objectif

Le but de cette initiative était d'examiner et de choisir les activités de santé publique de routine non liées à la vaccination à réaliser dans le cadre des CMEBP dans toute la province de l'Alberta.



Initiative

Dès le début, les parties prenantes se sont engagées à établir des buts et des objectifs pour l'initiative. Ces parties prenantes étaient notamment des gestionnaires et des directeurs opérationnels régionaux de première ligne en santé publique, des chercheurs du domaine de la santé mère-enfant et des experts en promotion de la santé. Ces mêmes parties prenantes ont participé à l'ensemble du processus. Avant la collecte des données probantes, des critères pour la prise de décision et un système de classement ont été définis pour aider à prioriser les activités non liées à la vaccination incluses dans les CMEBP. Parmi les critères considérés comme importants dans la prise de décision, mentionnons les suivants : les pratiques exemplaires éclairées par la littérature, les politiques ou les directives organisationnelles nécessaires aux pratiques, le potentiel d'améliorer la santé de la population, la sécurité des patients, les priorités des parents, l'évaluabilité, la cohérence avec les priorités organisationnelles et la faisabilité. L'exhaustivité de ces critères a ensuite été confirmée en consultant d'autres travaux de l'Alberta, d'autres territoires et de la littérature scientifique et grise².

La collecte de données probantes

Les critères de prise de décision ont aidé le groupe à déterminer les types de données probantes nécessaires pour soutenir la prise de décision et les projets à entreprendre.

Une analyse contextuelle a permis de documenter les pratiques actuelles dans la province. Tous les manuels sur les CMEBP de même que les documents de pratique et de soutien ont été demandés et examinés pour recenser les activités et les interventions actuelles non liées à la vaccination dans les différentes régions (zones). Les données ont ensuite été validées grâce à des entretiens avec des informateurs clés. Il était essentiel de comprendre le détail de chacune des activités, dans chaque région, afin de déterminer les variations dans les pratiques et d'amasser suffisamment de détails au sujet de l'intervention pour ensuite examiner les données probantes. Un exemple d'activité qui était commune aux cinq zones est le dépistage de la dépression post-partum chez les nouvelles mères à l'aide de l'Outil de dépistage de la dépression post-partum d'Édimbourg. L'analyse a relevé des différences dans les valeurs limites utilisées pour identifier les mères à risque ainsi que dans le moment où le dépistage avait lieu. En tout, 19 activités différentes incluses dans les CMEBP ont été répertoriées.

Une revue rapide de la littérature a été réalisée pour chacune de ces activités afin de déterminer si des données probantes soutenaient l'efficacité des pratiques cliniques actuelles. L'initiative a principalement utilisé des revues systématiques, tandis que des lignes directrices pour la pratique clinique et des études individuelles ont été employées lorsqu'il n'existait pas de revues systématiques. Les recherches ont d'abord été effectuées dans la Bibliothèque Cochrane. Google Scholar, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Library (CINAHL), PubMed et Medline ont été utilisés si les recherches dans Cochrane étaient infructueuses. Aucune évaluation formelle de la qualité n'a été réalisée. L'examen des données probantes a permis de mieux comprendre les activités qui étaient efficaces et les détails concernant les meilleures pratiques cliniques.

Les besoins des parents ont été définis à partir d'une revue de la littérature scientifique, de données locales en matière d'évaluation et d'amélioration de la qualité, ainsi que de rapports nationaux examinant les principales préoccupations des parents durant la petite enfance. Les priorités des parents ont été classées en fonction des sujets les plus fréquemment mentionnés. L'allaitement, le sommeil, la prévention des blessures et l'humeur de la mère étaient certaines des principales préoccupations des parents.

Un examen des politiques organisationnelles internes, ainsi que des directives et des priorités provinciales, a été réalisé en cherchant les politiques et les priorités pertinentes dans les sites Web

internes. Les parties prenantes ont aussi été invitées à désigner les politiques régionales qui déterminent les exigences pratiques. Les activités incluses dans les CMEBP qui sont imposées par des politiques et des priorités ont été signalées. Quatre politiques organisationnelles ont été recensées : le dépistage de la dépression post-partum, la mesure de la croissance des enfants, les pratiques de sommeil sécuritaires pour les bébés et les milieux sans fumée.

Le potentiel d'amélioration de la santé de la population a été évalué en examinant les données liées à l'activité tirées d'évaluations de l'état de santé à l'échelle de la population. L'évaluabilité a été mesurée en examinant la capacité à suivre les effets de chaque activité sur la santé grâce aux systèmes de données existants. Les parties prenantes des Services de santé de l'Alberta ont donné leur avis au sujet de la sécurité des patients et de la faisabilité opérationnelle.

Exercice de classement

Une fois que toutes les données probantes ont été amassées et synthétisées, les critères de prise de décision ont été revisités pour évaluer la mesure dans laquelle chacune des activités incluses dans les CMEBP répondait à chaque critère. Pour chaque critère et chaque activité, chaque partie prenante a appliqué de façon indépendante une échelle de trois points. Les points attribués à chaque critère ont été additionnés, ce qui a donné un score total pour chaque activité et pour chaque partie prenante. Les activités incluses dans les CMEBP ont ensuite été classées en ordre descendant pour chaque partie prenante, en fonction des scores totaux. Une analyse Delphi visant à établir un consensus (à partir de la médiane du score agrégé total pour chaque activité) a permis de déterminer le classement définitif des activités³. Ces données de classement ont servi à orienter les conversations et à parvenir à un consensus au sujet des activités à prioriser ou à abandonner dans toute la province.

Évaluation et répercussions

La réussite du projet a été déterminée par la participation continue des parties prenantes et leur satisfaction. Un consensus a été atteint au sujet des activités de santé publique non liées à la vaccination qui devraient être offertes de façon systématique dans le cadre des CMEBP. Les prochaines étapes seront la mise en œuvre et l'évaluation des activités standardisées dans toute l'Alberta.

Leçons tirées

Plusieurs facteurs influencent la prise de décision en santé publique. Il faut considérer des données probantes provenant d'une variété de sources, en raison de la multitude de facteurs qui entrent en ligne de compte dans l'élaboration d'interventions de santé publique. De plus, l'incertitude relevée dans la littérature en santé publique et les difficultés à mesurer les effets sur la santé font en sorte que la prise de décision est à la fois une science et un art.

« De plus, l'incertitude relevée dans la littérature en santé publique et les difficultés à mesurer les effets sur la santé font en sorte que la prise de décision est à la fois une science et un art. »

Un des facteurs qui ont facilité ces efforts est le fait que les SSA ont été fondés il y a plus de dix ans et qu'ils sont restés relativement stables pendant tout ce temps. On peut présumer que l'atteinte d'un consensus aurait été plus difficile si cette initiative avait été lancée au début de la formation d'un système unique de soins de santé. Grâce à cette stabilité, les parties prenantes se connaissaient, car

elles avaient collaboré sur d'autres politiques et projets provinciaux. Un des défis auxquels ce projet faisait face était de réunir des experts de différentes disciplines pour qu'ils prennent des décisions ensemble. Chacun d'entre eux a offert un point de vue différent quant aux « facteurs les plus importants » dans la prise de décision. La création a priori de critères de prise de décision, la participation continue des parties prenantes et la collecte de données probantes provenant d'une variété de sources ont aidé le groupe à atteindre un consensus.

Références

¹ Gouvernement de l'Alberta. (2018). Interactive Health Data Application. Live Birth Data. Disponible à : http://www.ahw.gov.ab.ca/IHDA_Retrieval/selectCategory.do

² Gray, M. (2009). *Evidence-based healthcare and public health: How to make decisions about health services and public health* (3^e éd.). Toronto : Churchill Livingstone.

³ Hsu, C.C. et Sandford, B.A. (2007). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10).

Appetite to Play : l'alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance

Sana Fakh¹, Jennifer McConnell-Nzunga^{1, 2}, Jennifer Scarr¹, PJ Naylor², Kristin McIlhenney³, Alex Wilson⁴, Vanessa Morley⁵, Chris Wright⁶, Nicole Fetterly⁶

¹Child Health BC, ²Université de Victoria, ³YMCA du Grand Vancouver, ⁴Sport for Life, ⁵Childhood Obesity Foundation, ⁶Appetite to Play

Contexte et justification

La période allant de la naissance à cinq ans est un moment où les enfants grandissent rapidement. Ils y acquièrent des habitudes et des comportements qui se prolongeront jusqu'à l'âge adulte, influençant directement leur santé et leur résilience tout au long de leur vie¹. Une alimentation saine et l'activité physique sont deux comportements indispensables à un développement sain de l'enfant. Le Guide alimentaire canadien recommande quatre portions de fruits et de légumes par jour pour les enfants de 2 à 3 ans, et cinq portions pour les enfants de 4 à 8 ans². En ce qui concerne l'activité physique, les enfants de 1 à 4 ans devraient être actifs physiquement 180 minutes par jour, et pour les enfants de 3 à 4 ans, 60 minutes devraient être consacrées au jeu énergétique³. Or, au Canada, moins de 30 % des enfants de 4 à 8 ans mangent le nombre minimum de portions de fruits et de légumes recommandé chaque jour⁴, et seuls 62 % des enfants de 3 à 4 ans atteignent les niveaux d'activité recommandés pour leur groupe d'âge⁵. De plus, 76 % des enfants de 3 à 4 ans passent plus de temps devant un écran pour des activités de loisirs que ce que recommandent les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures⁵, ce qui indique que les comportements sédentaires deviennent de plus en plus courants dans la petite enfance.

Objectif

Appetite to Play est une intervention provinciale en Colombie-Britannique visant à renforcer les capacités des fournisseurs de services à la petite enfance à promouvoir et à soutenir une alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance (de la naissance à cinq ans).

« Appetite to Play est une intervention provinciale en Colombie-Britannique visant à renforcer les capacités des fournisseurs de services à la petite enfance à promouvoir et à soutenir une alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance (de la naissance à cinq ans). »

Plus précisément, l'initiative se concentre sur le renforcement des compétences en matière de littératie alimentaire et de littératie physique dans la petite enfance. La littératie alimentaire couvre les connaissances, les attitudes et les compétences liées à l'alimentation. Elle porte aussi sur le développement d'une relation positive avec la nourriture, sur la compréhension du lien entre les aliments culturels ou traditionnels et le bien-être, et sur la transmission aux enfants des premières compétences en ce qui concerne faire pousser, choisir et cuisiner les aliments. Plus les enfants comprennent l'alimentation, plus ils seront susceptibles d'essayer de nouveaux aliments et d'avoir une alimentation saine. La littératie physique vise à transmettre aux enfants les fondements du mouvement ainsi que la motivation, la confiance et la compétence qui leur permettront de bouger

toute leur vie. Des aptitudes comme sautiller, courir, sauter, lancer et attraper sont des éléments clés d'une vie active.

Initiative

Les fournisseurs de services à la petite enfance (p. ex. les personnes qui travaillent dans des garderies ou des centres de la petite enfance, des garderies en milieu familial, des jardins d'enfants et des



prématernelles, des programmes de participation des parents ou des services de garde après l'école) jouent un rôle important dans la création d'environnements qui favorisent la littératie alimentaire et la littératie physique, étant donné que les enfants passent environ les deux tiers de leur journée (soit sept heures par jour) avec eux.

Appetite to Play consiste en cinq volets principaux auxquels ont accès les fournisseurs de services à la petite enfance :

1. **Une « trousse » destinée aux fournisseurs de services à la petite enfance** qui comprend un site Web interactif (www.appetitetoplay.com) contenant toutes sortes de jeux, d'astuces, d'idées et de recettes concernant l'alimentation saine et l'activité physique et conçus pour que les fournisseurs de services à la petite enfance les utilisent dans leur propre milieu. Ces fournisseurs sont également encouragés à partager ces ressources avec les parents et les familles. Le site Web, mis à jour chaque semaine, contient un ensemble d'outils interactifs visant à aider les fournisseurs de services à la petite enfance à planifier leurs programmes (p. ex. des planificateurs hebdomadaires de repas et d'activités physiques, des auto-évaluations, etc.).
2. **Un ensemble de pratiques recommandées** portant sur l'alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance, mis au point par des experts de toute la province, et lié à la réglementation britanno-colombienne en matière de permis pour les services de garde et aux normes « DOLSOP Active Play and Safe Play Space ».
3. **Des formations en littératie alimentaire et en littératie physique** offertes dans des ateliers en personne et des modules d'apprentissage en ligne.
4. **Du soutien et des communications** sur une base régulière par les réseaux sociaux, des infolettres électroniques, des webinaires et des envois postaux.
5. **Des occasions de réseautage** grâce à la création d'une communauté de pratique portant sur l'alimentation saine et l'activité physique dans la petite enfance.

Appetite to Play intègre les meilleures données probantes d'une foule de manières.

Premièrement, une vaste étude de marché a été réalisée auprès de fournisseurs de services à la petite enfance de toute la Colombie-Britannique pour comprendre les connaissances et l'utilisation actuelles des ressources relatives à une alimentation saine et à l'activité physique; pour évaluer les perceptions, les attitudes et les valeurs par rapport à ces ressources; pour évaluer les facteurs favorables ou nuisibles à l'utilisation de ces ressources; et pour déterminer les informations et les ressources requises par les professionnels de la petite enfance. Ces renseignements ont servi à mettre au point les éléments, les outils et la façon de présenter l'initiative Appetite to Play en Colombie-Britannique. Les fournisseurs de services à la petite enfance avaient aussi leur mot à dire sur le nom de l'initiative, ainsi que sur le marketing et le matériel promotionnel utilisés pour la promouvoir.

Deuxièmement, les organisations partenaires de l'initiative (Child Health BC, le YMCA du Grand Vancouver, la Childhood Obesity Foundation et Sport for Life) ont réuni des spécialistes, désignés par le ministère de la Santé et les autorités de santé de la Colombie-Britannique, pour élaborer et mettre en œuvre des recommandations relatives aux meilleures pratiques concernant [l'alimentation saine](#) et [l'activité physique](#). Ces recommandations ont été mises au point sur la base des données probantes actuelles présentées par les spécialistes et conformément à la réglementation britanno-colombienne en matière de permis pour les services de garde. Ces spécialistes sont aussi régulièrement sollicités pour offrir de la rétroaction sur les messages publiés sur le site Web concernant l'activité physique et l'alimentation saine dans la petite enfance afin de s'assurer que les pratiques exemplaires les plus à jour soient intégrées aux jeux, aux idées, aux astuces, aux recettes et aux autres activités diffusées sur le site.

Troisièmement, un coordonnateur de l'évaluation titulaire d'un doctorat et formé à cette fin s'est joint à l'équipe de projet pour réaliser une évaluation continue du processus, laquelle comprenait des sondages réalisés avant et après les formations; des entretiens qualitatifs avec des fournisseurs de services à la petite enfance, des formateurs et des parties prenantes du projet; une mesure d'audience Web; et de la rétroaction sur l'offre de formation. Les sondages réalisés avant et après les formations abordaient le profil démographique, la connaissance du sujet et la confiance à cet égard, l'intention de changer, l'évaluation des ressources et des concepts liés à la satisfaction quant aux ateliers, en plus de poser des questions sur les politiques de l'établissement et des questions ouvertes sur l'expérience de formation. Un examen de ces données probantes nous a permis de corriger le tir en cours de route et de peaufiner l'initiative au fur et à mesure, par exemple en améliorant le contenu du site Web, en modifiant les méthodes de communication et en apportant des changements à l'administration des évaluations.

Mise en œuvre

Appetite to Play est financé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, à travers une subvention administrée par la BC Alliance for Healthy Living Society. Des subventions ont été accordées dans toute la province à des initiatives qui soutiennent la Stratégie en matière d'activité physique de la Colombie-Britannique, laquelle vise à orienter et à favoriser des politiques, des pratiques et des programmes coordonnés en matière d'activité physique qui amélioreront la santé et le bien-être des Britanno-Colombiens, ainsi que les communautés où ceux-ci habitent, apprennent, travaillent et jouent.

La mise en œuvre d'Appetite to Play se fait par une approche de partenariat coordonnée entre quatre organisations britanno-colombiennes : Child Health BC (l'organisation principale), le YMCA du Grand Vancouver, la Childhood Obesity Foundation et Sport for Life. Chaque organisation joue un rôle précis et possède une expertise spécifique dans ce partenariat. La mise en œuvre est aussi soutenue par un comité consultatif, mis sur pied dans les premières phases de l'initiative. Le comité consultatif est composé de dirigeants d'organisations œuvrant dans le domaine de la petite enfance, d'autorités de santé et de ministères gouvernementaux de toute la province. Ses membres se rencontrent chaque trimestre pour offrir des recommandations et du soutien stratégique à la mise en œuvre et à la promotion d'Appetite to Play.

La formation des fournisseurs de services à la petite enfance de la province se fait selon un modèle qui consiste à « former le formateur ». Trois formateurs principaux ont été instruits sur le contenu de l'atelier en personne de l'initiative Appetite to Play, puis ceux-ci ont à leur tour instruit 75 formateurs

régionaux provenant de différentes communautés géographiques de la province. Les 75 formateurs régionaux ont la responsabilité d'animer les ateliers en personne dans leur propre communauté. La formation en personne offerte dans les communautés aux fournisseurs de services à la petite enfance a été principalement organisée en partenariat avec les Child Care Resource and Referral Centres (CCRR) de la Colombie-Britannique. Les programmes des CCRR offrent des ateliers et de la formation au soutien de services de garde et de programmes de qualité dans le domaine de la petite enfance dans toutes les communautés de la Colombie-Britannique. La formation en personne a aussi obtenu le soutien d'autres programmes du domaine des services de garde et de la petite enfance, comme Franc départ, le YMCA et les loisirs municipaux.

Un aspect important de la mise en œuvre d'Appetite to Play consiste en ses activités de communication et de marketing. Des cartes postales, des brochures, des cadeaux publicitaires et une vidéo promotionnelle ont été créés et utilisés pour promouvoir Appetite to Play auprès des fournisseurs de services à la petite enfance de la province. Les pratiques recommandées par Appetite to Play sont liées à la réglementation en matière de permis et aux normes de pratique du domaine des services de garde. Ainsi, les agents au traitement des permis font la promotion de la formation et des ressources auprès des fournisseurs de services à la petite enfance en les présentant comme des outils pouvant servir à répondre aux exigences relatives aux permis. Les réseaux sociaux (p. ex. Facebook, Twitter et Pinterest) et des infolettres électroniques sont aussi utilisés pour promouvoir le programme.

Évaluation et répercussions

Les répercussions jusqu'à maintenant

L'initiative a été lancée en septembre 2017. En juin 2018, 101 ateliers avaient été offerts dans la province et 1 226 fournisseurs de services à la petite enfance avaient été formés.

Les participants sont invités à répondre à un sondage avant et après l'atelier. Selon 662 sondages réalisés avant et après les ateliers, les participants étaient satisfaits du contenu (97 %) et de la façon dont les ateliers avaient été présentés (96 %). Ils considéraient que le contenu de l'atelier en personne était nouveau (73 %) et utile (96 %). Le test Wilcoxon Signed Rank (SPSS, v. 23) indique qu'en comparaison avec les sondages réalisés avant l'atelier, les connaissances et la confiance augmentaient de façon significative en ce qui concerne l'activité physique, la littératie physique, l'alimentation saine et la littératie alimentaire après les ateliers en personne ($p < 0,001$).

La plupart des participants ont affirmé qu'ils avaient un certain contrôle sur l'activité physique (80 %) et l'alimentation saine (70 %) des enfants dont ils avaient la charge, et qu'ils étaient déterminés et motivés à encourager l'activité physique (90 % et 89 %, respectivement) et l'alimentation saine (87 % et 89 %, respectivement). Les participants aux ateliers pensaient également qu'il était agréable de promouvoir l'activité physique et la littératie physique (91 %), et avaient l'intention de limiter les comportements sédentaires dans leur milieu (85 %). Toutefois, ils ont affirmé que la promotion d'une alimentation saine (27 %) et de l'activité physique (22 %) auprès des enfants dont ils avaient la charge serait difficile pour certains.

Leçons tirées

Un élément essentiel du succès d'Appetite to Play était la participation importante des fournisseurs de services à la petite enfance à la planification et à la conception de l'initiative. Le fait de comprendre

les besoins pratiques des fournisseurs de services à la petite enfance a permis de s'assurer que l'initiative était pertinente, utile, accessible et acceptable aux yeux du public visé.

Un autre élément clé du succès d'Appetite to Play a été la collaboration des quatre organisations partenaires. Elle a permis de mobiliser leurs expertises respectives pour renforcer l'initiative. Plus précisément, Child Health BC apporte son expertise en matière de santé et de développement des enfants pour améliorer l'état de santé et les effets sur la santé des enfants britanno-colombiens; le YMCA du Grand Vancouver partage son expertise quant à la coordination de la formation dans la province; Sport for Life contribue son expertise sur le plan de la littératie physique et de l'activité physique chez les enfants et les jeunes; et la Childhood Obesity Foundation offre son expertise sur l'alimentation saine et la littératie alimentaire pour les enfants et les jeunes. De plus, le fait d'avoir un comité consultatif offrant conseils et soutien à l'initiative a favorisé son adoption dans la province.

Enfin, une approche par paliers concernant l'offre des ateliers en personne était aussi importante. L'équipe centralisée, qui est surtout située à Vancouver et à Victoria, ne comprend pas les circonstances locales et les besoins de toutes les communautés de la Colombie-Britannique. Le fait de s'assurer que des formateurs offrent les ateliers dans les communautés où eux-mêmes vivent, travaillent et ont déjà établi des relations est important pour l'offre et l'utilisation de la ressource.

Références

- ¹ Waldfogel, J. (2004). *Social Mobility, Life Changes, and the Early Years*, CASE Paper 88. Londres : London School of Economics.
- ² Santé Canada. (2016). *Les guides alimentaires du Canada*. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/guides-alimentaires-canada.html>.
- ³ SCPE. (2017). *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants de 0 à 4 ans : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil*. Disponible à : <http://csepguidelines.ca/early-years-0-4/>.
- ⁴ Statistique Canada. (2004). *Nutrition : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vue d'ensemble des habitudes alimentaires des Canadiens*. Division de la statistique de la santé.
- ⁵ ParticipACTION. (2018). *Le Bulletin de l'activité physique chez les jeunes de ParticipACTION 2018*. Disponible à : https://www.participaction.com/sites/default/files/downloads/le_bulletin_de_lactivite_physique_chez_les_jeunes_de_participaction_-_2018.pdf

Active & Safe Central : la prévention des blessures dans les activités sportives et récréatives

D^{re} Shelina Babul (co-chercheuse principale)¹, D^r Ian Pike (co-chercheur principal)¹, D^{re} Amanda Black², Sarah Richmond³, Kate Turcotte¹, Samantha Bruin¹

¹BC Injury Research and Prevention Unit; British Columbia Children's Hospital; Université de la Colombie-Britannique, ²Université de Calgary, ³Santé publique Ontario

Contexte et justification

Les blessures liées aux sports et aux activités récréatives entraînent des coûts importants, qui se traduisent en baisse de la productivité ainsi qu'en répercussions sur le système de santé et la qualité de vie en général. Malgré les risques de blessures, l'activité physique par la participation aux sports et aux activités récréatives a d'importants bénéfices pour la santé et ne devrait pas être évitée. L'activité physique est l'une des stratégies recommandées pour maintenir un poids santé et prévenir plusieurs problèmes de santé, y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète et certains types de cancer. Bien que certaines interventions fondées sur des données probantes favorisent la réduction des risques de blessures dans différents sports^{1,2,3}, l'accès à ces informations peut être difficile, et des orientations sont souvent requises pour bien les appliquer.

Objectif

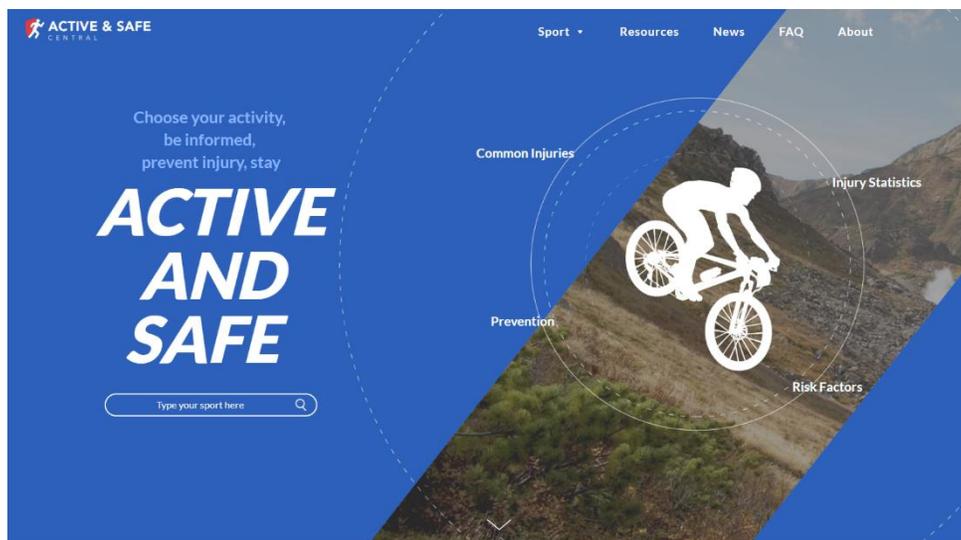
Active & Safe Central répond au besoin d'avoir facilement accès à des informations fondées sur des données probantes et aisément transposables pour réduire le risque de blessures liées au sport et aux activités récréatives chez les enfants et les jeunes de 6 à 19 ans et les adultes. À long terme, les résultats attendus de cette initiative sont une réduction du nombre et du taux de blessures graves liées au sport et aux activités récréatives.

Initiative

« Active & Safe Central répond au besoin d'avoir facilement accès à des informations fondées sur des données probantes et aisément transposables pour réduire le risque de blessures liées au sport et aux activités récréatives chez les enfants et les jeunes de 6 à 19 ans et les adultes. »

Active & Safe Central est une ressource en ligne offrant de l'information liée à la prévention des blessures pour plus de 50 sports et activités récréatives. L'élaboration de cette ressource s'est appuyée sur une stratégie en six phases mise au point par les membres de l'équipe de projet et des parties prenantes clés, y compris SportMedBC, viaSport British Columbia, Parachute, le Sport Injury Prevention Research Centre, l'Université de Calgary et la BC Recreation and Parks Association. L'initiative Active & Safe Central est gérée par la BC Injury Research and Prevention Unit et financée par la province de la Colombie-Britannique, grâce à une subvention administrée par la BC Alliance for Healthy Living. Des subventions ont été accordées dans toute la province à des initiatives qui soutiennent la Stratégie en matière d'activité physique de la Colombie-Britannique, laquelle vise à orienter et à favoriser des politiques, des pratiques et des programmes coordonnés en matière

d'activité physique qui amélioreront la santé et le bien-être des Britanno-Colombiens, ainsi que les communautés où ceux-ci habitent, apprennent, travaillent et jouent.



Phase 1 : prioriser les sports et les activités récréatives, et recruter des personnes pour réaliser la synthèse des données probantes

Plus de 60 sports et activités récréatives ont été répertoriés dans le but d'être inclus dans la ressource Active & Safe Central. Pour la réalisation des recensions de données probantes, les sports et les activités récréatives ainsi répertoriés ont été regroupés en catégories sur la base de mouvements similaires (p. ex. les sports de raquette). De plus, pour chaque sport, une recherche préliminaire par indicateur a été réalisée pour évaluer le volume de documentation.

Des stagiaires du Canadian Injury Prevention Trainee Network (Réseau canadien de stagiaires en prévention des blessures, <http://ciptn.org/>) ont réalisé des recensions de données probantes et des rapports sommaires. Ce réseau a été mis sur pied en 2013, en s'inspirant du modèle de l'équipe des IRSC sur la prévention des blessures chez les enfants et les adolescents (2010-2016, <http://childinjuryprevention.ca>). Le réseau a été créé pour offrir des occasions de perfectionnement professionnel et d'emploi à des étudiants aux cycles supérieurs démontrant un intérêt envers la prévention des blessures. Sous étroite supervision, 18 étudiants aux cycles supérieurs de tout le Canada ont travaillé de façon indépendante ou deux par deux pour élaborer des stratégies de recherche en consultation avec un bibliothécaire universitaire et pour examiner les données probantes.

Phase 2 : réalisation des recensions et des sommaires

Un cadre de synthèse des données probantes a été utilisé pour amasser et synthétiser les données probantes relatives à la prévention des blessures pour tous les sports et les activités récréatives répertoriés⁴. Pour les recensions, les indicateurs comprenaient notamment l'incidence des blessures, les facteurs de risque et de protection, les interventions et les renseignements concernant la mise en œuvre ou l'évaluation des interventions.

Les recherches ont été lancées en utilisant une approche hiérarchique des données probantes⁵ pour tous les sports et les activités récréatives répertoriés. Une recherche a été faite dans les exposés sommaires pour obtenir un portrait complet de l'incidence, des facteurs de risque et de protection, et des interventions pour réduire les répercussions des blessures. Lorsqu'aucun exposé sommaire ne pouvait être trouvé, une recherche par indicateur a été faite dans les revues systématiques publiées au cours des dix dernières années (de 2007 à 2017). En l'absence de revues systématiques, ou lorsque les revues avaient été publiées avant 2007, une recherche par indicateur a alors été faite dans les études primaires.

En plus d'examiner la littérature publiée, les chercheurs ont fouillé les sites de littérature grise ou d'organisations publiant des recommandations à l'égard des pratiques exemplaires en prévention des blessures. Parmi ces organisations, mentionnons des organisations du domaine de la prévention des blessures (p. ex. le Sport Injury Prevention Research Centre), des sites gouvernementaux liés à la santé (p. ex. l'Agence de la santé publique du Canada), des organisations non gouvernementales (p. ex. Parachute) et des organisations liées à un sport en particulier (p. ex. Hockey Canada).

Les données tirées des études répertoriées ont été récupérées et leur qualité a été évaluée à partir des outils suivants, au besoin :

- l'Outil d'évaluation de la qualité de Health Evidence⁶ (revues systématiques — facteurs de risque et études sur les interventions);
- l'Outil d'évaluation critique Downs and Black⁷ (études primaires);
- l'Outil MORE⁸ (revues systématiques et études primaires — études d'incidence ou de prévalence).

Pour chaque sport et activité récréative, les chercheurs ont intégré des informations provenant de la revue dans un outil de synthèse des données probantes ainsi que dans un rapport sommaire. En raison des lacunes de la littérature concernant certains sports et activités récréatives, au total, 51 outils de synthèse des données probantes et rapports sommaires spécifiques à certains sports ont été créés et partagés avec les spécialistes pour déterminer les écarts potentiels dans les données probantes synthétisées.

Extrait de la recension des données probantes concernant le soccer (https://activesafe.ca/wp-content/uploads/2018/04/Soccer_Final.pdf) :

Evidence Synthesis Tool

SPORT:	Soccer		Target Group:	Male and Female Players
Injury Mechanisms:	Common injuries: Ankle injuries, knee injuries, concussions, hamstring injuries and groin injuries Common injury Mechanisms: Contact and non-contact; Running; Overstretched muscles during active/dynamic movements; forced inversion or eversion trauma/movement to the ankle; forced valgus or varus trauma to the knee; direct impact on the body			
Incidence/Prevalence	Risk/Protective Factors	Interventions	Implementation/Evaluation	Resources
All Injury Male Elite Youth <ul style="list-style-type: none"> • Overall (range) = 2.0 to 19.4 injuries/1000h • Game = 9.5 to 48.7 injuries/1000h • Practice = 3.7 to 11.4 injuries/1000h.¹ Male Professional Adult Overall (range) = 7.5 to 9.4	Modifiable Risk Factors Male: Ankle Injuries <ul style="list-style-type: none"> • Lower extremity Power Output Score < 30W/kg: OR = 9.2 (95% CI; 1.13 to 75.09)¹ • Poorer Balance Scores: OR = 0.43 (95% CI; 0.21 to 0.89).¹ Female: Ankle Injuries <ul style="list-style-type: none"> • Lower Knee Valgus Angle (in a 	There is extensive evidence (including level 1 evidence) that exercise-based interventions in the form of neuromuscular training programs are effective in reducing all soccer-related injuries (acute and overuse) across all levels of participation. <ul style="list-style-type: none"> • An injury risk reduction of 30% to 70% was reported for the 11+ Warm-up Program;¹⁻⁴ • 50% to 60% for the Knee Injury 	Evaluation Frameworks Literature relating to implementation research for effective interventions such as the 11+ and other NMT programs is still sparse (no systematic review); ¹⁻⁶ however, only 1 study reported using an implementation framework in the evaluation of an NMT program for knee/ACL prevention. ⁷ In this study, the RE-AIM SSM was used	Program Delivery To run the 11+ programs, a soccer coach would need to be trained either through an organized coach-workshop or self-training using freely available resources online: https://goo.gl/tJDUKN Most NMT programs do not require the use of equipment, e.g. 11+, however, some might

Works Cited: 1. Pfirrmann et al. (2016). Analysis of injury incidences in male professional adult and elite youth soccer players: A systematic review. <i>Journal of Athletic Training</i> 51(5) 410-424	Works Cited: 1. Henry et al. (2016). Risk factors for noncontact ankle injuries in amateur male soccer players: A prospective cohort study. <i>Clinical Journal of Sport Medicine</i> , 26(3), 251-258	Works Cited: 1. Barengo et al. (2014). The impact of the FIFA 11+ training program on injury prevention in football players: A systematic review. <i>International Journal of Environmental Research in Public Health</i> 11 11986-12000	Works Cited: 1. Steffen K, Meeuwisse WH, Romiti M. (2013). Evaluation of how different implementation strategies of an injury prevention programme (FIFA 11+) impact team adherence and injury risk in	Works Cited: 1. Bizzini M, Junge A, Dvorak J. (2013). Implementation of the FIFA 11+ football warm up program: How to approach and convince the Football associations to invest in
--	--	--	--	--

Phase 3 : stratégie d'application des connaissances et plan de marketing numérique

Le contenu et les publics cibles de la ressource Active & Safe Central ont été déterminés à partir des recensions de données probantes et des rapports sommaires. Un plan de marketing numérique a été mis au point pour inclure les réseaux sociaux, un communiqué de presse et d'autres modes de communication.

Phase 4 : document d'orientation pour la ressource centrale en ligne

Un document d'orientation précisant le contenu et la stratégie de présentation d'Active & Safe Central a été élaboré. Celui-ci décrit l'organisation et fournit une description détaillée des pages de contenu numérique portant sur les sports et les activités récréatives. Cette vision a été peaufinée au cours de la démarche de conception de l'adaptation numérique, guidée par les commentaires de participants à des groupes de discussion, lesquels comprenaient des athlètes étudiants, des parents, des organisations sportives provinciales ainsi que des parties prenantes et des chercheurs du domaine de la prévention des blessures.

Phase 5 : contenu des modules de formation destinés aux publics cibles

Les objectifs de la ressource Active & Safe Central étaient notamment d'améliorer l'accès des utilisateurs à de l'information fondée sur des données probantes concernant les blessures liées aux sports et aux activités récréatives, et de soutenir la mise en œuvre de stratégies de prévention des blessures. Au lieu de répéter les efforts d'autres groupes œuvrant dans le domaine des blessures sportives, Active & Safe Central offre des liens vers les documents numériques fondés sur des données probantes qui existent en matière de prévention des blessures, y compris les suivants :

- des modules d'entraînement neuromusculaire pour la prévention des blessures sportives dans les contextes d'éducation physique en basket-ball créés par le Sport Injury Prevention Research Centre de l'Université de Calgary;
- l'application d'entraînement *Get Set* du Comité international olympique (<https://itunes.apple.com/ca/app/get-set-train-smarter/id894609112?mt=8> et <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.olympic.app.getset&hl=fr>);
- la ressource *Fit to Play* de l'Oslo Sport Trauma Research Center (<http://fittoplay.org/>);
- la série d'échauffement « 11+ » (<https://www.youtube.com/watch?v=RSJlp7e7fyY&list=PLAPyvPaEZQXmX02V78z-je7e92iLfvD-G>).

Phase 6 : mise au point des ressources Active & Safe Central, lancement et évaluation

Le contenu des recensions de données probantes a été transposé dans des messages clairs à utiliser en format numérique. Ceux-ci comprenaient notamment des renseignements sur l'incidence des blessures, les zones du corps qui sont couramment blessées, les facteurs de risque de blessures et les stratégies de prévention, ainsi que toute information amassée au sujet de la mise en œuvre ou de l'évaluation de stratégies de prévention. Des pages de contenu numérique sur le sport et les activités récréatives ont été remplies de renseignements liés à la prévention des blessures spécifiques à

certaines sports et activités récréatives, en plus de messages visuellement accrocheurs qui ont été personnalisés pour les participants et les parents, les entraîneurs et les enseignants, les responsables et les administrateurs, ainsi que les professionnels de la santé.

Dans la section « Prévention » de la ressource, des stratégies de prévention fondées sur des données probantes spécifiques à certains sports et activités récréatives sont fournies. Toutefois, pour certains sports et activités récréatives, les données probantes au soutien de programmes précis de prévention des blessures étaient limitées. Dans ces cas, les recommandations en matière de prévention des blessures ont été formulées à partir d'activités comportant des mouvements semblables ou entraînant des types de blessures similaires. De plus, une section « Autres considérations » a été créée pour inclure des informations utiles recueillies dans le cadre de la recherche de littérature grise. Bien que ces informations ne se trouvaient pas dans la littérature scientifique, elles avaient l'appui de spécialistes de chaque sport ou activité (p. ex. des organisations locales ou des spécialistes de la santé).

Diffusion de la ressource

Active & Safe Central a été lancé à l'adresse activesafe.ca le 10 mai 2018, lors de la journée mondiale de l'exercice physique. Un communiqué de presse a été publié par l'institut de recherche du British Columbia Children's Hospital et des liens ont été diffusés dans les réseaux sociaux, sur le site Web du BC Injury Research and Prevention Unit et dans son infolettre (www.injuryresearch.bc.ca). Les partenaires du projet ont également diffusé la ressource dans leurs réseaux partout au Canada.

Évaluation, répercussions et efforts continus

Le [communiqué de presse](#) a généré dix articles de presse dans les médias de la Colombie-Britannique. Des publicités sur Facebook qui faisaient la promotion de l'outil et de l'évaluation en ligne ont suscité plus de 300 consultations de la ressource au cours des sept jours ayant suivi le lancement. Les premiers résultats du lancement indiquent qu'Active & Safe Central est une ressource utile qui fournit aux Canadiens des renseignements sur la prévention des blessures liées aux sports et aux activités récréatives. Au cours des 40 premiers jours ayant suivi le lancement, le site Web d'Active & Safe Central a reçu 2 306 visites, 6 340 pages ont été consultées et 87 personnes ont participé à une évaluation du site. Dans l'ensemble, 94 % des répondants étaient d'accord pour dire qu'Active & Safe Central est une ressource utile, 90 % affirmaient qu'ils avaient appris quelque chose de nouveau et 90 % étaient d'avis que le site Web est convivial. Par ailleurs, 87 % des répondants étaient d'accord avec le fait qu'ils utiliseront les stratégies recommandées en matière de prévention des blessures, 86 % prévoyaient partager avec d'autres ce qu'ils avaient appris et 94 % disaient qu'ils recommanderaient ce site Web à d'autres personnes.

Parmi les efforts permanents consacrés à Active & Safe Central, mentionnons la promotion constante de la ressource par le BC Injury Research and Prevention Unit dans les réseaux sociaux, les présentations dans des conférences, la production de ressources de prévention informatives en format vidéo (p. ex. sur la littératie physique, la charge d'entraînement, l'entraînement neuromusculaire et l'hygiène du sommeil) et l'écriture de manuscrits. Les nouvelles données probantes sur la prévention des blessures liées aux sports et aux activités récréatives seront examinées deux fois par année, et la ressource sera mise à jour au fur et à mesure que de nouvelles informations seront rendues disponibles.

Leçons tirées

La principale difficulté de la création d'Active & Safe Central fut le travail nécessaire pour réaliser simultanément des recensions de données probantes sur de très nombreux sports et activités récréatives. Cette difficulté a été surmontée en regroupant des activités, en attribuant les sujets en fonction de la quantité de littérature trouvée dans le cadre des recherches préliminaires, et en s'associant au Canadian Injury Prevention Trainee Network. La leçon que nous en avons tirée est que le Canadian Injury Prevention Trainee Network est en mesure de réaliser simultanément et efficacement plusieurs recensions de données probantes connexes, et que ce partenariat a été indispensable à la réussite du projet.

Références

- ¹ MacKay, M., Scanlan, A., Olsen, L., Reid, D., Clark, M., McKim, K. et Raina, P. (2004). Looking for the evidence: a systematic review of prevention strategies addressing sport and recreational injury among children and youth. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 58-73.
- ² Emery, C.A., Cassidy, J.D., Klassen, T.P., Rosychuk, R.J. et Rowe, B.H. (2005). Effectiveness of a home-based balance-training program in reducing sports-related injuries among healthy adolescents: a cluster randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 172(6), 749-754.
- ³ Emery, C.A., Roy, T.O., Whittaker, J.L., Nettel-Aguirre, A. et Van Mechelen, W. (2015). Neuromuscular training injury prevention strategies in youth sport: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 49(13), 865-870.
- ⁴ Chambers, A., Richmond, S.A., Logan, L., Macarthur, C. et Mustard, C.A. (2014). The development of a framework to integrate evidence into a national injury prevention strategy. *Journal of Public Health*, 37(4), 671-677.
- ⁵ Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. (2014). Santé publique fondée sur des données probantes. Rechercher : rechercher de manière efficace les données fournies par la recherche. Disponible à : <http://www.nccmt.ca/fr/au-sujet-du-ccnmo/eiph/rechercher>
- ⁶ Health Evidence. (2018). Outil d'évaluation de la qualité. Disponible à : <https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/quality-assessment-tool-dictionary-fr.pdf>
- ⁷ Downs, S.H. et Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(6), 377-384.
- ⁸ Shamliyan, T., Kane, R.L. et Dickinson, S. (2010). A systematic review of tools used to assess the quality of observational studies that examine incidence or prevalence and risk factors for diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(10), 1061-1070.