



Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Institut des services et
des politiques de la santé des IRSC

AGIR ET RÉAGIR FACE AUX DONNÉES PROBANTES



Recueil de cas d'application
des connaissances relatives à la recherche
sur les services et les politiques de la santé



IRSC CIHR

Canada



Institut des services et des politiques de la santé des IRSC

AGIR ET RÉAGIR FACE AUX DONNÉES PROBANTES



Recueil de cas d'application
des connaissances relatives à la recherche
sur les services et les politiques de la santé



IRSC CIHR

Instituts de recherche en santé du Canada
160, rue Elgin, 9^e étage
Indice de l'adresse 4809A
Ottawa (Ontario) K1A 0W9 Canada

Aussi affiché sur le Web en format PDF et HTML
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada (2006)
N^o de cat. : MR21-71/2006F-PDF
ISBN : 0-662-71091-6



TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Avant-propos	6
Application des connaissances et sécurité des patients : une étude canadienne sur les événements indésirables .	9
Application des connaissances en vue de modifier les pratiques liées à la santé mentale des enfants	13
Un modèle concerté d'application des connaissances pour le changement durable de la pratique	19
Élaborer un modèle de partage des soins liés aux maladies chroniques	23
SEARCH Canada : renforcer les capacités des organismes de santé à créer des connaissances et à les utiliser . . .	27
Réagir de l'intérieur : femmes et actes autodestructeurs	33
Alliance de chercheurs communautaires pour améliorer les soins de plaies chroniques	37
PRISMA : intégration des services de maintien de l'autonomie	43
Le Réseau néonatal canadien ^{MC} , nouveau modèle d'application des connaissances	47
Formation continue en pharmacothérapie dans le cadre de l' <i>Alberta Drug Utilization Program</i>	53
Projet pilote de courtiers de connaissances pour la promotion de soins intégrés de l'AVC au Canada atlantique	57
Projet « Champions du savoir » du <i>Toronto East Network</i>	61
Avancement de la pratique infirmière en Colombie-Britannique	65
Adoption du bilan comparatif des médicaments et des services de soins continus	71
Initiative nationale d'application des connaissances en vue de promouvoir la recherche sur l'autonomie des aînés	75
Exemple concret d'application des connaissances : l'équipe <i>Need To Know</i> du Manitoba	79
Entre l'arbre et l'écorce : les défis de travailler avec des associations de défense et des groupes de fournisseurs de soins de santé	85
La problématique des soins respectueux de la culture dans les communautés autochtones	89
Diffusion de lignes directrices au moyen de réseaux de soins intégrés : leçons tirées des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires pour les soins aux victimes d'AVC en Ontario	93
Centre <i>CanChild</i> pour la recherche sur les incapacités infantiles	99
Élargir des réseaux établis d'application des connaissances pour répondre à une communauté en détresse	103
Une alliance pluridisciplinaire et multisectorielle pour améliorer l'utilisation des médicaments en Nouvelle-Écosse	107
Utilisation d'un programme d'ambassadeurs pour améliorer la prise en charge de la douleur chronique	113
Une approche concertée fondée sur les preuves en vue d'améliorer la santé et la sécurité au travail	117

REMERCIEMENTS

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des IRSC aimerait remercier les personnes suivantes qui ont généreusement consacré temps et connaissances à la création de son premier Recueil de cas d'application des connaissances.

- L'équipe principale chargée de la mise en œuvre du projet, notamment Michelle Gagnon pour la supervision et la direction du projet; Heidi Matkovich pour son étroite collaboration avec les auteurs des témoignages, les membres du conseil consultatif de l'Institut (CCI) et le personnel de rédaction du recueil; Leanne Moussa pour ses conseils en matière de communications stratégiques; Lori Greco et Liz Stirling pour leur expertise et soutien en application des connaissances; ainsi que Kim Gaudreau pour sa collaboration à la révision des résumés des témoignages.
- Le comité de révision du recueil, notamment Irving Gold, Suzanne Lawson, Anne McFarlane et Laurence Thompson (président du comité) du Groupe de travail du CCI sur l'application des connaissances de l'ISPS, de même que Michèle O'Rourke et Heidi Matkovich, le personnel de l'ISPS, ainsi que Liz Stirling de la Direction de l'application des connaissances des IRSC qui ont révisé les résumés de cas.
- Morris Barer, directeur scientifique, attaché à l'ISPS, Diane Watson, directrice associée de l'ISPS et Laurence Thompson, membre du Conseil consultatif de l'ISPS, pour leurs conseils et leur soutien.

Les points de vue exprimés dans ce rapport
ne représentent pas nécessairement les opinions des
Instituts de recherche en santé du Canada.



MANDAT DES IRSC

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont l'organisme de recherche en santé du gouvernement du Canada. Leur objectif est de créer de nouvelles connaissances scientifiques et de favoriser leur application en vue d'améliorer la santé, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé canadien. Composés de 13 instituts, les IRSC offrent leadership et soutien à près de 10 000 chercheurs et stagiaires en santé partout au Canada.

MANDAT DE L'ISPS

L'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des IRSC s'engage à appuyer des initiatives en matière de recherche innovatrice, de renforcement des capacités et d'application des connaissances conçues pour améliorer l'organisation, la réglementation, la gestion, le financement, le paiement, l'utilisation et la prestation des services de soins de santé, dans le but d'améliorer la santé et la qualité de vie de toute la population canadienne.



AVANT-PROPOS

L'application des connaissances (AC) est un vaste concept, qui englobe toutes les étapes depuis la création de nouvelles connaissances et leur application jusqu'à la production de résultats avantageux pour la société. De bonnes stratégies d'AC peuvent inclure des initiatives de liaison et d'échange, de communication et d'éducation, de changement de politiques et d'amélioration de programmes et de pratiques.

Pour les IRSC, une AC réussie se définit comme l'échange, la synthèse et l'application éthique des connaissances – dans un ensemble complexe d'interactions entre chercheurs et utilisateurs – pour accélérer la concrétisation des avantages de la recherche pour les Canadiens, à savoir une meilleure santé, de meilleurs produits et services et un système de santé renforcé. La stratégie d'AC des IRSC repose essentiellement sur l'appui et la reconnaissance de l'excellence en matière d'AC et sur la présence des IRSC comme ressource pour l'AC au Canada.

Au début de 2005, l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC a lancé un appel visant à solliciter des résumés de cas d'AC qui présentaient des exemples réussis ou non de création en collaboration et d'utilisation pratique de données de recherche sur les services et politiques de la santé. Nous souhaitons favoriser et reconnaître les activités d'application des connaissances, ainsi que créer un moyen de diffuser et de partager des expériences d'AC.

Nous avons également voulu souligner l'incidence que pourraient avoir les résultats de recherche relatifs aux services et aux politiques de la santé sur la façon dont les changements sont apportés aux politiques et à la pratique. Les organismes de santé, les chercheurs et les décideurs s'intéressent de plus en plus aux expériences d'AC qui aident à mieux comprendre l'AC et ses pratiques exemplaires.

Nous avons invité des personnes, des équipes et des organismes du milieu des services et des politiques de la santé – plus précisément dans les domaines prioritaires nationaux de recherche et d'AC relevés dans le document *À l'écoute II* – afin qu'ils contribuent au présent recueil[†]. Les cas ont été sélectionnés après l'examen des résumés soumis.

Ce recueil représente un vaste échantillon d'expériences, allant de la création préliminaire de partenariats en vue de l'application future des connaissances dans des collectivités autochtones jusqu'à l'utilisation de réseaux d'AC établis pour répondre rapidement à une collectivité en crise. On y retrouve des modèles d'AC largement acclamés, comme SEARCH Canada, PRISMA et l'équipe manitobaine *Need to Know*, mais le recueil souligne également les efforts déployés en vue d'établir de nouveaux types de partenariats : entre les chercheurs et les organismes communautaires, entre les chercheurs et les groupes de défense et entre de multiples partenaires et des courtiers et champions du savoir affectés à l'AC.

Les cas présentés dans ce recueil reposent sur l'expérience personnelle. Nous avons demandé aux auteurs d'admettre, en toute franchise, leurs réussites et leurs échecs et de raconter, à partir de leurs propres expériences, ce qui a fonctionné et ce qui a échoué, ainsi que les leçons qu'ils en ont tirées. Ce recueil ne se veut pas un substitut aux connaissances tirées de l'examen systématique des ouvrages de plus en plus nombreux portant sur l'AC. Cependant, bon nombre de ces cas véhiculent des thèmes communs, quant aux travaux sur l'AC dans le contexte canadien.

* *À l'écoute II* est une consultation nationale sur les enjeux relatifs aux services et aux politiques de la santé pour 2004-2007. Le rapport final peut être lu à l'adresse <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/20461.html>.

† L'Institut de la santé publique et des populations des IRSC, en partenariat avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne, a parallèlement produit un Recueil de cas d'application des connaissances.

Enseignements tirés

- **L'application efficace des connaissances exige des relations durables à long terme.** De telles relations sont rarement appuyées par les modèles et les mécanismes actuels de financement. Parmi certains des exemples les plus réussis d'AC, il y a la transformation de relations existantes en programmes subventionnés intégrant des objectifs d'AC. Toutefois, dans les premières étapes d'une initiative d'AC, les cycles de financement concurrentiels peuvent créer des délais irréalistes pour établir un climat de confiance et de compréhension, ainsi que des objectifs communs. C'est particulièrement le cas des activités dont les partenaires proviennent d'un milieu communautaire, qui peuvent exiger au début un important investissement en temps pour que chacun comprenne les nouveaux contextes, besoins et attentes.
- **Les activités d'AC sont nourries par des relations directes.** Dans presque tous les cas présentés dans ce document, la réussite repose sur une certaine forme d'interactions directes entre les partenaires. Le contact personnel avec les praticiens est la forme d'AC la plus précieuse, surtout lorsqu'il s'agit d'initiatives de formation et d'éducation. Par contre, c'est là un des éléments d'une stratégie d'AC qui exige le plus de temps et d'argent et pour lequel les modèles de financement en place offrent peu de soutien.
- **On accorde souvent très peu d'importance à l'AC.** Fréquemment, le soutien accordé à l'AC n'est guère plus qu'un engagement personnel à l'égard de la recherche, du changement des pratiques ou d'une communauté, et l'on sait très bien que ces activités ne seront probablement pas reconnues par les comités responsables des promotions et des mandats. Sans minimiser le besoin de changement dans ce domaine, il faut tout de même souligner que la synergie qui découle du travail en partenariat est un avantage qui peut combler les lacunes en ressources et offrir une « satisfaction professionnelle » moins tangible.
- **Employées seules, les activités d'AC ne sont souvent pas suffisantes pour induire un changement.** L'AC doit se produire dans un climat organisationnel positif. Les partenaires décideurs doivent avoir un intérêt dans la recherche et être en mesure d'en absorber les résultats. Ils doivent comprendre l'incidence de ces données dans un environnement propre à la prise de décisions et être prêts à orchestrer un changement fondé sur des données probantes. La direction doit essentiellement se rallier au projet d'AC qui a été élaboré pour que les changements aux programmes et aux politiques prennent effet. Le renforcement des capacités individuelles en vue d'élaborer et d'utiliser des données de recherche est beaucoup plus rentable au sein d'une organisation qui favorise l'utilisation de ces données pour améliorer les pratiques et les programmes.
- **Le changement amorcé par les pairs joue un rôle majeur.** Un élément organisationnel important dont il faut tenir compte, surtout pour les initiatives de formation et d'éducation, est le rôle que joue le changement amorcé par les pairs. Au moins trois des cas présentés dans ce recueil portent sur des activités qui font appel à des pairs respectés pour promouvoir l'adhésion aux données de recherche et leur utilisation pour influencer le changement des pratiques. À l'externe, les praticiens de première ligne peuvent également faire un essai indépendant des nouvelles pratiques fondées sur l'expérience clinique et en faciliter l'acceptation par le biais d'associations et de réseaux professionnels.

- **Les activités d'AC peuvent susciter trop d'enthousiasme.** Dans un sens, il est encourageant de constater que les auteurs de deux cas présentés dans ce recueil ont dû conclure que les activités d'AC peuvent susciter trop d'enthousiasme. Les organismes partenaires peuvent donner suite aux conclusions d'une recherche de façon prématurée ou corriger d'emblée les problèmes identifiés avant la fin de la recherche nécessaire. Ces importantes leçons font ressortir que le niveau actuel d'AC au pays n'a pas encore atteint sa pleine maturité.

Nous espérons que ce recueil deviendra une ressource précieuse pour les diverses communautés de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada. Bien que nous ayons l'intention de le faire suivre de nombreux autres efforts similaires pour illustrer l'application des données de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada, ce recueil est un projet pilote qui sera évalué en fonction de son utilité comme source d'information sur l'application des connaissances. Vos commentaires sur son contenu, sa présentation, sa diffusion ou tout autre aspect de ce projet sont donc les bienvenus.



Morris Barer
Directeur scientifique
Institut des services et des politiques de la santé des IRSC



APPLICATION DES CONNAISSANCES ET SÉCURITÉ DES PATIENTS : UNE ÉTUDE CANADIENNE SUR LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

G. Ross Baker, Ph.D., Université de Toronto
Peter Norton, M.D., Université de Calgary
Virginia Flintoft, M.Sc., Université de Toronto

« *The Canadian Adverse Events Study* » est la première étude nationale sur les événements indésirables qui surviennent dans les hôpitaux canadiens. L'équipe, qui a tiré des leçons de la controverse sur des études similaires dans d'autres pays, a participé à d'importantes activités d'application des connaissances (AC) tout au long du projet. Grâce à des réunions, des communications virtuelles et d'autres outils, l'équipe a préparé la plupart des intervenants canadiens à la publication de l'étude, qui ont pu ainsi, à l'avance, mettre sur pied des initiatives à l'égard de la sécurité des patients. Toutefois, à la publication de l'étude, l'attention portée sur les politiques s'est rapidement déplacée sur d'autres préoccupations, et l'engagement à long terme nécessaire pour améliorer la sécurité des soins de santé demeure incertain.

Contexte

Au printemps 2002, un groupe de chercheurs provenant de sept universités canadiennes a obtenu des fonds pour réaliser la première étude nationale des événements indésirables dans les hôpitaux du Canada, qu'ils ont intitulée *The Canadian Adverse Events Study*¹. Les événements indésirables sont des blessures ou des complications non intentionnelles qui entraînent une incapacité, le décès ou une hospitalisation prolongée, et sont dus aux soins prodigués aux patients, non à une maladie ou à un état sous-jacent.

Des études menées dans d'autres pays sur les événements indésirables ont révélé un niveau imprévu de blessures – et ont souvent eu des effets inattendus. Par exemple, l'annonce prématurée des résultats d'une étude australienne par le ministre fédéral de la santé a nuï pendant plusieurs années aux relations entre l'association médicale de l'Australie et le gouvernement fédéral de ce pays. Aux États-Unis, l'étude *Harvard Medical Practice Study* a eu peu d'impact sur les politiques lors de sa publication en 1991, mais les données de cette étude et d'autres travaux ont fait la manchette en 1999 quand elles ont été reprises dans un percutant communiqué de presse sur un rapport de l'IOM (Institute of Medicine) selon lequel « de 44 000 à 98 000 Américains meurent chaque année dans un hôpital à la suite d'erreurs médicales »².

Reconnaissant que l'étude canadienne aurait certainement une incidence majeure sur les organismes et les professionnels de soins de santé, les bailleurs de fonds – soit l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les IRSC – ont collaboré avec l'équipe de recherche à l'élaboration d'une stratégie d'AC en vue de préparer les intervenants canadiens à la publication de l'étude.

L'initiative d'AC

Par notre stratégie d'AC, nous voulions nous assurer que les décideurs, les représentants des professions de la santé, les gestionnaires du système de santé et, par leur intermédiaire, le grand public soient périodiquement informés de l'étude et de ses progrès. Le rapprochement de ces groupes inciterait également chaque organisme à réagir de façon appropriée à l'étude et à préparer des initiatives préventives.

Malgré une large diffusion dans les médias au pays, peu de Canadiens connaissent l'étude sur les événements indésirables et ses résultats.

Nos activités ont débuté par l'envoi d'un communiqué de presse à plus de 1 500 médias anglophones et francophones du Canada, peu de temps après que les fonds alloués à l'étude ont été accordés. En juin 2002, les intervenants nationaux ont participé à un forum sur invitation à Ottawa. Les participants étaient invités à partager leur savoir sur des études similaires menées ailleurs et à déterminer les difficultés que l'étude pourrait entraîner pour chaque organisme. L'ICIS a également lancé un site Web interactif afin d'informer les intervenants des progrès de la recherche. Le site a été tenu à jour pendant toute la durée du projet.

Un an plus tard, soit en mai 2003, le même groupe d'intervenants a été convié à un deuxième forum d'information. Les participants ont également eu l'occasion d'échanger, en petits groupes, sur la planification de leur politique relative à la sécurité des patients et sur la façon dont ils comptent réagir à la publication de l'étude. À ce stade, certains organismes avaient déjà pris des initiatives politiques et éducatives visant à perfectionner les connaissances et les compétences des praticiens, des gestionnaires et des décideurs relativement à la sécurité des patients.

Le 12 janvier 2004, les principaux chercheurs de l'étude – les D^{rs} Ross Baker et Peter Norton – informaient les intervenants des progrès de l'étude dans le cadre d'une émission diffusée sur Internet. Des discussions étaient alors déjà en cours avec les rédacteurs du *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)* en vue d'une entente sur l'examen et la publication accélérés de l'étude.

À la mi-avril, la date de publication de l'étude a été fixée au 25 mai 2004. La politique du *JAMC* était de remettre aux médias une copie frappée d'embargo des articles publiés dans le Journal, une semaine avant leur publication. Le 20 mai, les membres de l'équipe de recherche et les représentants de l'ICIS et des IRSC ont donc présenté les résultats de l'étude à la presse et aux principaux intervenants. Le taux d'événements indésirables survenus chez les patients hospitalisés au Canada était de 7,5 p. 100, soit un taux plus élevé que dans des études américaines similaires, mais inférieur au taux indiqué dans l'étude australienne. Le niveau d'incapacité et de décès associé aux événements indésirables, qui indiquait que le fardeau associé aux maladies était considérable, a été une autre conclusion tout aussi importante de l'étude.

Le document a paru dans le *JAMC* le 25 mai 2004, comme prévu, mais des journalistes du *Edmonton Journal* et du *National Post* ont passé outre à l'embargo et ont laissé fuir la nouvelle trois jours avant sa publication. Comme leurs articles avaient révélé les principaux résultats de l'étude, les autres journalistes ont dû rédiger à la hâte des articles sur d'autres aspects des résultats. Malgré cela, l'étude a bénéficié d'une importante couverture médiatique. Les D^{rs} Norton et Baker ont accordé une vingtaine d'entrevues chacun et l'étude a fait l'objet de plus de 28 articles de journaux, de 47 communiqués radiophoniques et de 19 nouvelles télévisées. Toutefois, l'annonce de l'élection fédérale prévue durant cette fin de semaine a amputé une partie de la couverture de l'étude. Une analyse réalisée par l'ICIS sur la perception des principaux événements d'actualité survenus durant cette période indique que, malgré une large diffusion dans les médias au pays, peu de Canadiens connaissent l'étude sur les événements indésirables et ses résultats.

Résultats de l'expérience d'AC

La réussite des efforts d'AC dans le cas de l'étude *The Canadian Adverse Events Study* doit être évaluée en fonction du degré d'information des principaux intervenants face aux résultats de l'étude, de même qu'en fonction des impacts à court et à long terme de l'étude sur les initiatives politiques relatives à la sécurité des patients.

Les praticiens et les décideurs étaient clairement au courant de l'étude et de ses résultats, le public a été mal informé parce que la couverture médiatique a été écourtée.

En ce qui a trait au premier point (le degré d'information des intervenants), les efforts fournis ont été très fructueux. Des représentants de plus de 35 ministères de la santé, organismes professionnels nationaux, organismes de réglementation et organismes non gouvernementaux ont assisté aux forums de 2002 et 2003 organisés pour les intervenants. Un grand nombre d'entre eux ont également participé à l'émission diffusée sur Internet en 2004. La rétroaction sur les premiers événements a servi à améliorer les interactions entre les intervenants et les chercheurs dans le cadre des réunions et des communications ultérieures.

Un décompte fait par le *JAMC* a indiqué que le document a été téléchargé depuis son site Web plus de 25 000 fois au cours des quatre premiers jours suivant sa publication; le Journal n'avait jamais été témoin d'un tel niveau d'activité. Dans l'année suivant la publication de l'étude, les auteurs ont fait plus de 50 présentations dans le cadre de réunions de groupes professionnels et d'organismes de soins de santé et de nombreuses autres présentations devant de plus petits groupes de chercheurs, de gestionnaires et de praticiens. Cependant, alors que les praticiens et les décideurs étaient clairement au courant de l'étude et de ses résultats, le public a été mal informé parce que la couverture médiatique a été écourtée.

Les travaux réalisés par de nombreux organismes durant les deux années qui ont séparé le premier forum des intervenants et la publication de l'étude ont fait progresser les efforts fournis au Canada pour la sécurité des patients. Des initiatives politiques et des programmes éducatifs ont été élaborés par de nombreuses organisations professionnelles, dont l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne des soins de santé. Après la publication de l'étude, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) a mis sur pied un groupe consultatif sur la sécurité des patients réunissant les D^{rs} Norton et Baker, ainsi que d'autres chercheurs et décideurs. Ce groupe a permis au CCASS de définir un ensemble de buts et de pratiques organisationnelles en matière de sécurité des patients, qui sera mis en œuvre dans les visites d'agrément à compter de 2006. Certains observateurs se sont également demandé si le lancement de l'Institut canadien de la sécurité des patients, recommandé en 2002 par le Comité directeur national sur la sécurité des patients, n'aurait pas été mis de l'avant à la fin de 2003 parce que le gouvernement fédéral devait démontrer son engagement à l'égard de la sécurité des patients avant que l'étude soit publiée.

Enseignements tirés

Bien que l'étude ait clairement contribué à la conscientisation et à l'engagement de nombreux organismes, groupes professionnels, praticiens et gestionnaires, il est néanmoins possible que les efforts que nous avons fournis pour l'AC aient eu l'effet paradoxal de désensibiliser une partie de notre audience.

De nombreux organismes ont fait beaucoup d'efforts en 2002 et en 2003 pour élaborer des politiques, informer leurs membres et créer des stratégies médiatiques démontrant qu'ils comprennent le problème. Après la publication de l'étude et devant le succès des efforts préventifs fournis par ces organismes, la priorité a peut-être été accordée à d'autres préoccupations. De plus, l'élection fédérale a été déclenchée dans la même semaine que la publication de l'étude, et le Parti libéral du Canada a choisi d'utiliser les temps d'attente et l'accès au système de santé comme enjeux de sa campagne électorale.

Certains organismes auraient-ils pensé avoir tout fait, en mai 2004, ce qui était nécessaire (ou possible) pour la sécurité des patients? La priorité qui devait être accordée à la sécurité des patients a-t-elle été détournée au profit de l'utilisation du temps d'attente et de l'accès au système comme principaux enjeux des soins de santé et du financement promis pour y répondre? La participation des groupes d'intervenants aux

Il est néanmoins possible que les efforts que nous avons fournis pour l'AC aient eu l'effet paradoxal de désensibiliser une partie de notre audience.

premières consultations sur la sécurité des patients a-t-elle conduit à une baisse d'enthousiasme face aux initiatives après la publication des résultats de l'étude?

La participation des groupes d'intervenants aux premières consultations sur la sécurité des patients a-t-elle conduit à une baisse d'enthousiasme face aux initiatives après la publication des résultats de l'étude?

Il est difficile de répondre à ces questions. Cependant, de récentes discussions sur le succès mitigé des efforts fournis par les États-Unis pour améliorer la sécurité des patients, motivées par le cinquième anniversaire du rapport de l'IOM, semblent indiquer que les questions entourant la sécurité des patients requerront une attention continue.

Conclusions et répercussions

Les efforts d'AC axés sur l'étude *The Canadian Adverse Events Study* ont entraîné une importante réorientation des politiques au sein de nombreux gouvernements et organismes de soins de santé canadiens. Par contre, l'AC, à elle seule, n'a pas suffi pour assurer l'investissement nécessaire dans les nouvelles ressources requises pour améliorer la sécurité des soins de santé. D'autres efforts, comme l'élaboration de la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires – maintenant! » qui vise à réduire les taux de mortalité et de morbidité découlant d'infections et d'événements iatrogènes médicamenteux, seront nécessaires pour démontrer et réduire l'écart entre le rendement actuel du système et le potentiel de fiabilité des soins de santé.

Références

1. Baker, G. R., P. G. Norton, V. Flintoft, R. Blais, A. Brown, J. Cox, E. Etchells et al. 2004. 2004. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 170 (11): 1678-86.
2. Kohn, L. T., J. M. Corrigan et M. S. Donaldson, dir. 1999. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.



APPLICATION DES CONNAISSANCES EN VUE DE MODIFIER LES PRATIQUES LIÉES À LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS

Melanie Barwick, Ph.D., CPsych, *The Hospital for Sick Children*
Katherine Boydell, M.Sc.S., Ph.D., *The Hospital for Sick Children*
Denice Basnett, M.A., *The Hospital for Sick Children*
Brian O'Hara, Santé Mentale pour Enfants Ontario
H. Bruce Ferguson, Ph.D., CPsych, *The Hospital for Sick Children*
Rebecca Haines, M.A., *The Hospital for Sick Children*

En 2000, l'Ontario a autorisé l'utilisation de deux instruments permettant le dépistage systématique et le suivi des résultats au sein d'organismes de soins de santé mentale pour les enfants. Une infrastructure d'application des connaissances (AC) a été élaborée en vue d'appuyer la formation des fournisseurs de services et l'implantation des outils dans leurs organisations. Les praticiens ont privilégié pour l'AC une méthode intensive de formation en personne, complétée par des réseaux régionaux d'échange du savoir pratique et par une approche interne de formation des formateurs qui permettent une éducation concertée continue des professionnels et une modification des pratiques. Jusqu'à maintenant, ces outils ont été présentés à plus de 4 000 praticiens et sont acceptés dans plus de 90 p. 100 des organismes.

Contexte

Trop souvent, les soins de santé mentale que reçoivent les enfants sont établis en fonction de pratiques fondées sur des données peu probantes ou, pire, sur des résultats médiocres^{1,2}. Il est pourtant bien démontré que la plupart des enfants qui reçoivent un traitement fondé sur des données empiriques se portent beaucoup mieux et voient leur état s'améliorer plus rapidement qu'avec d'autres formes de traitement ou sans traitement du tout^{3,4}.

En 2000, le ministère ontarien des Services à l'enfance et à la jeunesse a autorisé l'utilisation de deux instruments permettant le dépistage systématique et le suivi des résultats dans le cadre d'un plan provincial pour la santé mentale chez les enfants. L'emploi de pratiques normalisées de dépistage en matière de santé mentale des enfants peut donner de meilleurs résultats et, en identifiant les enfants qui courent un plus grand risque⁵, permettre une meilleure gestion des longues listes d'attente. La mesure des résultats peut démontrer l'efficacité d'un traitement, améliorer les pratiques cliniques, imposer une obligation de rendre compte et encourager les praticiens à examiner la qualité des services offerts^{6,7}.

L'outil de dépistage, *Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI)*⁸, est un instrument d'approche standardisé qui permet de dépister les problèmes comportementaux et émotionnels cliniquement importants. L'outil de suivi, *Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)*⁹, est un instrument standardisé qui permet d'évaluer le niveau de fonctionnement et de surveiller les résultats des services reçus.

Comme ces deux outils sont basés sur la technologie de l'information, les cliniciens et les conseillers à l'accueil doivent suivre une formation spécialisée pour bien les utiliser. Le ministère ontarien des Services à l'enfance et à la jeunesse a conclu une entente avec deux organismes qui donneront cette formation et veilleront à la bonne implantation des outils. Le BCFPI est appuyé par *Children's Mental Health Ontario*, un organisme de défense chargé de promouvoir le bien-être des enfants, des adolescents et

Nous avons constaté très tôt que l'AC sur ces nouveaux outils fondés sur des données probantes ainsi que leur implantation dans les tâches courantes effectuées auprès des patients et de leur famille seraient une entreprise extrêmement exigeante.

de leur famille, alors que le CAFAS est appuyé par le groupe de ressources pour les systèmes de santé communautaire du *Hospital for Sick Children*, en consultation avec un groupe consultatif réunissant des fournisseurs de services.

Nous avons constaté très tôt que l'AC sur ces nouveaux outils fondés sur des données probantes ainsi que leur implantation dans les tâches courantes effectuées auprès des patients et de leur famille seraient une entreprise extrêmement exigeante. Nous avons donc créé une infrastructure d'AC¹⁰, formelle et conforme à notre programme de formation et d'implantation à partir d'un ensemble de stratégies fondées sur les pratiques exemplaires démontrées dans la documentation de recherche; cette infrastructure a ensuite évolué en fonction des préférences des participants et des intervenants.

Six ans plus tard, nous attribuons la réussite de la formation, de l'implantation et de l'adoption de ces deux outils dans plus d'une centaine d'organismes ontariens qui fournissent des services à cette infrastructure d'AC, qui visait principalement la collaboration active des intervenants (fournisseurs, gouvernement et organismes chargés de l'implantation)¹¹, des relations en personne^{11,12} et l'emploi de multiples méthodes de communication^{13,14}.

L'initiative d'AC

Changer la façon de prodiguer les soins de santé mentale est une tâche colossale mais lente, qui exige souvent des modifications du comportement des cliniciens, la restructuration des programmes et une injection de ressources¹⁵. Dans le cadre de cette initiative, les organismes ont également dû surmonter des obstacles au niveau de l'agrément, de la fusion, du roulement de personnel, des demandes accrues de services et de la culture informatique.

La formation sur la fiabilité des évaluations du CAFAS est donnée aux cliniciens durant des ateliers intensifs de deux jours; un soutien continu leur est également offert par l'entremise d'un site Web, du courrier électronique et du téléphone. Les cliniciens ont accueilli favorablement les ateliers, qui sont donnés dans les régions par des formateurs spécialisés du CAFAS.

Cette approche personnalisée, bien que très efficace, est longue et coûteuse, sans compter qu'elle ne peut répondre aux différents besoins de tous les fournisseurs de services d'une région géographique. Les besoins en formation sont toujours présents, mais fluctuent en raison des préférences individuelles, de la nature dynamique de l'apprentissage en groupe, du perfectionnement professionnel et du roulement de personnel.

Prenant acte de cette réalité, nous avons mis sur pied deux stratégies visant à faciliter l'éducation concertée continue des professionnels, la modification des pratiques et l'AC : les réseaux régionaux d'échange du savoir pratique et l'approche interne de formation des formateurs.

Grosso modo, un réseau d'échange du savoir pratique est un groupe d'individus qui se réunissent, virtuellement ou en personne, pour discuter d'un sujet. Nos réseaux régionaux d'échange du savoir pratique réunissent en un partenariat unique des superviseurs de programmes ministériels, des responsables de l'implantation et des praticiens. Lors des premières rencontres, les équipes responsables du BCFPI et du CAFAS présentaient les données d'un point de vue « implantation » mais maintenant, ce sont les fournisseurs de services qui transmettent leurs connaissances

Changer la façon de prodiguer les soins de santé mentale est une tâche colossale mais lente, qui exige souvent des modifications du comportement des cliniciens, la restructuration des programmes et une injection de ressources.

sur la façon dont les outils sont utilisés dans la pratique clinique. Les leçons sont ensuite affichées sur le site Web, où d'autres utilisateurs peuvent les consulter.

Les séances de formation des formateurs s'adressent à une ou deux personnes de chaque fournisseur de services afin qu'elles puissent ensuite former leur propre personnel sur la fiabilité des évaluations du CAFAS. L'équipe du CAFAS accrédite des formateurs sur une base annuelle. Nous avons également intégré une formation sur le CAFAS aux programmes collégiaux et universitaires afin de réduire le fardeau de la formation pour les fournisseurs de services et avons établi une culture de gestion des résultats dans la prestation des services de santé mentale aux enfants.

D'autres stratégies d'AC ont été élaborées, notamment des lignes directrices sur le soutien de l'utilisation du CAFAS auprès de populations spéciales (à savoir les enfants et adolescents autochtones)¹⁶ et des moyens d'information destinés aux patients et à leur famille, qui décrivent les outils et leur mode d'emploi.

Ces outils nous permettent également de préparer des rapports sommaires des données provinciales et régionales à l'intention du gouvernement et des fournisseurs de services dans le but de susciter une rétroaction et de planifier les modifications du système.

Résultats de l'expérience d'AC

Plus de 4 100 éducateurs, travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres ont reçu la formation et savent maintenant utiliser le CAFAS de façon fiable. Plus de 600 spécialistes ont reçu la formation sur le BCFPI et environ 250 travailleurs utilisent maintenant cet outil au niveau provincial. L'approche interne de formation des formateurs s'est révélée fiable, et a permis d'établir de fortes corrélations entre les praticiens formés par un praticien-formateur à l'interne et les praticiens qui reçoivent leur formation de nos formateurs spécialistes du CAFAS¹⁷. Cette initiative a également fourni le tout premier outil de gestion des listes d'attente et des données sur les résultats obtenus pour des enfants de six à dix-sept ans qui reçoivent un traitement pour un problème de santé mentale.

L'assistance aux réunions de notre réseau d'échange du savoir pratique est toujours nombreuse et, au dire des participants, les réunions sont pertinentes. Les praticiens font état d'un plus grand recours aux outils et à leur utilité clinique, alors que les fournisseurs de services indiquent que les données sont de plus en plus utiles aux fins d'administration et d'amélioration de la qualité. Les résultats à ce jour indiquent que les organismes mandatés acceptent les outils dans une proportion de 80 à 90 p. 100. Les praticiens, le personnel du ministère et les équipes d'implantation continuent de travailler ensemble afin de déterminer les besoins actuels en formation, en soutien et en échange des connaissances. Nous cherchons maintenant du financement pour une recherche sur l'incidence des réseaux d'échange du savoir pratique sur la modification des pratiques, et sur l'application de nouvelles connaissances sur l'emploi des outils dans la pratique.

Enseignements tirés

Cette initiative nous a permis de tirer plusieurs leçons importantes sur l'adoption de pratiques fondées sur l'expérience clinique et sur les stratégies d'AC requises pour les prendre en charge :

- Les bailleurs de fonds, les dirigeants et les champions doivent communiquer de façon continue, claire et directe avec tous les intervenants (gestionnaires d'organismes, superviseurs cliniques et travailleurs de première ligne) afin d'insuffler aux participants un bon

La « carotte » et le « bâton » ont tous deux un rôle à jouer dans l'adoption de pratiques fondées sur l'expérience clinique.

esprit de collaboration. L'absence d'un plan de communication, surtout aux premiers stades (cruciaux) de cette initiative, a constitué un obstacle important à la connaissance et à l'acceptation de ces outils.

- La « carotte » et le « bâton » ont tous deux un rôle à jouer dans l'adoption de pratiques fondées sur l'expérience clinique. Ce n'est qu'en 2004 que l'emploi des outils a été inclus aux contrats des fournisseurs de services et depuis, les outils sont davantage acceptés.
- Les réseaux d'échange du savoir pratique semblent importants pour soutenir l'utilisation et l'application clinique des pratiques fondées sur l'expérience clinique. Un essai pilote semble indiquer qu'il faudra du temps pour établir un climat de confiance entre les membres des réseaux pour permettre l'échange de connaissances tacites et contribuer au développement d'une culture axée sur les nouvelles pratiques.
- Pour que les stratégies d'AC soient très efficaces, même dans un contexte obligatoire, leur élaboration doit tenir compte de la mesure dans laquelle les personnes et les organisations sont prêtes pour des changements. Notre approche consiste à appuyer tous les organismes et praticiens en nous attardant à ceux qui sont davantage prêts à adopter de nouveaux outils, ce qui accroît leur chance de réussite. Nous soulignons la réussite de ces « adoptants précoces » dans les réseaux d'échange du savoir pratique et sur le site Web afin qu'ils puissent mettre leurs expériences en commun.
- On ne pourra jamais exagérer l'importance du soutien en personne. Bien que plus dispendieuse, cette méthode d'AC est la préférée des praticiens et la plus avantageuse pour eux. C'est, à notre avis, la meilleure façon de partager les connaissances tacites et explicites nécessaires pour bâtir une culture d'apprentissage professionnel.

On ne pourra jamais exagérer l'importance du soutien en personne.

Conclusions et répercussions

Nous continuons de présenter le BCFPI et le CAFAS à une importante proportion de fournisseurs de soins de santé mentale aux enfants de l'Ontario. Nous avons mis en œuvre une infrastructure ciblée d'AC qui appuie un changement important des pratiques et nous permet d'utiliser nos ressources financières et humaines restreintes pour donner une meilleure formation et soutenir une culture de modification des pratiques.

Nous espérons continuer d'apprendre quelle est la meilleure façon d'amener sur le terrain les pratiques fondées sur l'expérience clinique et d'appuyer l'adoption de nouvelles approches novatrices relatives pour les soins de santé mentale prodigués aux enfants. Quelques rapports semblent indiquer que le praticien apprécie davantage l'apport clinique des outils à mesure qu'il acquiert de l'expérience. Toutefois, il reste encore à lever certains obstacles, réels ou perçus, notamment le temps requis pour employer les outils, l'importance d'une évaluation de la réponse au traitement et la mesure dans laquelle les clients et les fournisseurs de services perçoivent les données générées comme purement bureaucratiques, plutôt que significatives. Il reste à voir aussi si nous réussissons à développer une culture réceptive aux pratiques fondées sur l'expérience clinique et réceptive à l'innovation de la prestation des services dans le domaine de la santé mentale des enfants. Nous poursuivons notre quête.

Références

1. Busch, A. B. 2002. Validity, reliability, and other key concepts in outcome assessment and services research. Dans *Outcome measurement in psychiatry: A critical review*, dir. W. W. IsHak, T. Burt et L. I. Sederer, 35-55. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Dishion, T., J. McCord et F. Poulin. 1999. When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *Am Psychol* 54:755-64.
3. Chambless, D. et T. H. Ollendick. 2001. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 52:685-716.

4. JCCP. 1998. Empirically supported psychosocial interventions for children. Special issue, *J Clin Child Psychol* 27:138-226.
5. Lambert, M. J., J. L. Whipple, D. W. Smart, D. A. Vermeersch, S. L. Nielsen et E. J. Hawkins. 2001. The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother Res* 11:49-68.
6. Barlow, D. H., S. C. Hayes et R. O. Nelson. 1984. *The scientist-practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. New York, NY: Pergamon Press.
7. Ogles, B. M., M. J. Lambert et K. S. Masters. 1996. *Assessing outcome in clinical practice*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
8. Cunningham, C. E., P. Pettingill et M. Boyle. 2000. *The brief child and family phone interview (BCFPI)*. Training manual. Hamilton (ON) : Canadian Centre for the Study of Children at Risk, Hamilton Health Sciences Corporation, McMaster University.
9. Hodges, K. 2003. *Child and adolescent functional assessment scale*. 3^e éd. Training manual. Ypsilanti, MI: Eastern Michigan University.
10. Barwick, M., K. Boydell et C. Omlin. 2002. A knowledge transfer infrastructure for children's mental health in Ontario: Building capacity for research and practice. Report. Toronto (ON) : The Hospital for Sick Children.
11. Lomas, J. 2000. Using 'linkage and exchange' to move research into policy at a Canadian Foundation. *Health Affair* 19 (3): 236-40.
12. Landry, R., M. Lamari et N. Amara. 2003. Extent and determination of utilization of university research in government agencies. *Public Admin Rev* 63 (2): 192-205.
13. Bero, L. A., R. Grilli, J. M. Grimshaw, E. Harvey, A. D. Oxman et M. A. Thomson. 1998. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 317:465-68.
14. Freemantle, N. et I. Watt. 1994. Dissemination: Implementing the findings of research. *Health Libr Rev* 11:133-37.
15. Huang, L. N., M. S. Hepburn et R. C. Espiritu. 2003. To be or not to be evidence-based? In *Data Matters: An evaluation newsletter* 6:1-3. National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Center for Child and Human Development. http://gucchd.georgetown.edu/files/products_publications/datamatters6.pdf.
16. Barwick, M. A., Dilico Ojibway Child and Family Services et K. Hodges. 2004. *Culturally competent evaluation: Clinical considerations for rating the Child and Adolescent Functional Assessment Scale with Aboriginal children and youth*. Report. Toronto (ON) : The Hospital for Sick Children. http://www.cafasinontario.ca/html/..%5CDownloads%5CCAFAS_Aboriginal_Children.pdf.
17. Barwick, M. A., C. Omlin et D. Basnett. Maintaining reliability in Ontario's outcome initiative: Training approaches and rater drift on the Child and Adolescent Functional Assessment Scale. *J Behav Health Sci Res*.



UN MODÈLE CONCERTÉ D'APPLICATION DES CONNAISSANCES POUR LE CHANGEMENT DURABLE DE LA PRATIQUE

Jennifer Baumbusch, inf. aut., M.Sc., Université de la Colombie-Britannique
Heather McDonald, inf. aut., M.Sc., Université de la Colombie-Britannique
Joan M. Anderson, inf. aut., Ph.D., Université de la Colombie-Britannique
Sheryl Reimer Kirkham, inf. aut., Ph.D., Université Trinity Western
Koushambhi Basu Khan, Ph.D., Université de la Colombie Britannique
Connie Blue, inf. aut., B.Sc., Université de la Colombie-Britannique
Pat Semeniuk, inf. aut., M.A., Vancouver Coastal Health
Elsie Tan, inf. aut., M.Sc., Université de la Colombie-Britannique

Dans le cadre d'un programme de recherche à long terme sur les expériences des divers groupes ethno-culturels en matière d'hospitalisation et de recherche d'aide, un modèle concerté d'application des connaissances (AC) a été élaboré par les chercheurs et les décideurs d'une autorité sanitaire régionale de la Colombie-Britannique. Le modèle était basé sur une relation respectueuse entre les chercheurs et les cliniciens chevronnés et le partage des nouveaux résultats en temps réel, en vue de servir de base à des changements de pratique durables. Outre les améliorations du cadre de pratique, le partenariat a permis d'apporter des changements constructifs dans le processus de recherche clinique, en reconnaissant le rôle déterminant joué par les praticiens et les décideurs.

Contexte

Le modèle concerté d'AC¹ présenté dans cette étude de cas illustre la façon dont les partenariats entre chercheurs et sommités du milieu clinique facilitent l'utilisation des résultats de la recherche dans le cadre des soins de santé. Élaborés au cours des deux dernières années par des chercheurs et des décideurs du secteur de la santé dans l'une des autorités sanitaires régionales de Colombie-Britannique, la *Vancouver Coastal Health*, nos activités d'AC faisaient partie d'un programme de recherche financé par les IRSC, mené pendant six ans sur les expériences des divers groupes ethno-culturels en matière d'hospitalisation et de recherche d'aide.

Notre approche de l'AC était guidée par les demandes émanant des sommités des soins cliniques en vue d'obtenir rapidement les résultats de recherche susceptibles d'éclairer la prise de décision du point de vue éthique. Notre modèle d'AC faisait appel aux cadres des IRSC² et de Lavis et al.³, qui privilégient l'élaboration de messages nets comme point de départ à un dialogue interactif avec les sommités des soins cliniques, et de laisser à des personnes jugées crédibles par ces cliniciens le soin d'entamer le dialogue.

Notre objectif était d'opérer un changement de culture facilitant l'usage continu des résultats de recherche qui souligne comment les facteurs socio-économiques, historiques et contextuels se recoupent pour influencer sur la façon dont les patients vivent leur hospitalisation et la transition à la maison. Nous visions à transformer durablement la pratique dans la *Vancouver Coastal Health* en matière de services de santé plus équitables, efficaces et efficients.

L'initiative d'AC

Notre modèle d'AC reposait principalement sur l'élaboration d'un contexte qui appuie l'AC, sur la synthèse et l'utilisation des messages fondés sur la recherche en tant que point d'engagement auprès des sommités des soins cliniques et sur l'élaboration en commun d'initiatives visant à aborder les résultats de la recherche.

Le modèle est étayé par une relation entre les chercheurs et les sommités des soins cliniques fondée sur la responsabilisation, la réciprocité et le respect envers les connaissances de chacun. Les sommités des soins cliniques jouent le rôle de défenseurs de la recherche dans leur cadre de pratique, tandis que les chercheurs participent activement à l'application des résultats de recherche. Les cliniciens apportent des éléments de leur pratique aux questions de recherche, les données de recherche sont recueillies et analysées en parallèle et les chercheurs et les cliniciens se partagent les nouveaux résultats en « temps réel ».

Diverses stratégies ont été utilisées afin d'établir un dialogue ouvert et créatif entre chercheurs et cliniciens, notamment, tenir des réunions à des heures et des endroits convenant aux horaires de travail des sommités des soins cliniques; inviter des chefs de file appartenant au continuum des soins à parler avec les chercheurs; veiller à ce que l'écart entre les chercheurs et les sommités des soins cliniques soit comblé par les membres de l'équipe possédant une vaste expérience des cadres académique et clinique; et être à l'écoute des sommités des soins cliniques pour connaître les questions d'intérêt et agir en conséquence. Nos dialogues les plus productifs avaient lieu pendant les petits déjeuners de travail où nous discutons des nouveaux résultats. Ces réunions ont joué un rôle crucial, car des initiatives conçues spécialement pour tenir compte des résultats de la recherche sont nées de ces discussions en collaboration.

Résultats de l'expérience d'AC

Nous avons mis en place des initiatives qui ciblent des changements durables de la pratique au niveau des systèmes et au niveau du praticien individuel. Nous avons lancé plusieurs projets au niveau des systèmes⁴, y compris deux programmes d'interprète médical et un projet d'amélioration de la qualité qui utilise le suivi téléphonique auprès des malades sortants afin d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la maison. Au niveau du praticien individuel, l'équipe a reçu un financement des IRSC pour une étude de trois ans sur la sécurité culturelle et l'utilisation des connaissances dans les cadres cliniques. Ce projet utilisera l'enseignement « juste à temps »^{5,6} comme stratégie d'application des résultats dans la pratique.

Outre les changements apportés au cadre de pratique, notre initiative d'AC a également permis de modifier le processus de recherche. Elle a démontré le rôle intégrant des praticiens cliniciens et des décideurs du domaine de la recherche clinique, en particulier, comment leur apport permet de s'assurer de la pertinence des résultats de la recherche dans le contexte actuel des soins de santé.

Par exemple, dès le début du projet, nous avons été surpris de constater que plusieurs patients étaient de nouveau hospitalisés. Plusieurs problèmes se posaient pendant la transition des patients entre l'hôpital et leur domicile, tels que le moment et la qualité de l'orientation-congé de l'hôpital, et la communication lorsque le patient ne parlait pas anglais. Nous avons été frappés par le fait que bon nombre de ces réadmissions auraient pu être évitées, comme le montre le récit qu'une patiente canadienne anglophone réadmise pour un problème de constipation fait de son orientation-congé :

R : « Donc, l'information que la diététicienne vous a donnée à l'hôpital était...? »

P : « une montagne... J'ai fondu en larmes. Bien sûr, ce qu'elle me disait était vrai; là n'était pas le problème. J'avais seulement besoin de savoir par quoi commencer en rentrant à la maison. »

Cet élément a beaucoup intéressé les cliniciens qui n'étaient pas conscients des taux élevés de réadmission à l'hôpital – les patients n'étaient pas nécessairement réadmis à l'hôpital où ils avaient initialement reçu les soins, et les taux de réadmission ne faisaient pas l'objet d'un suivi de la part des autorités sanitaires. Ils nous ont encouragés à présenter des données numériques plus concrètes et à en déterminer les causes. Les données de réadmission sont devenues

une priorité pour la collaboration et elles ont permis l'élaboration d'initiatives d'AC au niveau des systèmes, en vue de cibler les problèmes contribuant aux réadmissions imprévues.

Enseignements tirés

Les chercheurs et les cliniciens ne parlent pas toujours le même langage et ils sont soumis à des pressions différentes et parfois concurrentes.

Une leçon importante tirée de ce processus est la nécessité d'un engagement à long terme des chercheurs et des cliniciens pour opérer des transformations durables des services de santé. Alors que les membres de notre groupe élargi ont changé, en particulier les cliniciens, le noyau de l'équipe travaille ensemble depuis 1998. Cette relation continue basée sur la confiance et la collaboration a été importante pour l'élaboration de quelques-unes de nos initiatives innovatrices.

L'élaboration et l'utilisation de cette approche d'AC ont posé des défis. Les chercheurs et les cliniciens ont dû s'éloigner de leurs rôles traditionnels pour adopter un processus de collaboration, dynamique et réciproque. La négociation des rôles et des responsabilités est parfois compliquée, surtout dans le contexte exigeant du système de santé. Comme l'AC requiert un dialogue continu en face-à-face, il faut que les cliniciens disposent du temps nécessaire pour participer au processus. Par conséquent, il est crucial qu'un climat organisationnel dans un contexte de pratique encourage l'AC .

Un autre défi a été de combler l'écart de compréhension entre chercheurs et cliniciens. Les chercheurs et les cliniciens ne parlent pas toujours le même langage et ils sont soumis à des pressions différentes et parfois concurrentes. L'intervention de « messagers crédibles » qui connaissent bien les univers cliniques et universitaires a permis de combler cet écart. Notre équipe comprend deux étudiants au doctorat étroitement reliés à la pratique, financés à la fois par les milieux de la recherche et de la pratique.

Nous avons constaté que notre modèle était particulièrement pertinent pour l'AC compte tenu de la recherche qualitative et des points de vue critiques qu'il offre : la collecte et l'analyse des données peuvent se faire simultanément et être souples et adaptées aux priorités définies par les partenaires cliniques. Les résultats d'une telle recherche révèlent souvent des processus structurels et sociaux complexes. Cependant, les chercheurs doivent axer leur travail sur les types de résultats dont les cliniciens ont besoin pour appuyer la prise de décisions, et être disposés à négocier le programme de recherche.

Par exemple, lorsque les chercheurs ont présenté les données sur la réadmission mentionnées précédemment, on leur a aussi demandé de fournir des données traduisibles en coût pour le système de santé. Par moments, les demandes d'information « marginale » étaient en contradiction avec les analyses plus théoriques, contextuelles et à grande échelle, utilisées par les chercheurs. Les courts délais pour appliquer les résultats dans la pratique ont constitué un autre défi pour les chercheurs habitués à disposer de plus de temps pour l'analyse. De façon générale, nous sommes parvenus à relever les défis, grâce à notre relation de collaboration soigneusement cultivée et à la volonté de tous les membres de l'équipe d'atteindre un but commun.

Conclusions et répercussions

Au cours des trois dernières années, nous avons intégré le modèle d'AC aux présentations des nouveaux résultats pendant les conférences nationales et les réunions avec les chercheurs, les

Les partenariats de recherche en collaboration dans lequel des sommités des soins cliniques interviennent directement et concrètement dans le processus de recherche doivent être la pierre angulaire de la recherche en soins de santé.

sommités des soins cliniques et les décideurs. Il existe un intérêt manifeste pour l'applicabilité du modèle dans divers cadres de soins de santé qui requièrent des solutions créatives et innovatrices à des questions complexes. Nous insistons expressément sur les niveaux d'engagement et de ressources (surtout en temps) nécessaires de la part de tous les participants pour que le modèle d'AC fonctionne efficacement, mais nous nous réjouissons aussi des conséquences possibles de cette approche sur la pratique dans le secteur des soins de santé.

Notre expérience, et celle des autres courtiers du savoir, montre que les partenariats de recherche en collaboration comme celui que nous avons encouragé, dans lequel des sommités des soins cliniques interviennent directement et concrètement dans le processus de recherche, doivent être la pierre angulaire de la recherche en soins de santé. Ces partenariats permettent au processus de collecte et d'analyse des données de suivre l'évolution des besoins du cadre clinique, ce qui donne des résultats d'une importance immédiate. Les sommités des soins cliniques, qui sont personnellement engagés dans le processus de recherche, sont tout aussi impatients d'adopter les résultats. D'un dialogue véritable peuvent jaillir des solutions créatives à des problèmes complexes.

Bien que la composante subventionnée de ce projet de recherche tire maintenant à sa fin, notre expérience d'AC se poursuit. Nous venons d'obtenir un financement de trois ans pour prolonger et affiner notre modèle afin de faciliter l'AC de ce programme de recherche, ainsi que d'autres projets de recherche visant aussi à souligner les disparités dans la prestation des soins de santé, avec les praticiens de première ligne.

Références

1. Baumbusch, J. L., J. M. Anderson, S. Reimer-Kirkham, K. B. Khan, H. McDonald, P. Semeniuk et E. Tan. Document en cours d'élaboration. Pursuing common agendas: A collaborative model for knowledge translation in clinical settings.
2. Instituts de recherche en santé du Canada 2004. Aperçu de l'application des connaissances. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/28910.html>.
3. Lavis, J. N., D. Robertson, J. M. Woodside, C. B. McLeod, J. Abelson et le groupe d'étude sur le transfert des connaissances. 2003. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q* 81 (2): 221-48.
4. Baumbusch, J., P. Semeniuk, H. McDonald, K. B. Khan, S. Reimer-Kirkham, E. Tan et J. M. Anderson. Document en cours d'élaboration. Easing the transition between hospital and home: Translating knowledge into action.
5. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2001. Transfert des connaissances : au-delà de la santé. Compte rendu de conférence. Ottawa (Ontario) http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/ktransfer_f.pdf.
6. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2002. Le transfert de connaissances en santé. Compte rendu de conférence. Ottawa (ON) : FCRSS http://www.chsrf.ca/knowledge_transfer/pdf/ktransfer2002_f.pdf.

ÉLABORER UN MODÈLE DE PARTAGE DES SOINS LIÉS AUX MALADIES CHRONIQUES

D^{re} June S. Bergman, Université de Calgary

D^r Alun Edwards, Université de Calgary et région sanitaire de Calgary

D^r Peter Sargious, Université de Calgary et région sanitaire de Calgary

D^{re} Sandra Delon, région sanitaire de Calgary

M^{me} Carol Slauenwhite, région sanitaire de Calgary

Des chercheurs de l'Université de Calgary ont formé un partenariat avec la région sanitaire de Calgary et des fournisseurs de soins de santé pour réaliser un projet pilote de trois ans portant sur l'essai de trois modèles d'équipes multidisciplinaires pour la prestation de soins liés aux maladies chroniques. Axés sur des maladies chroniques courantes, les modèles ont été évalués au moyen d'indices de laboratoire appropriés, de comportements d'autogestion de la santé et de sondages sur la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins. Bien que tous les modèles aient donné des résultats favorables, l'information en permanence des fournisseurs et des patients a permis d'élaborer un modèle hybride devant être appliqué dans tous les cabinets médicaux de la région sanitaire de Calgary.

Contexte

Les comptes rendus de recherche renferment une quantité considérable de données démontrant que des équipes multidisciplinaires de soins permettent de mieux traiter les maladies chroniques. Depuis 1998, la région sanitaire de Calgary, en collaboration avec ses médecins et le gouvernement de l'Alberta, a soutenu la mise sur pied d'équipes de soins primaires pour gérer les maladies chroniques par le biais de diverses initiatives de financement, dont le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS).

Un premier projet financé par le FASS, auquel participaient les D^{rs} June Bergman et Alun Edwards, portait sur la création d'équipes multidisciplinaires; la région sanitaire de Calgary y a également contribué par le biais de ses dossiers de santé publique et de soins à domicile. Dans le cadre de ce projet biennal, six médecins de famille en cabinet, des infirmières à domicile et des infirmières de santé publique ont prodigué ensemble des soins continus à des malades chroniques sélectionnés, en contournant les obstacles créés par les règles syndicales et l'élaboration de pratiques partagées.

En 2000, la région sanitaire de Calgary a lancé un programme de partenariat avec les médecins pour appuyer les idées novatrices. Ce programme a permis de financer une trentaine de dossiers commerciaux, dont l'un était basé en partie sur le fructueux projet du FASS et en partie sur une révision documentaire et la visite de plusieurs équipes multidisciplinaires sur le terrain. Ce dossier, auquel participaient des chercheurs de l'Université de Calgary, a été financé à titre de projet pilote par le Fonds d'innovation en santé de l'Alberta et par les services de l'ensemble de l'Alberta. Des partenariats officiels ont été conclus avec des fournisseurs de services à domicile, la clinique du diabète, la clinique d'hypertension, les médecins spécialistes et généralistes de la région, etc., dans le but de créer une infrastructure durable si le projet évoluait favorablement.

L'initiative d'AC

Les objectifs de ce projet pilote consistaient à démontrer : la valeur du travail en équipes multidisciplinaires dans le traitement des gens atteints d'une maladie chronique; l'incidence de l'équipe sur la qualité de vie professionnelle des membres de l'équipe; l'incidence du modèle sur la maladie chronique dont souffre le patient. En collaboration avec les professionnels de la santé qui participeront vraisemblablement au programme, nous avons opérationnalisé le

plan d'affaires élaboré précédemment en choisissant trois modèles d'équipes multidisciplinaires qui semblaient adaptés à l'environnement local. Chaque modèle a été financé pendant trois ans.

Le premier modèle (gestion des cas) a été conçu selon un partenariat établi entre un médecin et une infirmière à domicile qui faisaient, à l'origine, chevaucher leurs pratiques pour ensuite se partager la charge de travail associée aux patients atteints d'une maladie chronique. Dans le deuxième modèle (gestion ciblée des cas), les patients identifiés étaient assignés à une équipe d'infirmiers et de diététiciens pour toute la durée du projet. Dans le troisième modèle (expert accessible), les patients identifiés étaient vus une seule fois par une équipe d'experts (généralement une infirmière et une diététicienne) du centre d'enseignement sur le diabète. Le troisième modèle mettait également l'expertise d'un médecin spécialiste à leur disposition.

Chaque modèle a été assigné à un groupe d'environ 20 fournisseurs de soins primaires. Nous avons choisi trois maladies chroniques courantes – le diabète, la dyslipidémie et l'hypertension – à utiliser avec les modèles parce qu'elles sont bien décrites dans la documentation et parce qu'elles nous permettaient d'utiliser des indicateurs intermédiaires (comme le taux d'hémoglobine A1c chez les patients diabétiques) pour représenter les résultats obtenus.

Nous avons demandé aux équipes d'utiliser les lignes directrices de pratique clinique correspondant aux maladies chroniques choisies. Ces lignes directrices ont d'abord été adaptées localement par les médecins généralistes et spécialistes, puis par l'ensemble de l'équipe. À partir de ces lignes directrices, l'équipe a tracé une ligne de soins cliniques, défini les divers rôles des membres de l'équipe et élaboré des algorithmes de soins pour toutes les entités morbides.

Les modèles ont été évalués par une mesure des indices de laboratoire appropriés et de l'autogestion de la santé, par des barèmes de mieux-être et par des sondages sur la satisfaction des patients, au début du projet, puis après un an et deux ans. On a également interrogé les membres de l'équipe de façon structurée pour connaître leur point de vue sur le travail d'équipe, plus précisément pour en déterminer les forces et les faiblesses.

Résultats de l'expérience d'AC

La plupart des indices de laboratoire ont donné de bons résultats pour l'ensemble des modèles. Après la première année, les comportements d'autogestion de la santé (exercice, gestion du régime alimentaire et vérification de la glycémie) ont entraîné une amélioration de l'état de santé dans tous les modèles, mais ces comportements n'ont pas tous été maintenus durant les deux années. Un sondage sur le mieux-être des patients n'a démontré aucune amélioration notable d'un point de vue statistique. On a perçu une perte manifeste de mieux-être que l'on présumait attribuable soit à l'enseignement qui permettait de mieux connaître la maladie, soit à l'évolution naturelle de la maladie.

Grâce à l'évaluation et aux commentaires réguliers des fournisseurs de soins et des patients, nous avons pu démontrer lequel des modèles convenait le mieux à la région sanitaire de Calgary. Le modèle proposé, fondé sur le premier modèle (gestion des cas) et soutenu par le troisième (expert accessible), est maintenant le modèle que privilégie la région pour la gestion des maladies chroniques; il est appliqué dans tous les cabinets de médecine familiale de la région sanitaire de Calgary.

Le modèle proposé est maintenant le modèle que privilégie la région pour la gestion des maladies chroniques; il est appliqué dans tous les cabinets de médecine familiale de la région sanitaire de Calgary.

Enseignements tirés

Les partenariats créés à tous les niveaux opérationnels ont joué un rôle essentiel dans ce projet : au sein des équipes de soins et du groupe de recherche, entre les divers décideurs qui ont influencé notre aptitude initiale à réaliser le projet et – après la réussite du projet – pour présenter les résultats comme modèle durable pour la gestion des maladies chroniques dans la région sanitaire de Calgary.

Comme un grand nombre d'idées étaient nouvelles, nous avons mis beaucoup de temps pour faire en sorte que les objectifs du projet soient bien compris. Au départ, les deux organismes de financement (avec leurs buts et leurs objectifs respectifs) ont été réunis afin de faire approuver le projet. Nous avons dû modifier l'échéance de certains rapports et de certaines réalisations. On nous a demandé d'évaluer l'équipe, d'ajouter une composante rurale au projet et de sérieusement tenir compte des résultats. Cependant, l'évaluation de tous les modèles a été enrichie grâce aux partenariats.

La souplesse était également un point important. Tout a été remis en question, que ce soient les rôles, les décisions cliniques, les politiques. Pendant les trois ans qu'a duré le projet, les participants ont travaillé activement à façonner les modèles. Il en est ressorti un modèle très fonctionnel, mais cette façon de faire a parfois été perçue comme un manque de leadership en raison du rapide changement de focalisation des modèles.

L'engagement des chefs de projet et des participants dans nombre d'aspects de l'élaboration des politiques a également joué un rôle crucial dans la réussite du projet. Certains occupaient, dans la région sanitaire de Calgary, un poste qui leur permettrait d'influencer les décisions d'ordre politique et budgétaire au sein de leur portefeuille. D'autres ont collaboré avec les groupes de professionnels de la santé à l'élaboration de politiques et de directives pour appuyer la poursuite des activités des équipes multidisciplinaires. En Alberta, cette activité a donné lieu à plusieurs régimes d'honoraires de rechange, à de nouveaux honoraires pour les médecins qui travaillent au sein d'une équipe (en parlant avec les infirmières à domicile au sujet des soins à prodiguer aux patients), à de nouveaux réseaux locaux de médecins offrant des soins primaires et à l'élaboration de la *Health Professions Act*.

L'engagement des chefs de projet et des participants dans nombre d'aspects de l'élaboration des politiques a joué un rôle crucial dans la réussite du projet.

Au niveau des fournisseurs de soins de santé, nous avons relevé un certain nombre de facteurs importants pour la réussite des modèles axés sur le travail d'équipe, notamment :

- le regroupement initial des membres;
- l'engagement actif de tous les membres de l'équipe;
- une communication ouverte;
- le déplacement du leadership en fonction de l'expertise;
- la confiance et le respect au sein de l'équipe;
- le partage des objectifs et l'ouverture au changement;
- la confiance dans la compétence de l'équipe;
- des rôles et des fonctions évolutifs;
- la promotion de l'équipe.

Des discussions avec les membres de l'équipe ont aussi fait ressortir que le travail d'équipe donne encore de meilleurs résultats lorsque les membres font preuve d'assertivité professionnelle, de solides compétences cliniques,

d'aptitudes par rapport à la communication et aux technologies de l'information, de connaissances de la communauté et des systèmes de soins de santé à domicile, de la capacité à contribuer aux conférences de cas et d'expérience dans le travail d'équipe.

Les médecins ont indiqué qu'ils sont davantage intéressés à faire partie d'une équipe multidisciplinaire lorsqu'ils ont déjà participé à un projet similaire, que les résultats sont positifs pour les patients, que leur charge de travail est réduite et qu'ils ont l'occasion de participer au changement du système. Ils ont toutefois indiqué un certain nombre d'obstacles liés à de tels modèles, comme le remboursement, l'espace et la difficulté à maintenir une direction et un leadership forts.

Conclusions et répercussions

Notre projet était basé sur un modèle de changement rapide qui a soulevé bien des nouvelles questions et inspiré d'autres projets. Le modèle de gestion des maladies chroniques établi dans la région sanitaire de Calgary, qui visait à l'origine trois maladies (diabète, hypertension et dyslipidémie), inclut maintenant la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'insuffisance cardiaque congestive. Ces troubles seront intégrés à notre modèle fusionné de gestion des maladies chroniques, dont l'application est en cours dans la région. La région sanitaire de Calgary dispose également d'un nouveau système de gestion de l'information sur les maladies chroniques et commence à prendre en charge le dossier électronique de santé de la province.

Une équipe travaille également auprès de patients afin de déterminer les ressources communautaires nécessaires en matière d'éducation, de diététique et d'exercices pour les gens atteints d'une maladie chronique. Cette initiative a permis la création d'un programme qui permet aux malades chroniques de faire de l'exercice dans des endroits sûrs à Calgary. Ce programme est, en fait, le fruit d'un partenariat entre la région sanitaire de Calgary, les centres de conditionnement physique et les centres communautaires désignés. Les gens peuvent y être dirigés par les responsables du programme de maladies chroniques ou le faire de leur propre initiative mais, dans l'esprit du nouveau modèle de partenariat, tous ceux qui désirent participer au programme d'exercices doivent d'abord obtenir l'approbation de leur médecin de famille.

Le modèle de gestion des cas (premier modèle) est présentement à l'essai en Ontario afin de déterminer si les principes du travail en équipes multidisciplinaires établis à Calgary peuvent être transférés. Ce projet de partenariat national renferme également une importante composante technologique et tente d'intégrer les technologies de l'information à l'équipe de façon à améliorer le travail qu'elle accomplit.

SEARCH CANADA : RENFORCER LES CAPACITÉS DES ORGANISMES DE SANTÉ À CRÉER DES CONNAISSANCES ET À LES UTILISER

D^{re} Ann Casebeer, Université de Calgary

M^{me} Sarah Hayward, SEARCH Canada

D^{re} Gail MacKean, Université de Calgary

M^{me} Sharon Matthias, SEARCH Canada

D^r Rob Hayward, Université de l'Alberta

(Au nom de l'ensemble de la faculté intégrée, du personnel, des participants et du réseau de SEARCH Canada)

Le programme albertain SEARCH Canada s'emploie à mettre en œuvre une approche systémique d'application et d'utilisation des connaissances. Grâce à un programme de 24 mois de formation en recherche appliquée pour professionnels de la santé communautaire, SEARCH renforce les capacités des individus et des organismes à élaborer et à utiliser des données de recherche destinées à la prise de décisions. Une attention particulière est portée au perfectionnement des compétences dans l'utilisation des outils et des technologies de l'information, la participation aux réseaux concertés et le maintien d'un perfectionnement personnel continu à titre de chercheur-praticien. SEARCH et ses participants sont maintenant bien connus dans le système de santé albertain; le programme est unanimement salué à l'échelle nationale et internationale.

Contexte

SEARCH (*Swift Efficient Application of Research in Community Health*) Canada* est un programme albertain de services publics consacré à l'accès, la création et l'utilisation des connaissances par les gestionnaires de la santé, les fournisseurs de soins de santé et leurs organismes.

En 1996, l'AHFMR (*Alberta Heritage Foundation for Medical Research*) a lancé SEARCH, un programme de vingt-quatre mois visant à former les professionnels de la santé communautaire sur les « procédures » de la recherche appliquée en santé, notamment l'accès à l'information de qualité, son évaluation et son application à la prise de décisions. Depuis avril 2005, SEARCH Canada exerce ses activités de façon autonome, sous la direction et avec le financement de ses organismes membres, qui comprennent l'AHFMR, les neuf régions sanitaires de l'Alberta et l'Université de Calgary. Le ministère de la santé de l'Alberta (*Alberta Health and Wellness*) offre également son soutien au programme.

SEARCH développe des capacités et des communautés d'innovation et d'apprentissage dans des contextes axés sur la pratique et dans les secteurs de la pratique et de la recherche de toute la province. SEARCH appuie un réseau de professionnels de la santé, de chercheurs en santé et de leurs organismes respectifs, qui s'emploient tous à créer de nouvelles connaissances et à les appliquer de sorte que les décisions prises procurent des soins de santé de meilleure qualité¹.

Le programme SEARCH concrétise la mise en œuvre d'une approche systémique de l'AC. Grâce à SEARCH, nous apprenons qu'il faut plus que des compétences et de l'information pour prendre des décisions fondées sur l'expérience clinique au sein d'un système de soins de santé. Cette prise de décisions est tributaire de l'attitude et des valeurs des gens et de leurs interactions quotidiennes; c'est tout autant une question de relations que d'information. Elle dépend également d'une philosophie d'ouverture, d'échange, de respect et de confiance.

* Pour en savoir davantage sur le programme SEARCH, rendez-vous à <http://www.ahfmr.ab.ca/search.php> (site anglais).

L'initiative d'AC

Les activités du programme SEARCH qui permettent d'apprendre, d'appliquer et d'échanger des connaissances s'inscrivent dans un cadre global touchant trois centres d'intérêts qui se recoupent – choisir, créer et utiliser les données probantes; la complexité du contexte de l'utilisation de ces données y est toujours présente. La philosophie du programme SEARCH inclut le partenariat et reconnaît que les organismes de services et scolaires font tous partie du système de santé.

L'activité centrale de SEARCH est un programme d'apprentissage fondé sur une cohorte qui met l'accent sur la valeur de la recherche appliquée en santé, de l'AC et de l'échange de connaissances entre divers secteurs. Une combinaison de séances en établissement, de projets de recherche pratique et d'aides à l'apprentissage haut de gamme² sur le Web vise le renforcement des capacités des individus et de leurs organismes, de façon durable. Dans le milieu universitaire, le renforcement des capacités repose sur l'équipe cadre de la faculté et d'autres experts, qui proviennent de facultés universitaires de médecine, des sciences infirmières et d'administration, de même que des secteurs public et privé. Le corps enseignant collabore périodiquement à la conception et à la prestation du programme et établit des relations durables avec les participants.

Les participants sont des professionnels établis dans le milieu de la santé qui œuvrent dans divers secteurs (sciences infirmières, travail social, promotion de la santé, santé mentale, médecine familiale et administration de la santé). Ils sont sélectionnés par les autorités de la santé de l'Alberta et occupent des postes variés, de cliniciens de première ligne à cadres supérieurs. Les participants conservent leur emploi et touchent un salaire garanti par l'organisme qui les commandite. Environ la moitié de leur temps est consacré à des activités d'apprentissage et de recherche.

Les participants au programme SEARCH ont accès en permanence à un réseau de membres du corps professoral et d'anciens participants grâce à un système de communications sur le Web conçu pour faciliter l'échange de connaissances. L'apprentissage y est présenté comme une activité continue, et le soutien de l'utilisation de données probantes pour améliorer la qualité des décisions prises en matière de santé est offert bien au-delà du programme de 24 mois. Le perfectionnement des compétences dans l'utilisation des outils et des technologies de l'information, dans la participation aux réseaux concertés et dans le perfectionnement personnel à titre d'agent du changement et de chercheur-praticien est déterminant dans l'établissement des fondements de l'utilisation continue des résultats de recherche pour la prise de décisions.

Les gestionnaires directs des participants de SEARCH établissent les priorités des sujets des projets provinciaux, définissent les projets locaux et se réunissent périodiquement pour discuter de questions comme le soutien aux participants et le transfert des capacités individuelles aux organismes. Les organismes participants sont également en contact avec les conseillers en développement de la recherche établis dans les collèges et les universités de l'Alberta pour bénéficier de leurs conseils et de leur assistance en temps opportun.

Résultats de l'expérience d'AC

Les processus et les résultats du programme SEARCH sont évalués pendant et après chaque module pédagogique, de même qu'après 12, 18 et 24 mois, au moyen de sondages et de groupes de discussion. À ce jour, plus de 125 professionnels de la santé et 60 membres du corps professoral ont participé au programme SEARCH. Soixante-dix pour cent des participants font toujours de la recherche après quatre ans.

Plus d'une centaine de projets de recherche factuelle ont abordé une variété de questions pressantes touchant les services de santé, les ressources humaines en santé, la pratique professionnelle, la gestion des soins de santé et la

santé de la population. Ils incluent l'évaluation des programmes de santé communautaire, l'évaluation des capacités de gestion du changement, l'analyse de l'incidence du travail sur appel chez les médecins en milieu rural et la valeur de la télépsychiatrie.

Les activités du programme SEARCH peuvent avoir une incidence à plusieurs niveaux (prestation des services, enseignement, financement) et dans plusieurs sites de changement (individu, individu au sein d'un organisme, organisme de soins de santé, système de soins de santé et système intersectoriel). Les incidences de SEARCH sur l'individu, telles qu'elles sont perçues par les gestionnaires et les participants³, incluent l'amélioration :

- des compétences de recherche et d'application de la recherche. Une petite région a indiqué plus de 750 000 dollars en subventions, attribuables aux capacités présentées par des participants du programme SEARCH. Une autre région a indiqué plus de 500 000 dollars en demandes de subvention admissibles;
- du perfectionnement professionnel et de la responsabilité face aux activités liées à la pratique fondée sur l'expérience clinique;
- des réseaux personnels et professionnels;
- de l'aptitude au leadership et de la capacité d'influencer la prise de décisions;
- de la satisfaction au travail, de la reconnaissance et du respect;
- des activités de recherche et d'évaluation;
- de la publication et de la diffusion des résultats de recherche.

Une petite région a indiqué plus de 750 000 dollars en subventions, attribuables aux capacités présentées par des participants du programme SEARCH.

Les incidences organisationnelles signalées par les gestionnaires^{4,5} comprennent des changements positifs dans :

- l'accès aux ressources d'information et la capacité de relever l'information pertinente au besoin;
- les compétences et les connaissances du personnel;
- le développement du leadership;
- la capacité de coopération aux niveaux individuel et organisationnel. Certaines régions et certains organismes sont devenus actifs en matière d'initiatives provinciales et nationales en raison de l'expertise qu'ils ont acquise en réalisant des projets SEARCH;
- les activités de recherche et d'évaluation en santé;
- les attitudes positives face à la recherche et à l'évaluation;
- un changement de culture. Un bon nombre d'organismes perçoivent les participants du programme SEARCH comme des catalyseurs de changement vers une culture davantage évaluative.

Enseignements tirés

L'approche que privilégie le programme SEARCH n'est pas une solution miracle. Nous croyons plutôt que les occasions d'apprentissage continu, la connexion constante aux sources de connaissances, les liens entre la recherche et l'expertise pratique et le ralliement de la direction sont essentiels à la réussite de l'engagement envers l'échange et l'utilisation des données probantes pour faire une différence durable. Voici quelques-uns des principaux enseignements tirés des premières années du programme SEARCH :

Les occasions d'apprentissage continu, la connexion constante aux sources de connaissances, les liens entre la recherche et l'expertise pratique et le ralliement de la direction sont essentiels à la réussite de l'engagement envers l'échange et l'utilisation des données probantes.

- Les professionnels de la santé sont déterminés à améliorer leurs pratiques et les résultats sur la santé par le biais de la recherche, sans incitation sous forme de crédits scolaires.
- Les gestionnaires sont essentiels au soutien des participants dans le cadre du programme et défendent souvent les décisions fondées sur l'expérience clinique qui sont prises au sein d'un organisme.
- L'engagement de la haute direction est essentiel aux incidences et à la diffusion au niveau de l'organisme.
- L'expérience des décideurs et des chercheurs dans l'établissement de priorités et dans le travail en collaboration augmente fondamentalement la création et l'utilisation des données probantes.
- L'apprentissage et l'application des compétences demandent du temps et doivent être perçus comme un investissement.
- Le développement d'un corps professoral souple et bien réparti, qui peut compter sur du soutien organisationnel, est crucial – l'engagement face à l'apprentissage factuel et la satisfaction face à la création de relations sont des facteurs clés.
- Les projets qui reflètent les priorités de planification locales et provinciales constituent un mode d'apprentissage efficace pour les individus et confèrent un avantage certain aux organismes.
- Le fait de considérer comme client l'organisme participant (qu'il provienne du secteur scolaire ou du secteur des services), plutôt que le professionnel de la santé, permet de transformer le potentiel de développement de la capacité.

Les projets qui reflètent les priorités de planification locales et provinciales constituent un mode d'apprentissage efficace pour les individus et confèrent un avantage certain aux organismes.

Nous avons également relevé un certain nombre de caractéristiques du programme SEARCH qui, selon nous, ont été essentielles à sa réussite :

- Création d'un solide réseau de soutien dans l'ensemble de la province.
- Contact et création de relations avec des gens provenant de divers milieux, aux antécédents diversifiés.
- Possibilité d'apprendre intensivement dans une perspective élargie.
- Possibilité de se libérer de l'environnement quotidien de travail pour se concentrer sur l'apprentissage et le perfectionnement de ses compétences.
- Communication de pointe et réseautage informatisé permettant une collaboration et une communication suivies.
- Priorité accordée aux préoccupations communautaires, à une perspective de la santé de la population et aux décisions relatives aux services de santé appliquée.
- Obligation de déterminer et de réaliser des projets pertinents pour l'environnement organisationnel.

Conclusions et répercussions

Le programme SEARCH a démontré la valeur d'une solution intégrée qui fait le pont entre la recherche et la pratique, qui développe les capacités de recherche dans les organismes de santé, qui investit dans la nouvelle expertise de professionnels en milieu de carrière de toutes les disciplines et qui soutient les chercheurs universitaires qui se passionnent pour le système de prestation des services. On obtient ainsi un système de santé « fort en recherche » qui générera vraisemblablement plus de questions sur la pratique, qui saura mieux collaborer aux projets de recherche et qui sera plus porté à utiliser les nouvelles connaissances pour changer les politiques et les pratiques.

Le programme et ses participants sont maintenant bien connus dans le système de santé albertain. SEARCH a également attiré l'attention à l'échelle nationale et internationale. En effet, d'autres provinces canadiennes, le

On obtient ainsi un système de santé « fort en recherche » qui générera vraisemblablement plus de questions sur la pratique, qui saura mieux collaborer aux projets de recherche et qui sera plus porté à utiliser les nouvelles connaissances pour changer les politiques et les pratiques.

Royaume-Uni, l'Australie et l'Ouganda se sont montrés intéressés à faire l'essai des programmes SEARCH.

En conclusion, la meilleure preuve que le programme SEARCH fait une différence vient des participants eux-mêmes. Des années après avoir participé à une cohorte SEARCH, ils continuent de s'impliquer et d'appliquer leurs apprentissages à la pratique. Laissons le dernier mot à l'un des premiers participants au programme SEARCH :

« Le concept du programme SEARCH a toujours été de développer les capacités de recherche au niveau de la base, ce qui ne pouvait être fait du jour au lendemain. Moins de dix ans après son lancement, le programme s'étend à tout le pays. Voilà une remarquable réalisation qui reflète les efforts de... quiconque a consacré son temps à la vision du programme. »

—Dan Richen, Participant au programme SEARCH I
Directeur, Santé publique environnementale
Région sanitaire David Thompson

Références

1. Casebeer, A., S. Hayward, R. Hayward et S. Matthias. 2003. SEARCH—A learning and communication network. Dans *Collaboration in context*, dir. C. M. Scott et W. E. Thurston, 183-94. Calgary (AB) : University of Calgary.
2. Lau, F. et R. Hayward. 2000. Building a virtual network in a community health research training program. *J Am Med Inform Assn* 7 (4): 361-77.
3. McCaffrey Consulting. 2004. The Swift Efficient Application of Research in Community Health (SEARCH): Project Tracking Report. Developed for the Applied Health Research Programs, Alberta Heritage Foundation for Medical Research. <http://www.ahfmr.ab.ca/publications.html>.
4. Birdsell, J. M. et P. O'Connell. 2003. 2003. The Impact of SEARCH on Participating Organizations: Evaluation Report. Developed for the Applied Health Research Programs, Alberta Heritage Foundation for Medical Research. <http://www.ahfmr.ab.ca/publications.html>.
5. McCaffrey Consulting. 2003. Long Term Evaluation of the Swift Efficient Application of Research in Community Health (SEARCH) Program: Assessing Impact at the Individual Participant Level. Developed for the Applied Health Research Programs, Alberta Heritage Foundation for Medical Research. <http://www.ahfmr.ab.ca/publications.html>.



RÉAGIR DE L'INTÉRIEUR : FEMMES ET ACTES AUTODESTRUCTEURS

Colleen Anne Dell, Ph.D., Université Carleton et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Catherine Fillmore, Ph.D., Université de Winnipeg
Darlene Johnson, *Elizabeth Fry Society of Manitoba*

L'acte autodestructeur, défini comme « tout comportement adopté par une femme pour se faire du mal intentionnellement » a des répercussions importantes sur la santé, particulièrement chez les femmes criminelles. En 2001, l'EFS (Elizabeth Fry Society of Manitoba) a mis sur pied une équipe de recherche constituée de femmes de la communauté, d'universitaires et de membres du personnel de l'EFS afin de mieux comprendre les actes autodestructeurs et d'y réagir. Cette initiative a donné lieu à une approche holistique de la question et a inspiré une série d'initiatives de recherche en partenariat avec plusieurs secteurs. Le travail au sein d'une équipe fondée sur la diversité et déterminée à prendre des décisions partagées a été exigeant mais positif, en bout de ligne. Ce travail a donné lieu à des activités continues de recherche et d'application des connaissances (AC).

Contexte

L'EFS (*Elizabeth Fry Society of Manitoba*) est un organisme communautaire à but non lucratif qui travaille activement à réduire le nombre de femmes et de jeunes filles dans le système de justice pénale. Ces dernières années, l'EFS a constaté une augmentation des actes autodestructeurs chez les femmes ayant des démêlés avec la justice.

En 2001, l'EFS a mis sur pied une équipe de recherche pour mieux comprendre les actes autodestructeurs et mettre ensuite ces connaissances à l'œuvre. Cette équipe, formée de femmes incarcérées et de femmes de la communauté qui s'étaient fait du mal, d'universitaires et de membres du personnel de l'EFS, présente une approche de l'AC qui capitalise sur les forces de tous les partenaires et partage activement le pouvoir décisionnel. Cette approche fait ressortir l'importance du processus (p. ex., la communication efficace entre les partenaires) et du produit (p. ex., les conclusions de recherche qui profitent à leurs utilisateurs).

Financée par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, la première phase de notre recherche mettait l'accent sur ce que vivent les femmes qui ont des démêlés avec la justice, sur leurs besoins et sur la réponse du système de santé communautaire, des organismes de justice sociale et des établissements correctionnels. Nous en sommes venus à une définition holistique de l'acte autodestructeur : tout comportement – physique, social, émotionnel ou spirituel – adopté par une femme pour s'infliger intentionnellement une blessure. L'acte autodestructeur est également reconnu comme un moyen de faire face et de survivre à une douleur émotionnelle et à une détresse liées à des traumatismes survenus dans l'enfance et à des épisodes d'abus et de violence dans la vie adulte. Nous avons conclu que la réaction des communautés et des établissements face aux actes autodestructeurs commis par des femmes était souvent préjudiciable et qu'il était nécessaire d'élaborer des politiques sur les actes autodestructeurs qui représentent un problème grave de santé.

En 2003, ces conclusions ont conduit à la seconde phase de notre projet, financée par la Stratégie nationale pour la prévention du crime (SNPC), qui mettait l'accent sur des activités d'AC grâce à la création d'un comité communautaire intersectoriel sur les actes autodestructeurs commis par des femmes. En 2004, dans la troisième

*La sensibilisation est
une condition
préalable à
l'élaboration de
politiques et de
programmes.*

phase du projet, toujours financée par la SNPC, nous avons fait l'analyse du contexte. Les résultats doivent être dévoilés à l'occasion d'une table ronde communautaire manitobaine. Nous prévoyons qu'il en découlera un ensemble de lignes directrices permettant l'élaboration de politiques et de programmes sur les actes autodestructeurs.

L'initiative d'AC

Nous avons reconnu, tôt dans le projet, que la sensibilisation est une condition préalable à l'élaboration de politiques et de programmes. Notre objectif initial en matière d'AC fut donc de mieux sensibiliser la population aux actes autodestructeurs commis chez des femmes en faisant la promotion de nos conclusions de recherche dans les secteurs de la justice pénale, de la santé publique, des services sociaux et du gouvernement. Nous avons organisé des activités comme un lancement médiatique de notre rapport initial, la diffusion à grande échelle d'un résumé en langage clair de notre recherche, de même que des présentations et des publications dans le cadre de forums universitaires nationaux et internationaux et d'événements communautaires.

Pour augmenter cette sensibilisation d'un cran, nous avons ensuite créé, en collaboration avec la communauté, un comité communautaire intersectoriel formé de représentants de tous les publics ciblés : analystes des politiques en justice pénale et en santé publique, décideurs gouvernementaux, universitaires, travailleurs de première ligne et clients. Nous étions alors en meilleure position pour concevoir des activités d'AC pour chaque public cible :

- *Décideurs gouvernementaux* – Nous avons organisé des présentations dans les bureaux des ministères de la Justice et de la Santé à Ottawa, du ministère provincial de la Justice et de la Commission canadienne des droits de la personne sur les femmes condamnées au fédéral.
- *Analystes des politiques* – Nous avons rencontré des représentants d'établissements correctionnels provinciaux et fédéraux.
- *Universitaires* – Nous avons présenté des documents de conférence à plusieurs réunions d'associations universitaires, avons été conférenciers invités dans des campus universitaires et avons publié des articles et des rapports de recherche dans des revues spécialisées, des bulletins d'information et une encyclopédie correctionnelle.
- *Travailleurs de première ligne* – Nous avons organisé des ateliers communautaires, diffusé à grande échelle un résumé en langage clair du rapport de recherche et collaboré au Crossing Communities Art Project, un organisme manitobain qui élabore des programmes artistiques comme approche de guérison pour les femmes qui se mutilent.
- *Clients* – Nous avons préparé des résumés en langage clair qui présentent des stratégies à court terme pour aider les femmes et leurs proches à traiter les comportements autodestructeurs.

Ces activités (le produit) et le travail diligent des membres de notre équipe (le processus) ont guidé l'élaboration de notre analyse du contexte dans la troisième phase du projet. Dans cette phase, notre stratégie d'AC a mis de côté la sensibilisation pour examiner le point de vue des fournisseurs de services en matière de justice, de santé et de services sociaux sur les ressources actuelles et l'efficacité des services et des programmes en vigueur.

Résultats de l'expérience d'AC

Nos activités d'AC ont incité plusieurs personnes qui ne faisaient pas partie de notre équipe d'origine ou de l'auditoire ciblé à mettre en œuvre les conclusions de notre recherche. Par exemple, certains fournisseurs de soins de santé qui n'avaient pas l'habitude de traiter avec les femmes criminelles ont voulu participer à notre comité communautaire intersectoriel. Cet intérêt a confirmé l'importance de notre recherche sur les actes autodestructeurs comme problème de santé non seulement pour les femmes à risque, mais également pour l'ensemble des femmes de la communauté.

La politique sur les actes autodestructeurs élaborée par le *Youth Solvent Addiction Committee* (YSAC) est un autre exemple. Le YSAC a pour mission de créer un réseau de guérison regroupant des centres de traitement de l'abus de solvants pour les jeunes, leurs familles et les communautés des Premières nations et des peuples inuits. La politique sur les actes autodestructeurs que le YSAC a adoptée pour ses centres de traitement est fondée sur une définition de l'acte autodestructeur élaborée grâce à notre recherche. Une déclaration de principe similaire a également été formulée par l'Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, qui a adopté une résolution nationale sur les actes autodestructeurs après la publication de notre rapport de recherche.

Enseignements tirés

Notre équipe de recherche a tiré de nombreux enseignements de ses activités d'AC, qui ont permis d'orienter les phases ultérieures du projet. Ces enseignements se sont révélés positifs, mais parfois difficiles.

Gestion des tensions possibles

Certains représentants organisationnels de l'équipe pourraient tout naturellement susciter de la méfiance chez certains des auditoires auxquels nous nous adressons.

Il a été reconnu que certains représentants organisationnels de l'équipe, notamment l'EFS, qui avaient joué un rôle déterminant dans le dépôt d'une plainte relative aux droits de la personne contre l'établissement correctionnel Portage, pourraient tout naturellement susciter de la méfiance chez certains des auditoires auxquels nous nous adressons (p. ex., le ministère de la Justice du Manitoba). Nous avons donc décidé de prévenir tout malentendu possible en identifiant et en jumelant des présentateurs avec divers groupes ou en adaptant notre message aux différents groupes. La réussite de cette approche s'est concrétisée lorsque les décideurs clés et les responsables de l'élaboration des politiques du système juridique et du secteur général des soins de santé ont pris part à notre comité communautaire intersectoriel, aux côtés du personnel et de la clientèle de l'EFS.

Vues divergentes

Dans la plupart des cas, l'étendue des expériences des membres de l'équipe a permis d'étoffer notre approche. Par contre, travailler au sein d'une équipe fondée sur la diversité qui souscrit pleinement au principe d'égalité dans la prise de décisions a exigé de nombreuses concessions mutuelles. Nous avons vu un exemple de dissension pendant la conception de la page couverture de notre rapport de recherche. Certains membres du groupe voulaient y voir une chaise de contention pour attirer l'attention sur le traitement inhumain des femmes incarcérées qui commettent des actes autodestructeurs. D'autres craignaient que les représentants du système juridique et correctionnel réagissent négativement, ce qui aurait pu contrecarrer nos efforts de collaboration au changement des politiques. Ils s'inquiétaient également qu'on exploite la douleur des femmes et qu'on tombe dans le sensationnalisme. De longues discussions ont suivi concernant le rôle de la recherche comme outil de défense des droits. Nous avons finalement convenu que la couverture du rapport afficherait un lettrage rouge sur un fond gris symbolique, et que l'image de la chaise de contention servirait dans le cadre d'une campagne de cartes postales d'un de nos partenaires (l'EFS) pour dénoncer la souffrance des femmes manitobaines détenues dans les établissements provinciaux.

Évaluation

Au départ, nous n'avions pas établi de composante adéquate pour évaluer l'efficacité de nos techniques d'AC et leur incidence. Pour satisfaire aux exigences de nos bailleurs de fonds (qui veulent des preuves tangibles que nos efforts font une différence), nous avons recueilli de l'information quantitative sur le nombre de rapports distribués, d'entrevues accordées aux médias, de documents publiés, etc. Par contre, nous n'avions rien prévu pour obtenir une

vision qualitative de l'efficacité de nos efforts en matière d'AC (c.-à-d., avons-nous réussi à sensibiliser la population?). Forts de cette leçon, nous sommes maintenant en mesure d'établir les critères de réussite de l'AC afin d'évaluer les efforts que nous fournirons d'ici la fin du projet.

Événements imprévus

Ce projet nous a surtout appris que travailler avec une diversité de partenaires et tenter de convertir les conclusions d'une recherche en sensibilisation et en action auprès d'un groupe encore plus vaste de partenaires communautaires apporte son lot d'incertitudes. Les éléments humains – la démission de membres, le changement de priorités gouvernementales ou même le décès de clients – étant du domaine de l'imprévisible, nous avons appris que la réaction la plus efficace consistait à faire preuve de souplesse et d'ouverture aux solutions créatives et concertées. En bout de ligne, ces expériences auront permis à l'équipe d'avancer en sagesse.

Travailler avec une diversité de partenaires et tenter de convertir les conclusions d'une recherche en sensibilisation et en action auprès d'un groupe encore plus vaste de partenaires communautaires apporte son lot d'incertitudes.

Conclusions et répercussions

Notre équipe entreprend maintenant une nouvelle phase de son projet sur les actes autodestructeurs, qui comportera l'expansion de l'équipe de recherche et la création d'un groupe communautaire consultatif. Cette phase, qui étudiera la consommation de drogues chez les femmes autochtones comme une forme d'autodestruction, nécessitera la tenue d'une table ronde communautaire qui nous permettra de discuter des conclusions de notre analyse du contexte et de planifier les prochaines étapes. Nous ferons également le nécessaire pour élaborer un cadre d'évaluation de notre stratégie d'AC.

Ces activités et d'autres activités connexes seront conformes à nos principes de base relativement à l'AC. Elles nous permettront de tirer profit des forces et de la diversité de notre équipe et de partager les pouvoirs décisionnels. Cela est d'une importance cruciale en ce qui concerne le processus et le produit, les deux éléments essentiels de notre approche d'AC.

ALLIANCE DE CHERCHEURS COMMUNAUTAIRES POUR AMÉLIORER LES SOINS DE PLAIES CHRONIQUES

Ian D. Graham, Institut de recherche en santé d'Ottawa, Université d'Ottawa
Margaret B. Harrison, Université Queen's
Bob Cerniuk, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Ottawa
Sheila Bauer, Centre d'accès aux soins communautaires d'Ottawa

Un partenariat établi entre des chercheurs en services de santé de l'Université Queen's et de l'Université d'Ottawa, un organisme communautaire de soins infirmiers et une autorité d'Ottawa en matière de soins à domicile a permis d'améliorer grandement la qualité des soins prodigués en cas d'ulcère de jambe. La synthèse des données externes et locales a joué un rôle clé dans l'adoption d'un protocole fondé sur l'expérience clinique et a fourni le contexte crucial pour le soutien d'une réorganisation substantielle du modèle de prestation des services en vigueur. Ce cas démontre qu'il est possible, grâce à une approche concertée de partenariat, d'élaborer rapidement des processus systématiques et transparents de recherche afin de modifier les politiques.

Contexte

L'ulcère de jambe est un trouble chronique, débilitant, coûteux et négligé. En 1999, les dépenses annuelles engagées pour assurer le traitement à domicile d'ulcères de jambe, chez 192 habitants de la région d'Ottawa, se sont élevées à 1,3 million de dollars. Ce groupe, qui ne représentait que 6 p. 100 des personnes recevant des soins à domicile, a pourtant dépensé 20 p. 100 du budget total alloué. De nombreux essais aléatoires contrôlés démontrent cependant qu'une bonne évaluation initiale et l'application de pansements compressifs permettent de traiter efficacement les ulcères veineux de jambe¹.

Le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) d'Ottawa, l'autorité en matière de soins à domicile pour la région (environ 750 000 habitants), s'est inquiété de la demande croissante de soins de plaies auprès d'organismes communautaires, de l'augmentation marquée des budgets des soins de plaies et de la pénurie d'infirmières. En 1999, le CASC d'Ottawa s'est donc associé à un organisme communautaire de soins infirmiers à but non lucratif – Infirmières de l'Ordre de Victoria d'Ottawa – et à une équipe de chercheurs en services de santé de l'Université Queen's et de l'Université d'Ottawa pour faire face à leurs préoccupations réciproques quant aux soins prodigués aux personnes présentant un ulcère de jambe. Ce partenariat avait pour objectif d'améliorer à la fois la qualité des soins et les conséquences sur la santé des personnes présentant un ulcère de jambe.

Ce projet, qui faisait appel aux secteurs communautaire et tertiaire, a été financé par le CASC d'Ottawa, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (par le biais d'allocations de recherche pour carrière en recherche) et les IRSC (par le biais d'une subvention pour évaluer l'efficacité des soins à domicile comparativement aux soins prodigués en clinique dans le traitement des ulcères de jambe).

L'initiative d'AC

Le partenariat a été formé dans un but commun : élaborer une approche pragmatique, fondée sur l'expérience clinique, en vue de modifier les pratiques et les services offerts. Nous avons abordé la recherche comme un projet concerté participatif. Le partenariat a traversé plusieurs phases, chacune présentant un degré variable d'application des connaissances (AC). Parfois simultanées et souvent influencées les unes par les autres, les phases du partenariat comportaient ce qui suit :

- la détermination de la prestation des soins aux personnes présentant un ulcère de jambe en tant qu'enjeu organisationnel important pour le CASC d'Ottawa, les gestionnaires de l'organisme communautaire de soins infirmiers et les décideurs;
- l'examen, par les chercheurs, de la documentation sur l'efficacité du traitement des ulcères de jambe et des modèles de prestation des services, suivi de la définition de pratiques exemplaires;
- la réalisation d'une étude régionale de prévalence et de profilage, d'une analyse du contexte et d'une vérification des pratiques, en collaboration avec le CASC d'Ottawa et l'organisme de soins infirmiers, pour déterminer l'ampleur du problème et les pratiques courantes²⁻⁴;
- des sondages auprès des fournisseurs de soins dans le but de déterminer leurs préoccupations^{5,6};
- l'engagement du conseil du CASC d'Ottawa face aux données trouvées dans la documentation et dérivées localement, pour appuyer les décisions;
- la création d'un groupe interdisciplinaire formé de fournisseurs et de chercheurs qui ont systématiquement étudié la qualité et l'utilité des recommandations sur les pratiques en vigueur et les ont adaptées en vue d'une utilisation locale en créant un protocole de soins des ulcères de jambe fondé sur l'expérience clinique^{7,8};
- le regroupement de gestionnaires, de décideurs et de chercheurs afin de repenser le modèle de prestation des services de sorte qu'il prenne en charge les pratiques exemplaires (une infirmière régionale dévouée a dirigé une équipe de soins des ulcères de jambe œuvrant à domicile et en clinique);
- la découverte, par des gestionnaires, de moyens novateurs pour vaincre l'inertie organisationnelle et surmonter les obstacles financiers et structurels afin d'appliquer le nouveau modèle conçu;
- la création, par les chercheurs et les organismes, d'occasions permettant aux infirmières de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences dans le traitement des plaies par le biais d'un programme d'échange avec le Royaume-Uni;
- la réalisation d'une étude avant-après sur l'incidence qu'a eue l'application du protocole fondé sur l'expérience clinique⁹;
- la possibilité de rédiger une proposition de subvention pour demander le financement d'une recherche jugée par les pairs dans le but de mettre en commun la synergie des chercheurs et celle des décideurs;
- l'assurance du financement de la recherche dans le but d'effectuer un essai aléatoire contrôlé afin de vérifier l'efficacité du nouveau modèle de service.

Résultats de l'expérience d'AC

Une rétroaction qualitative a indiqué que le partenariat a eu des effets positifs pour toutes les parties en cause. L'examen des dossiers de santé des clients a également indiqué que la qualité des soins s'était améliorée¹⁰. Les résultats de l'évaluation avant-après indiquent que le taux de guérison des ulcères de jambe après trois mois de soins est passé de 23 à 56 p. 100 après l'introduction du protocole fondé sur l'expérience clinique. On a également noté une réduction substantielle du nombre de visites d'infirmières et des frais engagés⁹. L'essai aléatoire contrôlé mesurant l'efficacité des soins à domicile comparativement aux soins en clinique s'est déroulé dans la dernière année de suivi; l'analyse des résultats est en cours.

L'aspect peut-être le plus important, c'est que nous avons pris les dispositions nécessaires pour que le service de traitement des ulcères de jambe continue à être offert dans la région, même si la recherche a pris fin. L'organisme de soins infirmiers a adopté la méthode utilisée pour évaluer et adapter les directives en vigueur¹¹ afin d'élaborer des protocoles visant d'autres troubles de la santé. C'est aussi sur cette méthode que sont basées les initiatives de pratiques exemplaires de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer, du Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux et de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario^{12,13}.

Nous avons pris les dispositions nécessaires pour que le service de traitement des ulcères de jambe continue à être offert dans la région, même si la recherche a pris fin.

Enseignements tirés

Nous avons dû relever quelques défis de taille dans le cadre de ce partenariat, mais avons également tiré d'importants enseignements.

Changement et engagement

Nos partenaires décideurs/gestionnaires ont souvent changé pendant les six ans de notre projet, ce qui signifie que nous devons continuellement établir de nouvelles relations. Les réorganisations et les changements de leadership ont également été nombreux au sein des organismes régionaux de soins à domicile et de soins infirmiers, rendant difficile la poursuite de l'initiative.

En bout de ligne, ce partenariat a tout de même permis rien de moins que la restructuration et la réorganisation de la prestation des soins fondées sur l'expérience clinique. Cette réalisation a exigé un engagement organisationnel majeur de la part des fournisseurs de services qui ont dû modifier leurs ententes de dotation et de rémunération et offrir une formation additionnelle à leur personnel.

Les chercheurs avaient également beaucoup de pain sur la planche. L'équipe de recherche a participé – de façon régulière et active – à la vie de tous les jours du service et, à certains moments, elle a même joué un rôle actif dans la mise en œuvre. Les chercheurs, qui étaient perçus comme crédibles et neutres, ont souvent dû intervenir entre le CASC d'Ottawa et l'organisme de soins infirmiers pour négocier certains changements. Toutefois, ce contact direct a permis d'établir une même compréhension et la confiance qui étaient nécessaires à la réussite du partenariat. Bien qu'il soit frustrant d'avoir à constamment renégocier et rétablir la confiance avec du nouveau personnel, le fait d'avoir accès aux décideurs et de pouvoir influencer la prise de décisions est très gratifiant, en bout de ligne.

Rendre les résultats de recherche utiles pour les décideurs

En tant que chercheurs, nous avons dû élaborer des méthodes de synthèse et de présentation des données externes et locales qui soient utiles pour les décideurs, conviviales et dans les délais impartis. Nous avons également dû parvenir à un consensus sur la valeur de méthodes de recherche « rapides, mais valables » qui permettraient aux décideurs d'obtenir les réponses immédiates dont ils ont besoin tout en respectant le souhait des chercheurs d'avoir recours à des méthodes rigoureuses.

Le plus important facteur de réussite pour l'adoption du protocole fondé sur l'expérience clinique aura été la synthèse des données externes et locales. Les données externes provenant de la documentation ont permis de déterminer, d'un point de vue clinique, les soins qui « devraient » être offerts. Cependant, les données locales sur les pratiques en vigueur nous ont fourni un contexte critique permettant la prestation de soins efficaces et efficients.

Financement

Le financement d'une recherche jugée par les pairs peut servir à négocier un changement avec les organismes qui reconnaissent la valeur de la recherche. Cependant, cette méthode risque de ralentir le processus lorsqu'il est nécessaire de présenter une nouvelle demande aux organismes subventionnaires et que les travaux ne peuvent continuer sans financement externe.

Bien qu'il soit frustrant d'avoir à constamment renégocier et rétablir la confiance avec du nouveau personnel, le fait d'avoir accès aux décideurs et de pouvoir influencer la prise de décisions est très gratifiant, en bout de ligne.

Le plus important facteur de réussite pour l'adoption du protocole fondé sur l'expérience clinique aura été la synthèse des données externes et locales.

Il peut être très enrichissant de constater une différence notable au sein de la population recevant des soins et de voir que ce changement engendre de nouvelles réussites.

Conclusions et répercussions

L'initiative visait un objectif commun : améliorer les soins et l'efficacité de la prestation des services en nous basant sur les meilleures données probantes à notre disposition. Elle démontre que l'élaboration de politiques peut se fonder davantage sur l'expérience clinique lorsque des chercheurs et des décideurs adoptent une approche concertée de partenariat et que cette approche peut faire apprécier à chaque partie l'univers et le point de vue de l'autre, établir une confiance entre elles, encourager chacune à apprendre de l'autre et procurer de nouvelles occasions d'utiliser la recherche pour améliorer la prise de décisions. Il peut être très enrichissant de constater une différence notable au sein de la population recevant des soins et de voir que ce changement engendre de nouvelles réussites.

Le projet a également révélé qu'il est possible d'élaborer un processus de recherche systématique, transparent et relativement rapide (p. ex., cycle d'évaluation et d'adaptation des directives) pour soutenir la prise de décisions. Comme les résultats de l'étude avant-après sur l'efficacité du protocole de traitement des ulcères de jambe qui a été élaboré localement viennent d'être publiés, il est trop tôt pour espérer que le protocole ait été adopté ailleurs. Toutefois, ce protocole a été mis à jour⁸ et a servi de base à une étude de mise en œuvre dans trois autres régions de l'Ontario. Bien que les données n'aient pas été analysées à fond, nous savons que le protocole a été adopté dans deux régions, mais non dans la troisième, probablement parce que les changements organisationnels nécessaires à l'application du protocole n'avaient pas été effectués au troisième endroit.

Cette étude de cas aura d'importantes répercussions sur les recherches futures en matière d'AC, à savoir : la nécessité de mettre l'accent sur les relations entre chercheurs et décideurs et sur les facteurs qui favorisent ou entravent l'établissement de relations efficaces; les méthodes de synthèse des données externes et locales à présenter aux décideurs; le rôle des chercheurs comme agents du changement et promoteurs de la mise en œuvre.

Références

1. Cullum, N., E. A. Nelson, A. W. Fletcher et T. A. Sheldon. 2001. Compression for venous leg ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2:CD000265.
2. Harrison, M. B., I. D. Graham, E. Friedberg, K. Lorimer et S. Vandeveld-Coke. 2001. 2001. Regional planning study: Assessing the population with leg and foot ulcers. *Can Nurse* 97:18-23.
3. Friedberg, E. H., M. B. Harrison et I. D. Graham. 2002. Current home care expenditures for persons with leg ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 29:186-92.
4. Graham, I. D., M. B. Harrison, E. A. Nelson, K. Lorimer et A. Fisher. 2003. Prevalence of lower-limb ulceration: A systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care* 16 (6): 305-16.
5. Graham, I. D., M. B. Harrison, C. Moffat et P. Franks. 2001. Leg ulcer care: Nursing attitudes and knowledge. *Can Nurse* 97:19-24.
6. Graham, I. D., M. B. Harrison, M. Shafey et D. Keast. 2003. Knowledge and attitudes regarding care of leg ulcers: Survey of family physicians. *Can Fam Physician* 49:896-902.
7. Graham, I. D., K. Lorimer, M. B. Harrison, T. Pierscianowski, pour le Leg Ulcer Protocol Tasks Force, Leg Ulcer Protocol Task Force Working Group, et al. 2000. 2000. Evaluating the quality and content of international clinical practice guidelines for leg ulcers: Preparing for Canadian adaptation. *Can Assoc Enterostomal Ther J* 19 (3): 15-31.

8. Graham, I. D., M. B. Harrison, K. Lorimer, T. Pierscianowski, E. Friedberg, M. Buchanan et C. Harris. 2005. Adapting National and International Leg Ulcer Practice Guidelines for Local Use: The Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. *Adv Skin Wound Care* 18 (6): 307-18.
9. Harrison, M. B., I. D. Graham, K. Lorimer, E. Friedberg, T. Pierscianowski et T. Brandys. 2005. Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *CMAJ* 172 (11): 1447-52.
10. Lorimer, K. 2004. Continuity through best practice: Design and implementation of a nurse-led community leg-ulcer service. *Can J Nurs Res* 36 (2): 105-12.
11. Graham, I. D., M. B. Harrison et M. Brouwers. 2003. Evaluating and adapting practice guidelines for local use: A conceptual framework. In *Clinical governance in practice*, dir. S. Pickering et J. Thompson, 213-29. London: Harcourt.
12. Graham, I. D., M. B. Harrison, M. Brouwers, B. L. Davies et S. Dunn. 2002. Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs* 31 (5): 599-611.
13. MacLeod, F. E., M. B. Harrison et I. D. Graham. 2002. The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: Risk assessment and prevention of pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 48 (10): 30-2, 34-8.



PRISMA : INTÉGRATION DES SERVICES DE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

Réjean Hébert, M.D., M.Ph., Université de Sherbrooke
André Tourigny, M.D., M.B.A., Université Laval
Michel Tousignant, Pht., Ph.D., Université de Sherbrooke
Louis Demers, Ph.D., École nationale d'administration publique
Nicole Dubuc, inf. aut., Ph.D., Université de Sherbrooke
Diane Morin, inf. aut., Ph.D., Université Laval
Danièle Blanchette, Ph.D., CA, Université de Sherbrooke
Lucie Bonin, Agence régionale de santé et de services sociaux de Mauricie-Centre-du-Québec
Yves Couturier, Université de Sherbrooke

PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un partenariat concerté de recherche conçu afin de mettre au point et d'appliquer des mécanismes et des outils destinés à l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Formé de chercheurs, de décideurs, de gestionnaires et de cliniciens, PRISMA a créé un modèle composé : de mécanismes de coordination au niveau de la gouvernance, de la gestion et des services cliniques; d'une porte d'entrée unique donnant accès aux services; d'un processus de gestion par cas; de plans de service individualisés; d'un outil d'évaluation unique; et d'un dossier clinique informatisé. Le modèle PRISMA a été mis en œuvre avec succès dans plusieurs régions du Québec et a influencé de façon significative l'élaboration de politiques et de programmes pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Contexte

Les soins hospitaliers traditionnels ne sont pas adaptés à de nombreuses maladies chroniques, qui requièrent des soins de longue durée. Pour ces types de maladies, qui touchent un bon nombre de personnes âgées, un autre modèle de soins, axé sur le lieu de résidence de l'utilisateur, pourrait être plus approprié. Un tel modèle exige d'importantes modifications de l'organisation et de la prestation des services sociaux et de santé, principalement des soins de santé de première ligne et à domicile. Devant la profusion d'organismes et de professionnels visés, l'intégration des services est cruciale.

Le but du projet PRISMA est d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des mécanismes et des outils destinés à améliorer la continuité des soins et à intégrer les services de santé offerts aux personnes âgées du Canada en perte d'autonomie. Le modèle PRISMA de prestation intégrée des services (PIS)¹ regroupe tous les organismes publics, privés et bénévoles qui offrent des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et se compose de six éléments : des mécanismes de coordination au niveau de la gouvernance, de la gestion et des services cliniques; une porte d'entrée unique donnant accès à l'ensemble des services; un processus de gestion par cas; un plan de service individualisé; un outil d'évaluation unique doté d'un système de classification de la clientèle; et un dossier clinique informatisé.

PRISMA est dirigé par le Dr Réjean Hébert, du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke, et réunit 15 chercheurs de ce centre et de l'équipe de recherche en gériatrie de l'Université Laval. Ces deux équipes de recherche travaillent avec les directeurs et les gestionnaires du réseau de services du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Institut national de santé publique du Québec, cinq régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) et l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (un centre hospitalier offrant des soins de longue durée). PRISMA est un partenariat unique entre chercheurs, décideurs, gestionnaires et

cliniciens qui collaborent afin de définir les objectifs de leur recherche, de concevoir et mettre en œuvre des protocoles et d'appliquer les résultats sur le terrain au moyen de services et de programmes novateurs.

L'initiative d'AC

PRISMA élabore, implante et évalue des mécanismes et des outils de PIS en étudiant principalement les personnes âgées en perte d'autonomie. Vers la fin des années 1990, on a demandé l'aide de chercheurs dès le début d'un premier projet lancé dans la région des Bois-Francs (Québec) sous la direction de la RRSSS, afin d'évaluer l'expérience et participer à l'élaboration et à l'essai des mécanismes et des outils liés au projet. L'étroite collaboration qui s'est établie entre les chercheurs, les décideurs, les gestionnaires de la santé et les cliniciens a mené au modèle PRISMA et à ses composantes.

L'évaluation de ce premier projet-pilote a fourni aux décideurs, aux gestionnaires et aux cliniciens de l'information utile pour d'éventuelles applications. Une seconde initiative d'implantation de PIS dans la région de l'Estrie a fait appel au même genre de collaboration pour la conception, la mise en œuvre et l'analyse de l'expérience, puis pour le transfert des résultats. D'autres RRSSS se sont intéressées à certaines composantes du modèle et se sont jointes au groupe PRISMA.

Le groupe PRISMA provincial est formé de représentants de l'équipe de recherche, du MSSS et des RRSSS participantes. Ses membres se réunissent trois fois l'an pour faire le survol des travaux réalisés par le groupe, échanger leurs connaissances sur les questions, les problèmes et les résultats courants, déterminer les projets futurs et planifier leurs activités d'application des connaissances (AC). Les équipes PRISMA de chaque région se réunissent plus régulièrement pour concevoir et implanter leurs expériences, surveiller et analyser les résultats et discuter de stratégies d'application. Le processus continu d'échanges qui a été mis en place permet de surveiller le changement et de répondre aux nouveaux besoins.

Les équipes PRISMA de chaque région se réunissent plus régulièrement pour concevoir et implanter leurs expériences, surveiller et analyser les résultats et discuter de stratégies d'application.

Nous participons également à de nombreuses activités pour diffuser les résultats obtenus par PRISMA. Nous avons organisé trois colloques, auxquels ont participé plus de 600 cliniciens, gestionnaires et décideurs du Québec, et nous avons visité des établissements qui désiraient implanter certains de nos outils. Un site Web, que nous mettons à jour périodiquement, donne de l'information sur le travail de PRISMA et un livre résumant les travaux du groupe a récemment été publié en français² et en anglais³.

Résultats de l'expérience d'AC

PRISMA a développé et implanté de nombreux outils qui permettent l'intégration des services et l'application de nouvelles pratiques professionnelles et de changements organisationnels. En Estrie, par exemple, les gestionnaires de cas et les cliniciens ont demandé un outil simple de repérage afin d'identifier les personnes âgées en perte d'autonomie qui pourraient ultérieurement bénéficier du système de PIS. L'équipe de recherche a conçu et validé pour eux le questionnaire PRISMA-7⁴, dont se servent maintenant un service de santé téléphonique, des organismes bénévoles et des cliniques pour identifier les personnes âgées qui devraient être recommandées à un gestionnaire de cas pour une évaluation approfondie.

Dans la région des Bois-Francs, nous avons reconnu qu'il était vital qu'un dossier clinique informatisé facilite la communication entre les travailleurs et les organismes de santé. Ce système, appelé *Système d'information géronto-gériatrique* (SIGG), est une version informatisée de notre outil d'évaluation unique et comprend le *Système de*

mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), une échelle d'incapacité. Le SIGG utilise un système sécurisé déjà en place – le Réseau de télécommunications sociosanitaires de la santé (RTSS) du Québec – et est accessible par Internet aux professionnels de tous les établissements qui désirent échanger de l'information sur leurs clients.

Nous avons également développé, à partir du SMAF, un système de classification de la clientèle (profils ISO-SMAF) qui permet d'évaluer la responsabilité et le rendement. Ces profils nous permettent de classer les patients selon leur degré d'autonomie fonctionnelle et visent à faire concorder les évaluations cliniques avec l'information de gestion. Le système a été conçu de façon à éviter une collecte redondante des données et à coordonner les services recommandés, l'allocation des ressources, le suivi des patients, l'évaluation de la qualité des soins et la responsabilité organisationnelle. Ces profils ont été implantés afin d'améliorer la gestion des bénéficiaires de soins à domicile ou en établissement dans deux régions expérimentales. Le MSSS envisage maintenant de généraliser l'emploi des profils à tous les services de soins à domicile et en établissement.

L'évaluation économique de l'implantation et du fonctionnement du modèle PRISMA⁵ s'est également révélée utile pour les décideurs qui planifient l'implantation du modèle et évaluent le budget nécessaire à sa réalisation. D'autres études sur le travail des gestionnaires de cas ont également permis de mieux définir les nouveaux rôles professionnels et d'améliorer la formation offerte⁶. Ainsi, l'Université de Sherbrooke a mis au point, avec l'aide du groupe PRISMA, un nouveau programme d'études supérieures destiné aux gestionnaires de cas.

Enseignements tirés

Une collaboration étroite avec les décideurs, les gestionnaires et les cliniciens assure la pertinence de la recherche et une mise en œuvre rapide au sein du système de soins de santé. Il n'est toutefois pas toujours facile de synchroniser la recherche, les services et les politiques. En effet, les chercheurs n'ont plus le contrôle total de l'expérience, et la confiance mutuelle est nécessaire pour que les décideurs et les gestionnaires comprennent le programme de recherche. Des contraintes budgétaires ont ralenti l'implantation de la PIS et de certains outils (notamment du SIGG) en Estrie, ce qui a causé des retards pour plusieurs projets de recherche. De plus, nos activités d'AC ont parfois été presque trop efficaces puisque certaines régions ont décidé d'implanter PRISMA prématurément, sans attendre les derniers résultats de nos travaux. C'est également le cas au niveau de l'établissement des politiques puisque le ministère de la Santé et des Services sociaux a inclus l'intégration du modèle PRISMA dans sa politique sur les personnes âgées. Notre étude d'évaluation aurait pu être compromise si les régions choisies pour la comparaison avaient immédiatement implanté le modèle PRISMA.

Nos activités d'AC ont parfois été presque trop efficaces puisque certaines régions ont décidé d'implanter PRISMA prématurément, sans attendre les derniers résultats de nos travaux.

Conclusions et répercussions

Le groupe PRISMA a eu un impact majeur sur l'élaboration des lignes directrices du ministère de la Santé concernant les personnes âgées en perte d'autonomie.

En collaborant étroitement avec les décideurs du Québec, le groupe PRISMA a eu un impact majeur sur l'élaboration des lignes directrices du ministère de la Santé concernant les personnes âgées en perte d'autonomie⁷ et d'un plan d'action visant les services offerts à ces personnes. Les travaux du groupe ont également influencé la récente réforme provinciale qui a créé des structures de services intégrés – les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) – en fusionnant les hôpitaux, les centres de santé communautaire et les maisons de soins

infirmiers. Les projets cliniques visant les personnes âgées en perte d'autonomie que les quatre-vingt-quinze CSSS élaborent actuellement seront grandement influencés par le travail de PRISMA. Les membres du groupe ont également été invités par l'Ontario et la Colombie-Britannique à conseiller leurs autorités régionales ou provinciales sur l'organisation de services pour les personnes âgées. PRISMA a récemment participé, à titre d'expert international, à une conférence européenne sur la prestation intégrée de services sociaux et de santé aux personnes âgées.

Le groupe PRISMA poursuit sa recherche. Le projet des Bois-Francis a démontré des effets statistiquement importants sur l'autonomie fonctionnelle des patients et sur l'utilisation des services de santé⁸. Grâce aux résultats de l'étude menée en Estrie, nous serons en mesure, dans les années qui viennent, de démontrer l'impact de la PIS sur l'utilisation des services de santé et d'en déterminer les coûts au moyen d'une approche basée sur une population. Nous étudierons également l'incidence de la PIS sur les pratiques professionnelles et les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs soignants immédiats et nous élaborerons des indicateurs qui permettront d'évaluer la qualité des soins de la PIS. Nous travaillons aussi à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'impact de la PIS sur la continuité des services, qui est l'objectif ultime de cette intégration.

Le groupe PRISMA adapte son modèle à d'autres populations de patients, notamment les personnes atteintes d'une déficience physique ou intellectuelle ou qui souffrent de problèmes de santé mentale. La validité des profils ISO-SMAF a été vérifiée auprès d'autres patients; leur application aux maisons privées de soins infirmiers est maintenant mise à l'essai.

Ce projet a permis de démontrer que la recherche peut influencer les politiques lorsqu'il est question d'améliorer le système sanitaire et social du Canada. Il est possible que le groupe PRISMA ait également démontré le moyen le plus efficace de combiner la recherche et l'action pour transformer rapidement et efficacement les données de recherche en nouveaux moyens de prodiguer des soins et, réciproquement, de s'assurer que les décisions prises par les représentants et les gestionnaires du gouvernement sont fondées sur des données fiables.

Références

1. Hébert, R., P. J. Durand, N. Dubuc, A. Tourigny et le groupe PRISMA. 2003. Frail elderly patients. New model for integrated service delivery. *Can Fam Physician* 49:992-97.
2. Hébert, R., A. Tourigny, et M. Gagnon. 2004. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec : Edisem.
3. Hébert, R., A. Tourigny, and M. Gagnon. 2005. *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec : Edisem.
4. Raïche, M., R. Hébert, M.-F. Dubois et les partenaires de PRISMA. Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie significative. Dans *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 153-175), dir. R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon. Québec : Edisem.
5. Durand, S., D. Blanchette et R. Hébert. (2004). Aspects financiers liés à l'intégration des services de maintien de l'autonomie – Volet « Implantation et fonctionnement ». Dans *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 251-266), dir. R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon. Québec : Edisem.
6. Couturier, Y., S. Carrier et I. Chouinard. (2005). Le champ sémantique de l'intégration des services : enjeux pour le travail, enjeux pour la planification. 3^e Colloque de PRISMA sur l'intégration des services. PRISMA.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2001. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Québec : MSSS.
8. Tourigny, A., P. Durand, L. Bonin, R. Hébert et L. Rochette. 2004. Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly. *Can J Aging*. 23 (3): 231-46.

LE RÉSEAU NÉONATAL CANADIEN^{MC}, NOUVEAU MODÈLE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES

Shoo Lee, Université de l'Alberta
Khalid Aziz, Université Memorial de Terre-Neuve
Arne Ohlsson, Université de Toronto
Catherine M. Cronin, Université du Manitoba
Francine Lefebvre, Université de Montréal
Alexander Allen, Université Dalhousie
Michael Dunn, Université de Toronto
Réseau néonatal canadien^{MC}

Le Réseau néonatal canadien^{MC} (RNC) est une initiative primée de recherche et d'application des connaissances (AC) ayant pour but d'améliorer la santé des nouveau-nés et la qualité des soins qui leur sont prodigués. Composé de chercheurs, de cliniciens et d'administrateurs d'unités néonatales de soins intensifs et d'universités canadiennes, le RNC effectue des recherches concertées fondées sur des données probantes qui visent la modification des pratiques et des politiques. Ses principales activités, comme la rétroaction aux hôpitaux sur les résultats obtenus, ont permis d'améliorer considérablement les pratiques. Le RNC a également contribué à l'élaboration de politiques sur l'allocation des ressources néonatales en Colombie-Britannique et est reconnu à l'échelle internationale comme un facteur de changement.

Contexte

Le Réseau néonatal canadien^{MC} est un groupe multidisciplinaire de chercheurs, de cliniciens et d'administrateurs œuvrant dans 30 unités néonatales de soins intensifs (UNSI) tertiaires et 16 universités à l'échelle du Canada. Nous effectuons des recherches concertées fondées sur des données probantes afin d'améliorer la santé des nouveau-nés et la qualité des soins qui leur sont prodigués; nous mettons l'accent sur l'AC et sur la modification des pratiques et des politiques. Notre programme de recherche nous a permis de tirer des conclusions qui ont eu un impact marqué sur les patients, les organismes et les systèmes de soins de santé. En 2004, le RNC a reçu le Prix de l'application des connaissances des IRSC.

Les objectifs spécifiques du RNC consistent à mettre sur pied un réseau national de chercheurs canadiens multidisciplinaires intéressés par la recherche néonatale et périnatale, à établir et mettre à jour une base nationale de données néonatales et périnatales et à mettre en place une infrastructure qui facilitera la recherche concertée. Nous souhaitons également étudier les résultats longitudinaux et la variation des soins médicaux, car les UNSI comptent parmi les plus importants postes de dépenses associés à la santé des enfants et témoignent d'importantes variations dans la mortalité, la morbidité et les coûts. Dans l'ensemble, nous visons l'élaboration de méthodes de recherche novatrices qui permettront d'améliorer la santé et la qualité des soins offerts.

Le RNC a été fondé en 1995 et compte aujourd'hui 50 membres chercheurs, cliniciens et administrateurs, de même que 20 stagiaires. Il est financé par un partenariat d'hôpitaux (pour la collecte des données) et d'organismes subventionnaires de la recherche (pour les projets de recherche). Nous avons également regroupé en une équipe interdisciplinaire de renforcement des capacités (EIRC) des experts nationaux en matière néonatale et périnatale subventionnés par les IRSC pour offrir un solide soutien aux recherches effectuées par le RNC.

L'initiative d'AC

Nous utilisons une approche intégrée qui combine la méthodologie de recherche et l'expertise clinique et en gestion pour déterminer les problèmes de santé, trouver des solutions pratiques pour ensuite les mettre en œuvre et les évaluer. Pour ce faire, nous tenons à jour une base de données nationale standardisée de tous les bébés admis dans les UNSI canadiennes. Chaque année, nous publions un rapport de vérification qui permet de faire le suivi des résultats, des pratiques de traitement et des tendances concernant la santé des nouveau-nés. Les résultats sont communiqués aux établissements et aux autorités sanitaires régionales. Nous mettons sur pied des équipes de recherche qui s'attaquent aux problèmes de santé relevés par ce rapport de vérification et par les membres du RNC au niveau du patient, de l'organisme et du système de soins de santé. À l'heure actuelle, nous effectuons dans plusieurs centres dix études subventionnées et jugées par des pairs qui ont pour but d'améliorer les résultats néonataux.

Nous avons publié une centaine d'articles dans des revues scientifiques et avons fait autant de présentations dans le cadre de réunions scientifiques nationales et internationales. De plus, nous effectuons l'AC de façon directe au moyen de :

- *Soins cliniques* – Dans chaque hôpital, une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, dirigée par des membres du RNC, voit au suivi des données et élabore et implante des stratégies de changement.
- *Lignes directrices sur les pratiques* – Nous collaborons avec des sociétés professionnelles (p. ex., la Société canadienne de pédiatrie) à l'élaboration et à l'évaluation de lignes directrices sur les pratiques.
- *Politiques et planification* – Dans le cadre de rapports ciblés, nous proposons aux autorités sanitaires et aux gouvernements provinciaux nos recommandations en matière de politiques.

Résultats de l'expérience d'AC

Voici les faits saillants de nos activités de recherche et d'AC :

1. Détermination de variations dans les résultats et les pratiques des UNSI et de pratiques exemplaires au Canada

Nous avons publié la première description complète des résultats et des pratiques des UNSI canadiennes¹ et avons étudié les résultats d'importantes sous-populations qui présentent un risque particulièrement élevé de complications sanitaires à long terme, comme les grands prématurés^{2,3}. La transmission de cette information dans un rapport de vérification remis aux hôpitaux s'est concrétisée par des mesures importantes pour aborder les lacunes relevées. Un hôpital a mis en place des mesures qui ont permis de réduire de plus de moitié le taux d'infection dans son UNSI.

Nous avons également signalé des variations importantes ajustées en fonction du risque dans les UNSI canadiennes en matière de mortalité et de morbidité⁴. Ces légères variations régionales des résultats peuvent servir pour l'étude de l'efficacité relative des différentes pratiques. Nous avons constaté que chaque hôpital a ses forces et ses faiblesses et qu'aucun n'a systématiquement fait preuve de supériorité en matière de rendement. Nous avons ainsi montré qu'il peut être dangereux de copier les pratiques des hôpitaux réputés, puisqu'on ne peut présumer qu'un rendement supérieur dans un domaine est également supérieur dans d'autres domaines.

Dans le cas de l'hémorragie intraventriculaire, nous avons découvert que la variation de son incidence est attribuable aux différences notées dans quatre pratiques clés des UNSI⁵. Nous avons ensuite élaboré des méthodes d'analyse nous permettant de définir et de quantifier les risques associés aux variations des résultats de chaque hôpital⁶. Ces nouveautés ouvrent la voie au perfectionnement des méthodes actuelles d'amélioration de la qualité qui reposent sur l'observation subjective des pratiques « exemplaires ».

2. Création d'instruments pour comparer les résultats des UNSI

En collaboration avec des chercheurs des États-Unis, nous avons créé et breveté une échelle d'indices de gravité des maladies néonatales (SNAP-II) et avons démontré comment l'ajustement au risque peut servir à faire une comparaison valable des résultats des UNSI^{7,8}. SNAP-II est devenu la norme internationale pour évaluer la gravité d'une maladie néonatale et pour comparer les résultats qu'obtiennent les hôpitaux en vue de la vérification, de l'accréditation et de l'amélioration de la qualité. SNAP-II a également été offert sous licence à des entreprises pour qu'elles évaluent les risques, fixent les primes d'assurance et l'intègrent au matériel de surveillance des patients dans les hôpitaux.

Nous avons aussi élaboré le premier instrument valide⁹ qui permet d'évaluer les résultats du transport des bébés. Grâce à ce système, un hôpital canadien a pu identifier et résoudre un problème qui touchait 40 p. 100 des bébés transportés, qui présentaient une température plus basse que la normale à leur arrivée à destination.

3. Système EPIC (Evidence-based Practice Identification and Change), pour améliorer la qualité

Nous avons élaboré une méthode objective et scientifique visant à améliorer la qualité en fonction des données probantes publiées, d'interventions ciblées des pratiques spécifiques au changement et de l'expertise cumulée du RNC.

Ce système d'identification et de changement des pratiques fondé sur l'expérience clinique combine l'analyse quantitative et des méthodes qualitatives d'identification des obstacles au changement et fait appel aux équipes multidisciplinaires de chaque hôpital pour faciliter le changement des pratiques. La constitution d'un réseau d'équipes hospitalières permet d'éviter la duplication des efforts, d'échanger rapidement les leçons tirées, de maintenir l'enthousiasme et d'effectuer l'AC au niveau fondamental.

Le système EPIC modifie le paradigme de l'amélioration de la qualité en transformant un exercice subjectif en une méthode objective qui permet d'améliorer la qualité des soins d'une façon plus efficace et plus efficiente. Plusieurs centres mènent actuellement une étude financée par les IRSC visant à évaluer l'impact du système EPIC sur la qualité des soins offerts dans leur UNSI.

4. Évaluation des lignes directrices relatives aux pratiques cliniques

Nous utilisons également la base de données pour évaluer les lignes directrices relatives aux pratiques et en recommander de nouvelles. Par exemple, nous avons découvert qu'une ligne directrice qui préconise le dépistage routinier des bébés prématurés est inutile lorsque le poids à la naissance est supérieur à un certain poids¹⁰. Ces conclusions ont amené la Société canadienne de pédiatrie à revoir ses lignes directrices nationales sur le dépistage, ce qui pourrait diminuer de moitié le nombre de bébés systématiquement examinés et faire économiser aux hôpitaux plus de 1 million de dollars chaque année.

Nous avons également créé une formule qui permet à un hôpital régional d'identifier le système de transport le plus rentable dans son territoire compte tenu de la charge salariale et des besoins locaux en transport¹¹. Quelques rapports indiquent que les hôpitaux d'autres pays ont commencé à utiliser notre système pour prendre des décisions liées à leur système de transport.

Les réseaux nationaux offrent une valeur ajoutée car ils mettent en commun l'expertise d'une grande variété de ressources, permettent la coordination d'initiatives qui évitent la duplication des efforts et produisent des résultats facilement généralisables.

Nous nous sommes souvent retrouvés dans une zone grise – quelque part entre la recherche et l'amélioration de la qualité – sans pouvoir obtenir de financement ni des organismes subventionnaires ni du système de soins de santé.

5. Recommandations en matière de politiques et de planification

À l'aide de notre base de données, nous avons étudié la pertinence et l'allocation des ressources néonatales en Colombie-Britannique et avons soumis au gouvernement de cette province un rapport dans lequel nous recommandons des changements¹². Nous nous sommes aussi penchés sur le coût des soins néonataux et périnataux en Colombie-Britannique et avons présenté notre rapport^{13,14}. Depuis, le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique et le Child Health Network de la région du Grand Toronto ont adopté ces rapports et s'en sont servi pour évaluer si la capacité périnatale à risque élevé est suffisante et pour planifier l'allocation des ressources régionales.

Enseignements tirés

Les réseaux qui regroupent des chercheurs, des cliniciens et des administrateurs pour planifier et exécuter des projets de recherche et qui changent à un niveau fondamental les pratiques et les politiques dans le cadre des objectifs mêmes de leur projet sont des véhicules efficaces d'AC en matière de soins de santé. Les réseaux nationaux offrent une valeur ajoutée car ils mettent en commun l'expertise d'une grande variété de ressources, permettent la coordination d'initiatives qui évitent la duplication des efforts et produisent des résultats facilement généralisables. Les

bases de données cliniques et administratives sur la santé jouent un rôle important dans la recherche; elles peuvent réduire considérablement les coûts et améliorer l'efficacité de la recherche.

Nous avons dû surmonter une difficulté majeure : nos initiatives étaient perçues par certains membres du comité d'examen par les pairs comme de simples améliorations de la qualité, non comme une « vraie recherche », alors que des administrateurs de la santé les voyaient comme de la « recherche ». Par conséquent, nous nous sommes souvent retrouvés dans une zone grise – quelque part entre la recherche et l'amélioration de la qualité – sans pouvoir obtenir de financement ni des organismes subventionnaires ni du système de soins de santé.

L'absence de soutien des organismes subventionnaires et des hôpitaux pour l'entretien du réseau et de la base de données nationale a constitué une autre difficulté de taille. Par conséquent, l'infrastructure du réseau est instable et fréquemment démontée pour être remontée lorsque les ressources financières le permettent, ce qui interrompt la surveillance et la recherche. Néanmoins, le RNC permet de réduire considérablement le coût des projets de recherche en leur offrant une infrastructure commune et en évitant la duplication des données recueillies. Des mécanismes de financement reliant la recherche traditionnelle en santé et les fonctions de gestion et permettant une stabilité du support de l'infrastructure sont nécessaires.

Conclusions et répercussions

Le Réseau néonatal canadien a été décrit comme l'archétype du réseau d'application des connaissances au Canada. Il a également été reconnu à l'échelle internationale comme source de données repères, facteur de changement et force puissante favorisant le travail d'équipe. En 2003, la *American Academy of Pediatrics Neonatal-Perinatal Section of District VIII* a voté unanimement pour devenir membre du RNC. Des demandes d'aide et de collaboration ont été reçues de nombreux pays, y compris l'Inde, la Chine, la Malaisie, le Mexique et l'Australie. Le RNC a établi la *International Neonatal Collaboration* dans le but de faciliter la recherche et la collaboration à l'échelle internationale.

Des mécanismes de financement reliant la recherche traditionnelle en santé et les fonctions de gestion et permettant une stabilité du support de l'infrastructure sont nécessaires.

Références

1. Lee, S. K., D. D. McMillan, A. Ohlsson, M. Pendray, A. Synnes, R. Whyte, L. Y. Chien et J. Sale. 2000. Variations in practice and outcomes in the Canadian NICU network: 1996-1997. *Pediatrics* 106:1070-79.
2. Chan, K., A. Ohlsson, A. Synnes, D. S. C. Lee, L. Y. Chien, S. K. Lee et le Réseau néonatal canadien. 2001. Survival, morbidity, and resource use of infants of 25 weeks' gestational age or less. *Am J Obstet Gynecol* 185:220-26.
3. Chien, L. Y., R. Whyte, K. Aziz, P. Thiessen, D. Matthew, S. K. Lee et le Réseau néonatal canadien. 2001. Improved outcome of preterm infants when delivered in tertiary care centers. *Obstet Gynecol* 98:247-52.
4. Sankaran, K., L. Y. Chien, R. Walker, M. Seshia, A. Ohlsson et S. K. Lee. 2002. Variations in mortality rates among Canadian neonatal intensive care units. *CMAJ* 166:173-78. *CMAJ* 166:173-78.
5. Synnes, A. R., L. Y. Chien, A. Peliowski, R. Baboolal, S. K. Lee et The Canadian NICU Network. 2001. Variations in intraventricular hemorrhage incidence rates among Canadian neonatal intensive care units. *J Pediatr* 138:525-31.
6. MacNab, Y., Z. Qiu, P. Gustafson, C. B. Dean, A. Ohlsson et S. K. Lee. À paraître. Hierarchical Bayes analysis of multilevel health services data. *Health Serv Outcome Res. Health Serv Outcome Res.*
7. Richardson, D., W. O. Tarnow-Mordi et S. K. Lee. 1999. Risk adjustment for quality improvement. *Pediatrics* 103 (1 Suppl E): 255-65.
8. Richardson, D. K., J. D. Corcoran, G. J. Escobar et S. K. Lee. 2001. SNAP-II and SNAPPE-II: Simplified newborn illness severity and mortality risk scores. *J Pediatr* 138:92-100.
9. Lee, S. K., J. A. F. Zupancic, M. Pendray, P. Thiessen, B. Schmidt, R. Whyte, D. Shorten, S. Stewart et le Réseau néonatal canadien. 2001. Transport risk index of physiologic stability: A practical system for assessing infant transport care. *J Pediatr* 139:220-26.
10. Lee, S. K., C. Normand, D. McMillan, A. Ohlsson, M. Vincer, C. Lyons, pour le Réseau néonatal canadien. 2001. Evidence for changing guidelines for routine screening for retinopathy of prematurity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 155:387-95.
11. Lee, S. K., J. A. Zupancic, J. Sale, M. Pendray, R. Whyte, D. Brabyn, R. Walker et H. Whyte. 2002. Cost-effectiveness and choice of infant transport systems. *Med Care* 40:705-16.
12. Lee, S. K., K. Cardiff, S. Stewart et W. MacKenzie. 2002. Report on tertiary neonatal care in British Columbia. Vancouver, BC: Centre for Healthcare Innovation and Improvement.
13. Lee, S. K. et L. Anderson. 2004. Report on tertiary neonatal costs in B.C. Vancouver, BC: Centre for Healthcare Innovation and Improvement.
14. Lee, S. K. et L. Anderson. 2004. Report on tertiary perinatal costs in B.C. Vancouver, BC: Centre for Healthcare Innovation and Improvement.



FORMATION CONTINUE EN PHARMACOTHÉRAPIE DANS LE CADRE DE L'ALBERTA DRUG UTILIZATION PROGRAM

D^r Harold Lopatka, directeur de programme, *Alberta Drug Utilization Program*

L'Alberta Drug Utilization Program (programme d'utilisation des médicaments de l'Alberta) est une initiative éducative à plusieurs facettes ayant comme pièce maîtresse un programme de formation continue en pharmacothérapie qui vise à améliorer la façon dont les médecins albertains prescrivent les médicaments. Une amélioration perceptible des pratiques cliniques a été observée pendant les trois ans du programme. La création et l'entretien de relations – entre organismes, entre médecins et formateurs et entre collègues médecins – ont été relevés comme des facteurs clés de la réussite de cette initiative.

Contexte

L'Alberta Drug Utilization Program (ADUP) a été créé en 1998 dans le but d'élaborer et d'évaluer des stratégies de gestion de l'utilisation des médicaments faisant la promotion de la santé des Albertains et d'en faciliter la mise en œuvre.

La formation continue en pharmacothérapie – intervention éducative visant à améliorer la pratique professionnelle – a été reconnue comme une stratégie pouvant améliorer la prescription et l'utilisation des médicaments en Alberta. L'objectif de ce type de formation consiste à optimiser la prescription chez les médecins en transmettant aux fournisseurs de l'information sur les médicaments qui est impartiale, rentable et fondée sur des preuves.

Toutefois, les approches telles que les interventions éducatives à plusieurs facettes et la formation continue en pharmacothérapie ne parviennent peut-être pas à influencer la pratique professionnelle comme on le croyait auparavant, en raison de facteurs non reconnus¹. Ainsi, l'industrie pharmaceutique accorde un grand rôle aux relations personnelles ainsi qu'aux rapports entre les organisations et au sein de celles-ci dans la réussite des interventions d'application des connaissances (AC)^{2,3}. Cet aspect n'a pas été exploré autant dans les publications médicales.

L'ADUP devait mettre en œuvre et évaluer une initiative éducative à facettes multiples, centrée sur la formation continue en pharmacothérapie, au moyen de projets pilotes dans les organismes régionaux responsables de la santé en Alberta. L'Alberta Medical Association, l'Alberta College of Physicians and Surgeons, l'Alberta College of Pharmacists, la Pharmacists Association of Alberta, le Collège des médecins de famille du Canada, les autorités régionales de l'Alberta en matière de santé, le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, l'Alberta Blue Cross, l'Université de l'Alberta et l'Université de Calgary ont été nos principaux partenaires. Le projet a été financé par le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.

L'initiative d'AC

L'initiative a débuté dans la région sanitaire de David Thompson, vers la fin de l'année 2001. Elle est maintenant lancée dans la région sanitaire de Calgary. Son objectif central consiste à améliorer chez les médecins de famille le respect des lignes directrices provinciales et nationales sur les pratiques cliniques de sorte que les médicaments soient utilisés de façon rationnelle. On choisit certains sujets en examinant les réclamations de médicaments sur ordonnance et les données de facturation des médecins afin de déterminer toute lacune possible dans les soins et les besoins éducatifs. Lorsque aucune donnée ne permet de choisir ces sujets, on étudie les publications du marché et on demande l'opinion de spécialistes.

Pour chaque sujet, l'AC s'effectue par le biais d'une approche à facettes multiples comportant une formation continue multidisciplinaire, une formation continue en pharmacothérapie offerte par un pharmacien, la distribution de matériel pédagogique sur papier, la consultation d'un guide d'opinion et la présentation de rapports de rétroaction comparative sur la prescription, qui indiquent comment les médecins consentants prescrivent par rapport à leurs collègues de la même région. L'intervention se déroule sur une période de quatre à six mois.

Des médecins spécialistes donnent la formation continue, présentent leur point de vue sur des aspects importants d'une ligne directrice sur les pratiques cliniques (p. ex., points clés, aspects mal définis) et répondent aux questions. Vient ensuite la formation continue en pharmacothérapie, pour laquelle le formateur se rend au bureau du médecin pour discuter pendant 30 minutes de la ligne directrice. Peu après cette visite, une séance de groupe est organisée (habituellement à la clinique du médecin) avec un guide d'opinion, un spécialiste et le formateur en pharmacothérapie pour discuter de certains cas. Les guides d'opinion conseillent également les formateurs sur la façon d'interpréter les preuves essentielles et aident ceux-ci à se préparer en leur permettant de se présenter au service de consultations externes.

Les lignes directrices sur les pratiques cliniques sont produites et validées par un programme provincial appelé *Towards Optimal Practice* (TOP), qui rédige de nouvelles lignes directrices, valide les lignes directrices nationales ou révisé des lignes directrices plus anciennes. Le programme TOP produit des résumés d'une page que les formateurs et les guides d'opinion utilisent pendant leurs visites. Après nos visites et nos évaluations internes, nous présentons au TOP la rétroaction des médecins sur les lignes directrices.

L'Université de l'Alberta collabore à l'organisation et à la prestation des programmes de formation médicale continue en assurant la coordination des activités de promotion, des inscriptions, des documents de cours, des émissions sur la santé diffusées dans les régions rurales, des certificats d'assiduité et des évaluations.

Les régions sanitaires de David Thompson et de Calgary font également la promotion et la présentation de l'initiative. Dans la région de Calgary, l'initiative a été structurellement intégrée à l'unité de gestion des maladies chroniques, et les médecins qui participent au programme du même nom sont également inscrits à la formation continue en pharmacothérapie.

Nous avons évalué le succès de l'initiative par le suivi des activités de formation en pharmacothérapie, par des sondages sur la satisfaction des médecins et par l'examen rétrospectif des réclamations de médicaments sur ordonnances (pour vérifier la conformité aux lignes directrices sur les pratiques cliniques).

Résultats de l'expérience d'AC

À la fin de 2004, notre formateur pharmacien avait fait 250 visites sur quatre grands sujets. La participation des médecins a connu une hausse : le premier sujet avait intéressé seulement 10 médecins mais ce nombre est passé à 55 et plus pour un autre sujet. De plus, nous couvrons maintenant 15 centres régionaux (villes et villages) plutôt que deux. L'initiative a été acceptée par les médecins locaux (taux élevés de satisfaction signalés par les participants) et a permis de rehausser leur niveau de conformité aux lignes directrices sur les pratiques cliniques (amélioration de 10 à 13 p. 100 dans le cas de deux lignes directrices).

Nous attribuons notre réussite à notre capacité de créer des liens avec un nombre croissant de médecins et de favoriser des relations fructueuses avec les médecins qui participent à l'initiative.

Enseignements tirés

Nous attribuons la réussite de cette initiative à l'attention portée à la création et à l'entretien de relations, tant au niveau du système qu'au niveau du public. Du côté du système, les relations établies avec nos principaux partenaires provinciaux – comme les régions sanitaires, l'Alberta Blue Cross, l'Université de l'Alberta et TOP – ont été essentielles à l'application de notre programme. Notre principe général de fonctionnement présuppose que nos activités doivent être axées sur la prestation de services au public et ne doivent pas reprendre des activités effectuées par d'autres organismes.

Sur le terrain, nous attribuons notre réussite à notre capacité de créer des liens avec un nombre croissant de médecins et de favoriser des relations fructueuses avec les médecins qui participent à l'initiative. Par exemple :

- Nous avons recruté des champions locaux de la médecine pour que leurs pairs acceptent davantage l'initiative. Comme la participation au programme est volontaire, la collaboration d'un champion local très positif a fait une grande différence dans le recrutement et la participation des médecins. Dans les centres régionaux où l'on retrouvait un champion local, la participation des médecins aux sujets a atteint 100 p. 100. Dans les centres sans champion local ou trop vastes pour que l'effet d'un champion local ne s'y fasse sentir, la participation était d'environ 10 p. 100.
- Nous avons engagé les pharmaciens des communautés comme formateurs en pharmacothérapie pour rendre le programme plus efficace et intéresser davantage les médecins. Au début du programme, le formateur était basé à Edmonton. Comme la région sanitaire de David Thompson est géographiquement très vaste, le formateur consacrait une grande partie de son temps en déplacements. Nous avons donc engagé deux pharmaciens locaux pour offrir des services de formation continue en pharmacothérapie. Leur connaissance du milieu et les relations qu'ils y entretenaient ont également permis d'approcher les médecins qui avaient jusque-là refusé de participer à l'initiative. L'un de ces pharmaciens a su accroître le taux de participation des médecins de plus de 100 p. 100 dans un centre.
- Les guides d'opinion ont donné plus de crédibilité à l'initiative. Notre plan initial consistait à coopter les médecins locaux à titre de guides d'opinion et à les inviter à discuter des lignes directrices avec leurs pairs. Nous avons cependant eu de la difficulté à trouver des guides d'opinion locaux; nous avons donc recruté un guide d'opinion d'Edmonton, un médecin interniste. Ce choix s'est révélé une approche d'apprentissage populaire auprès des médecins participants. À Calgary, nous avons opté pour un autre modèle en faisant appel à un guide d'opinion différent pour chaque sujet abordé.
- Nous donnons aux médecins l'occasion d'essayer l'initiative avant de s'y engager. Par exemple, les médecins nouvellement recrutés ont droit à une séance de formation en pharmacothérapie ou à une consultation avec le guide d'opinion, mais ne peuvent suivre la formation continue ou recevoir des rapports de rétroaction comparative sur la prescription. Environ 10 p. 100 des médecins reçoivent des visites d'essai ou de formation en pharmacothérapie.
- Nous favorisons les relations interpersonnelles à long terme. À mesure que les relations entre formateurs et médecins dépassaient le stade de simples échanges d'information et que les personnes se sentaient plus à l'aise, les discussions devenaient plus intéressantes. Les responsables de la formation continue en pharmacothérapie sont en mesure de déterminer les incertitudes communes dans la pratique de la médecine de famille et les besoins éducatifs spécifiques associés aux lignes directrices sur les pratiques cliniques.

La collaboration d'un champion local très positif a fait une grande différence dans le recrutement et la participation des médecins.

À mesure que les relations entre formateurs et médecins dépassaient le stade de simples échanges d'information, les discussions devenaient plus intéressantes.

Même s'il a fallu beaucoup de temps et d'efforts pour créer et entretenir des relations, cela était essentiel à la réussite de nos premières activités d'AC. Comme notre initiative continue d'évoluer et de se développer, nous prévoyons que d'autres défis devront être relevés aux niveaux du système et sur le terrain. Nous devons en savoir davantage sur les structures et les processus optimaux qui permettent d'établir des relations efficaces. Nous devons aussi être en mesure de déterminer si nos interventions donnent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont exécutées dans un milieu où des relations

sont déjà établies. Nous devons enfin savoir si certaines activités d'AC sont plus efficaces que d'autres dans les milieux où des relations sont déjà établies.

Conclusions et répercussions

Plusieurs développements encourageants laissent présager que notre initiative sera largement adoptée. Premièrement, un autre gestionnaire gouvernemental du régime de médicaments, Santé Canada (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit, région de l'Alberta), s'est joint à notre groupe d'intervenants clés parce que le projet l'intéresse. Deuxièmement, cinq provinces qui réalisent des initiatives de formation continue en pharmacothérapie ont joint leurs forces pour créer la *Canadian Academic Detailing Collaboration*. Ce groupe a reçu une subvention de Santé Canada pour évaluer les processus et les résultats découlant de leur collaboration à l'échelle nationale. Troisièmement, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé a mis sur pied le Service canadien de prescription et d'utilisation optimale des médicaments (SCPUOM) pour coordonner les études fondées sur des données probantes et la création d'outils de gestion du changement. Quand le SCPUOM deviendra fonctionnel, il accroîtra notre capacité d'exécuter des activités d'AC en mettant à notre disposition des outils d'AC, des stratégies d'évaluation de l'AC relatives à l'utilisation appropriée des médicaments et des méthodes d'examen qui nous permettront d'évaluer les activités d'AC, comme la formation continue en pharmacothérapie. Quatrièmement, au moins deux réseaux locaux de soins primaires offrent la formation continue en pharmacothérapie aux médecins albertains de premier recours. Une récente évaluation externe de l'ADUP a permis de reconnaître l'expansion accélérée de l'initiative comme une activité stratégique d'importance pour nos plans d'avenir.

Références

1. Grimshaw, J. M., R. E. Thomas, G. MacLennan, C. Fraser, C. R. Ramsay, L. Vale, P. Whitty, et al. 2004. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 8 (6): 1-72.
2. Weitz, B. A. et K. D. Bradford. 1999. Personal selling and sales management: A relationship marketing perspective. *J Acad Market Sci* 27:241-54.
3. Prounis, C. 2003. What doctors want. *Pharmaceutical Executive*, May (Suppl.).

PROJET PILOTE DE COURTIER DE CONNAISSANCES POUR LA PROMOTION DE SOINS INTÉGRÉS DE L'AVC AU CANADA ATLANTIQUE

Renee Lyons, Ph.D., Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire, Université Dalhousie
Grace Warner, Ph.D., Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire, Université Dalhousie
Lynn Langille, M.A., Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire, Université Dalhousie
Stephen J. Phillips, MBBS, Université Dalhousie

Le recours à des courtiers de connaissances pour accroître les relations entre chercheurs et décideurs attire de plus en plus l'attention comme approche d'application des connaissances (AC). Les chercheurs du Réseau atlantique pour la promotion de la santé communautaire (RAPSC) et de l'Université Dalhousie ont voulu savoir comment les courtiers de connaissances ont incité les décideurs à adopter des pratiques de soins exemplaires de l'accident vasculaire cérébral (AVC) dans les provinces de l'Atlantique. Ils ont découvert que les courtiers de connaissances peuvent améliorer les relations entre partenaires, mais qu'ils doivent élaborer des stratégies efficaces pour créer ces partenariats et susciter l'engagement des participants. Ils doivent également faire preuve d'excellentes aptitudes à communiquer et d'une grande maîtrise du sujet.

Contexte

Si les personnes et les organismes acceptaient facilement les changements, le processus d'AC serait simple. Mais la résistance au changement est très répandue¹ et l'amélioration du système de soins de santé a tendance à se faire lentement².

La documentation publiée sur l'AC laisse entendre qu'il est possible d'améliorer le changement du système de santé et la création de politiques fondées sur des données probantes en augmentant les relations et la communication entre les chercheurs et les gens qui utilisent les résultats de leur recherche³. Le courtage de connaissances, que la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé définit comme la force humaine qui rend le transfert des connaissances plus efficace en rapprochant les gens, est devenu une approche populaire pour aider les chercheurs et les utilisateurs des travaux de recherche à travailler plus efficacement ensemble⁴.

Le courtier de connaissances peut également être décrit comme un intermédiaire entre deux communautés⁵. Son rôle consiste à faciliter les choses en établissant des relations, en faisant ressortir les besoins, en partageant des idées et en faisant la promotion de l'action⁴. En 2003, le Réseau canadien contre les accidents vasculaires cérébraux a subventionné le RAPSC et l'Université Dalhousie afin qu'ils étudient l'efficacité des courtiers de connaissances dans l'augmentation des échanges entre les gens qui font de la recherche sur l'AVC et ceux qui utilisent leurs travaux de recherche. Le but de l'exercice était d'amener les décideurs à adopter en plus grand nombre les pratiques exemplaires en matière de soins intégrés de l'AVC.

L'initiative d'AC

Notre principal objectif était d'observer et de décrire la façon dont les courtiers de connaissances amènent les décideurs à adopter les nouvelles preuves en faveur de changements aux soins de l'AVC dans quatre provinces (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard). Le projet a utilisé des travaux réalisés en Ontario sur les soins intégrés de l'AVC comme modèle pour créer une stratégie de soins intégrés et la mettre en œuvre dans les provinces de l'Atlantique.

Pour y parvenir, nous avons formé des équipes de représentants du ministère de la santé de chaque province (qui tenaient lieu de décideurs) et de la Fondation des maladies du cœur de chaque province (qui, avec leurs connaissances de la recherche sur l'AVC, ont agi comme personnes-ressources). Chaque équipe devait ensuite engager un courtier de connaissances et formuler les objectifs de sa province dans le cadre du projet. Les équipes ont rédigé un protocole d'entente, choisi le partenaire qui accueillerait le courtier de connaissances, défini les objectifs du courtier et tracé les grandes lignes de la réalisation de ses objectifs.

L'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve ont déterminé que leurs courtiers de connaissances devaient élaborer des stratégies provinciales de soins intégrés de l'AVC. En Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé songeait déjà à mettre en application les recommandations de la Fondation des maladies du cœur relatives à une stratégie de soins intégrés de l'AVC. L'objectif du courtier de connaissances de cette province fut donc d'améliorer la communication entre les parties intéressées par la mise en œuvre de la stratégie.

Tous les six mois, nous avons organisé pour les partenaires et leurs courtiers de connaissances un forum des provinces de l'Atlantique. Ces forums ont permis aux provinces d'obtenir de l'information sur les pratiques exemplaires liées aux soins de l'AVC, d'échanger sur les leçons d'implantation de l'Ontario et d'établir des réseaux entre elles. Nous avons également organisé des conférences sur l'utilisation de la télémédecine pour reconnaître et traiter l'AVC et avons défrayé le voyage des courtiers de connaissances en Ontario (pour qu'ils visitent un établissement qui avait déjà mis en œuvre une stratégie de soins intégrés de l'AVC) et à Yarmouth, en Nouvelle-Écosse (pour qu'ils discutent avec des chercheurs du *Yarmouth Stroke Project*, une initiative du RAPSC visant à implanter une stratégie de soins intégrés de l'AVC dans un milieu rural).

Nous avons également agi comme personnes-ressources et soutien pour les courtiers de connaissances. Des réunions ou des téléconférences mensuelles leur ont permis de partager préoccupations et réussites et de tenir les chercheurs au courant de ce qui se faisait dans leur province. De plus, le coordonnateur du projet s'est rendu dans les provinces de façon régulière. Les courtiers de connaissances pouvaient également communiquer avec les chercheurs chaque fois que le besoin s'en faisait sentir.

Résultats de l'expérience d'AC

Les objectifs de notre projet ont été évalués au moyen de l'analyse des données tirées d'entrevues avec des informateurs clés et des groupes de discussion formés de courtiers de connaissances et de membres de l'équipe. Sa réussite a été jugée en fonction de la réussite ou de l'échec des courtiers à accroître l'échange de connaissances entre les partenaires, à faire adopter par les décideurs les nouvelles preuves en faveur de changements dans les soins de l'AVC et à aider les provinces à réaliser leurs objectifs. Même si le projet ne prendra officiellement fin qu'en mars 2006, nous avons déjà observé une amélioration dans la communication entre partenaires et la sensibilisation aux pratiques de soins exemplaires de l'AVC.

On prévoit que l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve termineront leurs stratégies provinciales de soins intégrés de l'AVC, une réussite directement attribuable à leurs courtiers de connaissances. Une personne a d'ailleurs affirmé durant une entrevue :

« Je crois que sans la présence de gens dévoués, ce projet [la création d'une stratégie de soins intégrés de l'AVC] n'aurait pas nécessairement démarré cette année... Les gens qui travaillent depuis des années en faveur de ce type de changement [...] étaient vraiment frustrés parce qu'ils n'arrivaient pas à obtenir le soutien nécessaire, ni du ministère de la Santé ni de la Fondation des maladies du cœur, par manque de ressources... Il fallait réellement que quelqu'un occupant ce type de poste nous aide à tout mettre en place pour mener le projet à terme. »

En Nouvelle-Écosse, le gouvernement provincial a engagé des fonds en vue d'une stratégie de soins intégrés de l'AVC. Bien que cette décision ne puisse être imputée directement à la présence du courtier de connaissances, ce dernier a contribué à mieux faire comprendre les pratiques de soins exemplaires de l'AVC dans les districts sanitaires provinciaux et, ce faisant, a généré le soutien qui était nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie.

Les courtiers de connaissances ont facilité la communication, tiré au clair tout malentendu et travaillé au changement du système en collaboration avec d'autres intervenants du système. En y consacrant beaucoup de temps et d'efforts, les courtiers de connaissances ont également su former des comités consultatifs multisectoriels regroupant des chercheurs, des administrateurs, des décideurs et des praticiens. Ce fut une des grandes tâches de la plupart des courtiers de connaissances. En plus de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par les partenaires, ces comités sont devenus – à notre grande surprise – de bons diffuseurs des travaux de recherche sur les pratiques exemplaires auprès des gens ne faisant pas partie du projet.

Les courtiers de connaissances ont su reconnaître les occasions où il était possible d'intégrer les pratiques de soins exemplaires de l'AVC aux initiatives provinciales déjà en place, de même que la formation et l'éducation nécessaires à l'amélioration des soins. C'est ainsi que les décideurs sont maintenant plus sensibles aux pratiques de soins exemplaires de l'AVC et que les chercheurs comprennent mieux le contexte dans lequel les décideurs adoptent la recherche.

Enseignements tirés

Les courtiers de connaissances peuvent améliorer les relations entre les partenaires mais doivent, pour ce faire, élaborer des stratégies efficaces pour créer ces partenariats et susciter la participation.

Cette initiative a permis de démontrer que les courtiers de connaissances peuvent améliorer les relations entre les partenaires mais qu'ils doivent, pour ce faire, élaborer des stratégies efficaces pour créer ces partenariats et susciter la participation. Ils doivent également faire preuve d'excellentes aptitudes à communiquer et d'une grande maîtrise du sujet pour répondre aux diverses demandes des partenaires.

Il a fallu plus de temps que prévu pour former les équipes de partenaires. Même si les partenaires s'étaient déjà engagés à travailler ensemble, chaque équipe a mis entre 9 et 14 mois pour s'entendre sur l'embauche du courtier de connaissances. Des changements politiques, la disponibilité d'appuis non financiers, des questions de confidentialité et d'intentions cachées chez les partenaires comptent parmi les facteurs importants qui ont contribué à ce délai.

La plupart des provinces ont aussi dû surmonter un autre obstacle qu'elles n'avaient pas prévu : comme elles n'avaient pas considéré l'AVC comme un problème prioritaire, elles n'avaient alloué aucuns fonds pour en améliorer les soins. Les partenaires gouvernementaux ont alors hésité à s'engager dans le partenariat parce qu'ils n'avaient pas les ressources financières pour modifier les soins de l'AVC dans le système de santé. Comme les gouvernements provinciaux avaient le mandat d'améliorer la gestion des maladies chroniques, c'est sous cet angle qu'ils ont examiné les données probantes sur les soins de l'AVC. Par contre, rien ne garantissait que les futurs changements au système de santé trouveraient des appuis. Les fondations provinciales des maladies du cœur accordaient leur appui au projet, mais d'autres intervenants préféraient attendre un engagement ferme du gouvernement avant d'y participer activement. En plus de ces défis, les chercheurs ont eu de la difficulté à s'entendre sur les objectifs du projet en raison d'un manque de souplesse.

Même après avoir engagé leur courtier de connaissances et fixé ensemble leurs objectifs, plusieurs conflits sont survenus dans les équipes en raison des mandats divergents des partenaires.

Même après avoir engagé leur courtier de connaissances et fixé ensemble leurs objectifs, plusieurs conflits sont survenus dans les équipes en raison des mandats divergents des partenaires. Les Fondations des maladies du cœur se sont senties obligées de défendre, face aux budgets provinciaux, le financement de l'amélioration de la prévention et du traitement de l'AVC. Même si les ministères de la santé appuyaient les soins fondés sur des données probantes, ils disposaient de ressources limitées et voulaient s'assurer que leurs attentes étaient réalistes.

Conclusions et répercussions

Le rôle des courtiers de connaissances pourrait être adapté à d'autres situations. Jusqu'à présent, d'autres décideurs ne pouvaient faire appel à eux parce qu'ils disposaient de fonds restreints et ne comprenaient pas l'importance d'améliorer les communications. Quand l'argent se fait rare, la communication n'est habituellement pas vue comme une priorité, surtout quand les ressources suffisent à peine pour répondre aux demandes actuelles du système. Il faut soutenir les partenariats continus entre le gouvernement et les organismes non gouvernementaux ou les chercheurs, parce que les gouvernements ne disposent habituellement pas de ressources suffisantes pour rechercher des preuves qui dépassent leurs besoins actuels.

Réciproquement, le domaine de la recherche a toujours besoin de comprendre le contexte dans lequel il est possible de mettre en œuvre des politiques fondées sur des preuves. En ayant une meilleure compréhension de ce contexte, les chercheurs seront mieux en mesure de reconnaître les processus qui favoriseront la réceptivité des gouvernements face aux preuves nouvelles. À l'avenir, des subventions devraient être allouées à ce type de position pour le rendre soutenable sur le plan financier puisqu'il a le pouvoir d'améliorer la qualité des soins de santé.

Il faut soutenir les partenariats continus entre le gouvernement et les organismes non gouvernementaux ou les chercheurs.

Références

1. Lyons, R. et G. Warner. 2005. Demystifying knowledge translation for stroke researchers; a primer on theory and praxis. Online manuscript. Halifax, NS: Canadian Stroke Network. <http://www.canadianstrokenetwork.ca/research/downloads/knowledge.translation.feb032005.pdf>
2. Berwick, D. M. 2003. Improvement, trust, and the healthcare workforce. *Qual Saf Health Care* 12 (Suppl. no 1): i2-6.
3. Landry, R., N. Amara et M. Lamari. 2001. Utilization of social science research knowledge in Canada. *Res Policy* 30:333-49.
4. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2003. The theory and practice of knowledge brokering in Canada's health system. Rapport. Ottawa, ON: FCRSS.
5. Kitson, A., G. Harvey et B. McCormack. 1998. Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Qual Health Care* 7:149-58.

PROJET « CHAMPIONS DU SAVOIR » DU *TORONTO EAST NETWORK*

Colleen McCarthy, gestionnaire de projet, *The Toronto East Network Knowledge Champion Project*

Katie Dainty, administratrice de projet, *The Toronto East Network Knowledge Champion Project*

Le projet Toronto East Network Knowledge Champion Project (TENKCP) vise à apprendre aux médecins des hôpitaux qui ont une influence éducative à devenir des agents de l'application des connaissances (AC). Ce projet est un programme de 24 mois comprenant des ateliers d'apprentissage basés sur des cas et guidés par les données, pour des petits groupes. Ces ateliers portaient sur des sujets pour lesquels il existe un écart connu entre la preuve et la pratique et permettaient de perfectionner l'aptitude à interpréter les données et à appliquer efficacement les preuves. Ils présentaient enfin la théorie de l'AC. Les premiers champions du savoir ont signalé des changements importants au sein de certains des hôpitaux participants et ont formé une communauté d'apprentissage afin d'échanger des pratiques exemplaires entre leurs établissements.

Contexte

Le transfert des connaissances du chercheur au praticien est complexe et jalonné de défis. Il peut s'écouler des années avant que les résultats d'une recherche soient connus de tous et encore davantage avant que les pratiques ne soient modifiées. La pratique de la médecine fondée sur l'expérience clinique est une préoccupation constante dans le domaine des soins de santé, alors qu'individus et organismes se donnent beaucoup de mal pour revoir, réorganiser et revitaliser les pratiques de soins de santé afin qu'elles tiennent compte des dernières connaissances produites par la recherche.

Bien qu'on reconnaisse que les cliniciens doivent être au cœur de telles initiatives, ceux-ci disposent rarement des outils nécessaires pour créer et maintenir de réels changements dans leurs pratiques. Pourtant, la documentation indique que les « champions du savoir » (les médecins qui ont une influence éducative) sont les mieux placés pour influencer sur l'AC en sensibilisant les gens et en transmettant de l'information au sein de leurs réseaux professionnels¹. Ces médecins ont la confiance et le respect de leurs pairs; leur savoir, leur empressement à répondre aux questions et leur style de communication sont reconnus comme des qualités qui facilitent de façon informelle l'AC et le changement des pratiques².

Le TENKCP a vu le jour dans le cadre d'un examen d'utilisation hospitalière effectué dans les services de médecine du réseau d'hôpitaux du *Toronto East Network* (TEN). Cet examen a fait ressortir une variation considérable dans les résultats obtenus pour des états cliniques similaires au sein du réseau. Ces différences ont évidemment entraîné un questionnement sur la qualité et la continuité des soins, mais elles ont aussi permis d'élaborer un système d'éducation fondé sur l'expérience clinique qui créera et soutiendra des champions du savoir locaux, ce qui pourrait réduire les coûts et améliorer les soins prodigués dans le réseau.

En collaboration avec le *Knowledge Translation Program* de l'Université de Toronto, la *Canadian Health Information Management Association* (CHIMA) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les membres du service de médecine de sept hôpitaux du TEN ont conçu, mis en œuvre et évalué un programme qui a permis de trouver, d'évaluer et de diffuser des preuves capables d'améliorer les soins. Ce programme a également présenté des stratégies novatrices permettant d'intégrer ces preuves à la pratique quotidienne en créant des champions locaux du savoir.

L'initiative d'AC

Le projet « Champions du savoir » a formé des médecins considérés comme influents d'un point de vue éducatif en raison de leur intérêt à initier les changements et nommés par leurs pairs – deux attributs jugés essentiels dans le processus de changement. Un étudiant au doctorat se spécialisant dans l'enseignement, l'apprentissage et les programmes d'étude a conçu le programme original. Il a d'abord développé une structure fluide pour sélectionner et concevoir des interventions éducatives sur les sujets pour lesquels l'examen d'utilisation avait indiqué un écart entre la preuve et la pratique. Les théories de l'éducation des adultes ont été intégrées aux outils d'apprentissage, les besoins en matière d'apprentissage ont été constamment évalués et des possibilités d'apprentissage (structurées ou non) ont été ajoutées au programme.

Le programme comportait des ateliers en petits groupes donnés par un expert de chaque sujet, sur une période de 24 mois. Ces ateliers étaient généralement donnés à raison d'un par mois, et un module indépendant servait souvent de suivi pour permettre le transfert des connaissances. On a utilisé une approche d'apprentissage « juste à temps » basée sur les cas et guidée par les données pour améliorer les compétences des participants, comme l'interprétation des données et des preuves d'utilisation, l'élaboration du processus clinique, l'identification et la sélection des priorités de changement, l'application des preuves en vue d'une amélioration efficace, la théorie de la gestion du changement et de l'AC et la méthodologie appliquée. Des enseignants experts du savoir et du contenu ont été sélectionnés à même leur domaine d'expertise. Tous les enseignants ont favorisé un apprentissage interactif et pratique et, lorsque cela était possible, ont permis d'appliquer sans attendre la matière apprise.

Un clinicien de chaque hôpital a été sélectionné et, comme l'exigeait le programme, a fait l'examen des pratiques exercées dans son hôpital en appliquant ce qu'il avait appris dans les ateliers. Nous avons pu ainsi déterminer les pratiques exemplaires d'un groupe sélectionné. Les médecins y ont extrait les données intéressantes pour eux et leur spécialité et ont pu étudier les données comparatives des hôpitaux, ce qui a constitué une base de preuves pour lancer le processus de changement. À la fin du programme, les médecins ont présenté des études de cas comprenant des stratégies d'utilisation des données et d'AC.

Les médecins ont été invités à présenter, outre leurs études de cas formelles, des renseignements ou des questions concernant leurs pratiques et leur établissement afin de donner de la pertinence à leur formation et faciliter l'application continue de la théorie étudiée, une fois la session terminée. Par exemple, quand les partenaires du *Guidelines Advisory Committee* de l'Ontario ont fait une présentation sur l'élaboration des lignes directrices, les participants ont cité en exemple des lignes directrices de leur hôpital respectif qui devaient être revues.

Cette initiative est unique parce qu'elle est le premier projet interhospitalier qui utilise eCHAP, un outil Web sécurisé élaboré par l'ICIS et doté de puissantes fonctions d'interrogation. eCHAP permet aux médecins de consulter rapidement et facilement les données d'utilisation de leur hôpital et de les comparer à l'aide des comparateurs régionaux et nationaux spécifiques au TEN. Les médecins qui ont participé au projet peuvent maintenant appliquer aux données les nouveaux outils qu'ils ont acquis pour soutenir leurs découvertes et planifier des changements qui résulteront en pratiques exemplaires. Par exemple, des médecins ont pu déterminer, en étudiant les données, que la durée du séjour varie selon le jour de la semaine où le patient a été admis. Les médecins ont ensuite comparé leurs pratiques de soins à celles que présentaient la documentation, les lignes directrices et les organismes professionnels affiliés.

Parallèlement aux sessions éducatives, nous avons encouragé la formation de partenariats interprofessionnels entre plusieurs groupes de chaque hôpital (p. ex., les bibliothécaires du domaine de la santé, les archivistes médicaux, la CHIMA, l'ICIS et le *Knowledge Translation Program* de l'Université de Toronto). La société Ovid Technologies, un fournisseur externe, a également appuyé le projet en permettant l'achat d'un ANP pour chaque médecin

participant. Ces ANP leur permettent d'accéder facilement aux bases de données Ovid, aux lignes directrices du *Guidelines Advisory Committee* et aux ressources médicales fondées sur l'expérience clinique.

Résultats de l'initiative d'AC

Les participants ont signalé une plus grande sensibilité aux possibilités de pratiques exemplaires et une utilisation continue des outils qui facilitent l'emploi et la dissémination de la médecine fondée sur l'expérience clinique.

La plus importante mesure de réussite de ce projet est la poursuite de son évolution, de son amélioration et de son expansion à mesure que les besoins grandiront. Les participants ont signalé une plus grande sensibilité aux possibilités de pratiques exemplaires et une utilisation continue des outils qui facilitent l'emploi et la dissémination de la médecine fondée sur l'expérience clinique dans le but de modifier les pratiques exercées dans leur établissement.

L'initiative a permis de mieux faire comprendre aux médecins participants la gestion du changement, de modifier les pratiques exercées dans certains hôpitaux en fonction des études de cas et d'amener d'autres hôpitaux à évaluer l'information de façon plus active afin de déterminer les aspects à modifier dans leurs pratiques. Les participants ont également indiqué que le nombre de questions et d'interactions entre collègues a augmenté et que les théories apprises sont très utiles pour apporter d'autres modifications au système. Mais surtout, ces médecins ont formé une communauté d'apprentissage. Ils ont su soutenir les efforts et les améliorations de chacun en reconnaissant des obstacles et des défis similaires et en élaborant des solutions ensemble, en équipe.

Enseignements tirés

Ce projet doit principalement sa réussite aux médecins qui s'y sont engagés, qui ont accepté d'apprendre et qui se sont montrés optimistes devant la possibilité d'élargir leurs connaissances et d'implanter sur une base permanente la médecine fondée sur l'expérience clinique. Bien que certains médecins aient reçu un incitatif financier pour participer au programme, il est important de noter que les médecins qui n'en ont pas reçu sont demeurés tout aussi actifs.

Le positivisme du milieu organisationnel s'est révélé tout aussi vital pour l'engagement soutenu des champions du savoir. En effet, le soutien organisationnel a permis aux médecins participants d'assister aux réunions, d'accéder à des preuves appropriées, d'analyser les pratiques en vigueur et d'élaborer (pour ensuite présenter) une étude de cas visant le changement. Ces réalisations, comme tout autre aspect du domaine de la santé, ont bénéficié du travail d'équipe, de la communication et de l'évaluation continues et d'une bonne compréhension du milieu et du travail des médecins. Il ne faut pas minimiser non plus le rôle du gestionnaire de projet (ou responsable du soutien des ressources) puisqu'un membre de l'équipe doit se consacrer à faire avancer les travaux et à soutenir les médecins.

Ce projet doit principalement sa réussite aux médecins qui s'y sont engagés, qui ont accepté d'apprendre et qui se sont montrés optimistes devant la possibilité d'élargir leurs connaissances.

Conclusions et répercussions

Par suite des travaux réalisés dans le cadre du projet « Champions du savoir », ces médecins continuent de reconnaître d'autres possibilités qui permettent de mettre en pratique la médecine fondée sur des données probantes. La viabilité de cette communauté d'apprentissage est évidente puisque les médecins qui en font partie sont en train de développer un projet d'hôpital virtuel qui permettra d'avoir accès aux lignes directrices sur les

pratiques exemplaires et aux groupes d'ordonnances standard dans l'ensemble du TEN. Les lignes directrices et les groupes d'ordonnances seront fondés sur des preuves, mis à jour périodiquement par un simple clic et facilement accessibles depuis l'établissement de soins utilisant des solutions électroniques. L'engagement de cette équipe à accroître le partage des pratiques exemplaires entre établissements a été reconnu par la subvention accordée par un organisme de pairs.

Références

1. Young, J. M., M. J. Hollands, J. Ward, C. D'Arcy et J. Holman. 2003. Role for opinion leaders in promoting evidence-based surgery. *Arch Surg* 138:785-91.
2. Wright F. C., D. P. Ryan, J. E. Dodge, L. D. Last, C. H. Law et A. J. Smith. 2004. Identifying educationally influential specialists: Issues arising from the use of "classic" criteria. 24:213-26.



AVANCEMENT DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Marjorie MacDonald, inf. aut., Ph.D., École des sciences infirmières, Université de Victoria
Heather Davidson, Ph.D., ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
Rita Schreiber, inf. aut., D. Sc.I., École des sciences infirmières, Université de Victoria
Jane Crickmore, inf. aut., MPA, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
Lesley Moss, M.A., *Vancouver Island Health Authority*
Janet Pinelli, inf. aut., D. Sc.I., Université McMaster
Sandra Regan, inf. aut., M. Sc.I., *College of Registered Nurses of British Columbia*
Bernadette Pauly, inf. aut., M. Nurs., École des sciences infirmières, Université de Victoria

Ce projet regroupait une équipe de chercheurs et de décideurs pour effectuer une recherche sur les politiques afin d'appuyer l'introduction de rôles de pratique infirmière avancée en Colombie-Britannique. Tous les membres de l'équipe, notamment les décideurs, ont joué un rôle actif dans la conceptualisation, la conception, la collecte de données, l'analyse et l'interprétation de l'étude. Ce niveau d'engagement, associé à des activités continues d'application des connaissances (AC), a permis l'application d'une majorité des recommandations de l'étude par les intervenants. Depuis, les résultats de l'étude ont servi à l'élaboration de lois et de règlements et à la conception d'un programme d'enseignement de la pratique infirmière.

Contexte

En 2001, nous avons obtenu une subvention de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) pour étudier les possibilités et les défis associés à la pratique infirmière avancée (PIA) en Colombie-Britannique. Nous avons constaté que les infirmières qui jouent un rôle de PIA offrent une continuité appropriée et rentable des soins^{1,2}. Toutefois, l'adoption généralisée de la pratique infirmière avancée a été gênée par une confusion et des débats marqués autour des définitions, des rôles et des fonctions et à propos des compétences requises, des milieux de pratique, des années de scolarité, des titres de compétence, des règlements et des lois³.

Ce projet avait pour objectif de réunir chercheurs et décideurs pour faire une recherche sur les politiques afin d'appuyer l'introduction de nouveaux rôles de PIA, dont celui d'infirmière praticienne, en Colombie-Britannique. Nos objectifs de recherche étaient les suivants : mieux comprendre la PIA et les rôles connexes dans le système de soins de santé; déterminer l'état actuel de la PIA en Colombie-Britannique; relever les lacunes dans les services de soins de santé qui pourraient être comblées par l'expansion ou l'introduction de nouveaux rôles infirmiers; explorer et décrire les modèles de PIA dans d'autres territoires; préciser les obstacles à la mise en œuvre de nouveaux modèles de prestation des services infirmiers en Colombie-Britannique; et en fonction de l'analyse mentionnée ci-dessus, déterminer et recommander des orientations politiques futures pour les nouveaux rôles et modèles infirmiers en Colombie-Britannique.

L'équipe de recherche, réunie par le ministère de la santé de la Colombie-Britannique, comprenait des chercheurs, des enseignants, des décideurs du gouvernement et des autorités sanitaires et des organismes de réglementation des soins infirmiers. Un groupe consultatif, qui a donné des conseils et des commentaires sur les méthodes et les conclusions de la recherche, était formé de représentants du public et d'autres professionnels de la santé (sages-femmes, médecins, pharmaciens) et d'autres organismes clients (aînés, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuit, *British Columbia Nurses' Union*).

La stratégie de financement de la FCRSS exigeait des arrangements de cofinancement – comptant et non financier – de diverses sources nationales, provinciales et locales. Nous avons ainsi été financés par le Fonds de recherche en sciences infirmières, la B.C. *Health Research Foundation*, le ministère de la santé de la Colombie-Britannique, la *Registered Nurses Association of B.C.*, la région sanitaire de la capitale à Victoria (maintenant *Vancouver Island Health Authority*) et l'Université de Victoria. Certains organismes de financement ont également agi comme partenaires de recherche et représentants attirés de l'équipe de recherche.

L'initiative d'AC

Tous les membres de l'équipe (notamment les décideurs) ont joué un rôle actif dans le projet tout au long de l'étude, depuis la conceptualisation et la conception jusqu'à la collecte de données, l'analyse et l'interprétation.

Notre étude a été effectuée en trois phases et nos objectifs d'AC ont été intégrés directement au processus de recherche. Tous les membres de l'équipe (notamment les décideurs) ont joué un rôle actif dans le projet tout au long de l'étude, depuis la conceptualisation et la conception jusqu'à la collecte de données, l'analyse et l'interprétation.

Durant la phase 1, nous avons recueilli des données en consultant et en interviewant par téléphone des infirmières occupant divers postes dans différents milieux afin de déterminer comment elles voyaient la PIA et comment les infirmières exerçant un rôle de PIA étaient réparties en Colombie-Britannique. Un sondage par courrier électronique a été réalisé auprès d'employeurs afin de cerner leur compréhension de la PIA et de définir les priorités et les lacunes en matière de services de santé et de voir s'il serait possible d'intégrer de nouveaux rôles de PIA dans leur organisme.

Durant la phase 2, nous avons effectué cinq études de cas sur les modèles de PIA dans d'autres territoires afin de comprendre la nature et les avantages de la pratique avancée et de déterminer la faisabilité des divers modèles de services en Colombie-Britannique.

La phase 3, qui englobait également notre principale activité d'AC, a pris la forme d'un laboratoire provincial d'idées auquel près de 100 intervenants clés ont participé pour discuter des conclusions préliminaires de la recherche et faire des recommandations en matière de politiques. Ce laboratoire d'idées n'a pas seulement fourni d'importantes données pour la phase 3; il a également permis de présenter les conclusions préliminaires à un vaste auditoire d'intervenants et de vérifier la validité et la pertinence de nos résultats pour documenter les recommandations en matière de politiques.

Les décideurs et les chercheurs faisant partie de l'équipe ont fait des entrevues et des observations; ils ont également participé activement à l'analyse et à l'interprétation des données recueillies. Nous avons appris par d'autres équipes de recherche subventionnées dans le cadre du même concours de la FCRSS qu'il est inhabituel que les décideurs prennent part à toutes les phases d'une recherche. Nous croyons que ce niveau de participation a contribué à l'utilisation féconde de nos conclusions de recherche.

Nos partenaires décideurs ont également assumé un rôle de leadership dans l'élaboration d'un plan et de stratégies d'AC répondant aux besoins en information et aux mécanismes de communication privilégiés par nos auditoires. Nous avons réalisé d'autres activités d'AC :

- présentation périodique d'un rapport d'étape aux cadres supérieurs de tous les organismes partenaires;
- présentation de rapports intérimaires et finals à plusieurs auditoires, dont le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé et l'ensemble des organismes membres;

- création d'un site Web présentant la description des projets, des mises à jour périodiques, des rapports de projet, des liens vers d'autres ressources et un mécanisme de rétroaction pour les visiteurs;
- présentations par l'équipe de recherche devant divers organismes partenaires, dont le ministère et des tables rondes d'employeurs.

Le groupe consultatif du projet a également été un important vecteur d'AC, grâce à une communication continue et à sa capacité à diffuser de l'information par ses réseaux. Le groupe consultatif a aussi participé au laboratoire d'idées.

Résultats de l'initiative d'AC

Nos stratégies d'AC ont permis un ralliement important des intervenants et la mise en œuvre d'une majorité de recommandations de l'étude au cours des deux années suivantes. Les résultats ont servi directement de façon instrumentale⁴ pour élaborer des normes sur les compétences et les pratiques des infirmières praticiennes, pour guider la rédaction de lois et de règlements et pour l'élaboration d'au moins un programme d'enseignement de la pratique infirmière. Jusqu'à ce jour, cinq articles basés sur l'étude ont été publiés⁵⁻⁹.

L'utilisation instrumentale des conclusions de recherche, définie comme une réaction à la recherche de façon spécifique et directe, est rapportée moins souvent dans les publications que l'utilisation conceptuelle ou symbolique^{4,10}. Même si nous n'avions pas de plan officiel pour évaluer les stratégies d'AC, nous avons reconnu que nos indicateurs de réussite incluraient la mise en œuvre des recommandations de l'étude, ce qui a été fait. De plus, l'ensemble de l'équipe a fait un exercice de réflexion sur les avantages et les difficultés de l'expérience de partenariat.

Enseignements tirés

Les décideurs et les chercheurs travaillent dans un cadre temporel très différent.

Le partenariat de recherche est sans contredit une réussite. Néanmoins, nous avons dû réconcilier nos intérêts divergents par la négociation et la médiation. Les décideurs et les chercheurs travaillent dans un cadre temporel très différent, les premiers étant souvent soumis à la pression pour produire des résultats rapides. Entre la rédaction de la proposition de recherche d'origine et son financement, le contexte politique avait changé considérablement; nous avons donc dû produire des données beaucoup plus rapidement.

Par contre, la tension ressentie entre les chercheurs (qui souhaitent garder une certaine rigueur scientifique) et les décideurs (qui voulaient de l'information) a en fait permis à chacun de comprendre les approches de l'autre, de même que les exigences et les perspectives de nos différents processus de travail. Les chercheurs de l'équipe ont parfois été frustrés de se faire demander d'accélérer l'étude mais, par l'éducation, la négociation et l'établissement de priorités, nous avons élaboré des stratégies (p. ex., financement additionnel du gouvernement pour axer la recherche sur des aspects spécifiques de la collecte de données) qui ont su rapidement combler les besoins d'information des décideurs tout en assurant une certaine rigueur scientifique.

La tension ressentie entre les chercheurs (qui souhaitent garder une certaine rigueur scientifique) et les décideurs (qui voulaient de l'information) a en fait permis à chacun de comprendre les approches de l'autre.

Même si les objectifs de recherche avaient été établis clairement, chaque membre de l'équipe avait une vision un peu différente du projet et des

motifs différents de s'engager dans le processus de recherche. Ces différences ont ajouté de la profondeur à la recherche mais ont également dû être négociées car elles émergeaient subtilement et créaient des tensions et des divergences d'opinion. L'autonomie et la liberté universitaire sont des valeurs fondamentales au sein des universités. La possibilité de parler ouvertement et franchement est à la fois encouragée et attendue. Dans les organismes partenaires, les décideurs fonctionnent dans un contexte politique qui régit leur travail de façons explicite et implicite et qui peut, à l'occasion, les empêcher d'exprimer leur opinion.

De plus, les mêmes données n'avaient pas la même signification pour tous les membres de l'équipe de recherche. Nous avons donc dû négocier la façon d'interpréter, de rapporter et de diffuser ces données. La situation s'est également compliquée du fait que les universités et les organismes emploient des systèmes de récompenses différents qui ont influé, plus que nous ne l'avions prévu, sur l'orientation que chacun désirait prendre sur des questions données, comme le centre d'intérêt et l'angle à donner à un article de revue.

Notre capacité d'aplanir toutes ces différences par la négociation et la médiation est due à plusieurs caractéristiques de l'équipe, notamment :

- l'engagement ferme de tous les partenaires face à la recherche et aux objectifs du projet;
- la volonté de compromis des membres de l'équipe;
- la confiance et le respect de chacun fondés sur des relations antérieures;
- la compréhension des valeurs et des contraintes des partenaires, grâce au fait que des chercheurs avaient déjà été décideurs et vice-versa;
- le pouvoir et la responsabilité des décideurs membres de l'équipe de prendre d'importantes décisions, de s'engager et d'honorer leurs engagements.

De plus, les mêmes données n'avaient pas la même signification pour tous les membres de l'équipe de recherche. Nous avons donc dû négocier la façon d'interpréter, de rapporter et de diffuser ces données.

Conclusions et répercussions

Notre expérience de recherche et nos conclusions ont été largement utilisées par nos propres organismes pour documenter l'élaboration de politiques et de programmes. Nos résultats ont aussi été employés à l'extérieur du partenariat d'origine. Par exemple, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a organisé à l'automne 2005 un forum sur invitation abordant la pratique infirmière avancée, pendant lequel certaines de nos conclusions de recherche ont servi à alimenter la discussion et le débat sur l'orientation de la PIA au Canada. Notre rapport final a été utilisé et cité par d'autres établissements d'enseignement des sciences infirmières pour l'élaboration de programmes d'études supérieures en pratique infirmière avancée. À l'échelle nationale, les conclusions de cette recherche ont alimenté les discussions d'un groupe d'étude sur l'enseignement de la pratique infirmière en matière de soins de santé primaires. Enfin, cette recherche marque le point de départ d'un programme de recherche à long terme auquel participeront de nombreux membres de l'équipe originale.

Références

1. Horrocks, S., E. Anderson et C. Salisbury. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 324:819-23.
2. Safriet, B. J. 1992. Health care dollars and regulatory sense: the role of advanced practice nursing. *Yale J Regul* 9:417-88.
3. Bryant-Lukosius, D., A. DiCenso, G. Browne et J. Pinelli. 2004. Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs* 48 (5): 519-29.

4. Lavis, J. N., D. Robertson, J. M. Woodside, C. B. McLeod, J. Abelson et le groupe d'étude sur le transfert des connaissances. 2003. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q* 81 (2): 221-48.
5. Schreiber, R. et M. MacDonald. 2003. Nurse anesthesia: The time has come. *Can Nurse* 99 (6): 20-3.
6. Pauly, B., R. Schreiber, M. MacDonald, H. Davidson, J. Crickmore, L. Moss, J. Pinelli, S. Regan et C. Hammond. 2004. Dancing to our own tune: Understandings of advanced nursing practice in British Columbia. *Can J Nurs Leadersh* 17 (2): 47-57.
7. Schreiber, R., M. MacDonald, B. Pauly, H. Davidson, J. Crickmore, L. Moss, J. Pinelli, S. Regan et C. Hammond. 2005. Singing in different keys: Enactment of advanced nursing practice in British Columbia. *CJNL*. Online exclusive (June).
<http://www.longwoods.com/website/NL/onlineExclusive/NL0605aSchreiber.pdf>.
8. MacDonald, M., R. Schreiber, H. Davidson, B. Pauly, L. Moss, J. Pinelli, S. Regan, J. Crickmore et C. Hammond. 2005. Moving towards harmony: Exemplars of advanced nursing practice for British Columbia. *CJNL*. Online exclusive (June).
<http://www.longwoods.com/website/NL/onlineExclusive/NL0605MacDonald.pdf>.
9. Schreiber, R., M. MacDonald, B. Pauly, H. Davidson, J. Crickmore, L. Moss, J. Pinelli et S. Regan. 2005. Singing from the same songbook: The future of advanced nursing practice in British Columbia. *CJNL*. Online exclusive (June). <http://www.longwoods.com/website/NL/onlineExclusive/NL0605bSchreiber.pdf>.
10. Weiss, C. H. 1980. Knowledge creep and decision accretion. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization* 1 (3): 381-404.



ADOPTION DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS ET DES SERVICES DE SOINS CONTINUS

D^r Neil J. MacKinnon, Collège de pharmacie, Université Dalhousie

Le bilan comparatif des médicaments et les services de soins continus peuvent réduire considérablement les conséquences indésirables des écarts du système d'utilisation des médicaments. Une initiative de longue durée visant à encourager ces services comme étant la norme en matière de soins a été lancée par des pharmaciens hospitaliers et communautaires innovateurs, puis reprise par deux associations nationales de pharmaciens. Une série d'activités d'envergure dans le domaine de l'application des connaissances (AC), comprenant un groupe de travail mixte sur les soins continus, des ateliers nationaux et régionaux ainsi que la publication et la diffusion de documents didactiques ont, en moins de dix ans, fait passer ces services du stade de projets pilotes isolés à celui d'efforts nationaux en vue de favoriser la sécurité des patients.

Contexte

Les écarts dans l'utilisation des médicaments entre les milieux physiques tels que les hôpitaux et les pharmacies communautaires peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé des patients. Le bilan comparatif des médicaments et la prestation de services de soins continus peuvent réduire considérablement les conséquences indésirables telles que les problèmes liés aux médicaments, les incompatibilités et les omissions¹.

Les soins continus consistent en « la continuité souhaitable des soins fournis à un patient au sein du système de santé par tous les soignants et leurs milieux respectifs »². Le bilan comparatif des médicaments, un élément de la continuité des soins pharmaceutiques, permet de s'assurer que les renseignements exacts sur les médicaments du patient sont recueillis et communiqués et de faciliter la continuité des soins pharmaceutiques délivrés aux patients au début et/ou à la fin de la prestation des services³. Ces activités comprennent l'évaluation du profil pharmaceutique du patient, effectuée par un professionnel de la santé, habituellement un pharmacien clinicien, avant qu'il ne reçoive son congé, dans le but de s'assurer que le patient prend les médicaments qu'il faut, d'effectuer une investigation complète des soins pharmaceutiques donnés et de transmettre l'information au soignant suivant.

Cette initiative d'AC se propose de comprendre et de combler les écarts dans le système d'utilisation des médicaments au moyen de la mise en oeuvre du bilan comparatif des médicaments et des services de soins continus. Le bilan comparatif des médicaments et les soins continus répondent à l'objectif de transformer des services fournis peu fréquemment en une norme de soins reconnue. Cette recherche intéresse les directions et les administrateurs des soins de la santé, les professionnels de la santé, les organismes de réglementation des soins de santé et tous les intervenants qui participent à l'amélioration de la sécurité et de l'efficacité du système d'utilisation des médicaments.

L'initiative d'AC

Des partenaires de divers horizons ont pris part à cette initiative et continuent de le faire. Entre le milieu et la fin des années 1990, des pharmaciens hospitaliers et communautaires innovateurs de partout au Canada ont mené plusieurs projets pilotes indépendants visant à déterminer la faisabilité de la mise en oeuvre du bilan comparatif des médicaments et des services de soins continus. Conscientes de la nécessité de coordonner les activités dans ce domaine, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et l'Association des pharmaciens du Canada ont formé un groupe de travail mixte sur les soins continus et ont organisé un atelier national en 1998, en Ontario. L'atelier

avait pour objectifs une plus grande sensibilisation à l'initiative de prestation de soins continus et d'identification des mécanismes permettant d'accroître l'effort de continuité des soins². Un deuxième atelier s'est tenu au Québec, en 2000, pour faire connaître et développer les outils pouvant aider à la prestation de soins continus⁴. Plusieurs ateliers régionaux ont suivi en vue de partager de nouveaux exemples de réussite et de former d'autres pharmaciens communautaires et hospitaliers. Un essai contrôlé randomisé ayant pour objet l'évaluation des services et portant sur 253 patients a été mené de 2000 à 2002 à l'Hôpital de Moncton, au Nouveau-Brunswick¹. Cette étude montre que les services de soins continus dirigés par les pharmaciens ont des répercussions importantes sur les avantages cliniques reliés aux médicaments et sur les processus de soins.

Les leçons tirées de ces études à l'intention de pharmaciens désireux d'implanter ces services ont été intégrées à un manuel sur la marche à suivre intitulé *Seamless Care: A Pharmacist's Guide to Providing Continuous Care Programs*⁵ publié par l'Association des pharmaciens du Canada en 2003. Pour s'assurer que la communauté éducationnelle adopte ce manuel, on a obtenu une commandite pour en favoriser l'achat pour tous les participants à la Semaine du développement professionnel 2003 de l'Association canadienne des étudiants et des internes en pharmacie (approximativement 550 étudiants). Des exemplaires du livre ont été fournis aux doyens des neuf facultés de pharmacie au Canada et à la Conférence 2003 des *Canadian Pharmacy Administration Teachers*.

Résultats de l'initiative d'AC

En moins d'une décennie, ces services, qui étaient au stade de l'évaluation dans le cadre d'études pilotes, sont devenus la priorité des efforts nationaux dans le domaine de la sécurité des patients.

Cette méthode concertée d'AC a largement influé sur l'adoption du bilan comparatif des médicaments et des services de soins continus au Canada. En moins d'une décennie, ces services, qui étaient au stade de l'évaluation dans le cadre d'études pilotes, sont devenus la priorité des efforts nationaux dans le domaine de la sécurité des patients.

En 2004, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux a émis une déclaration officielle en faveur de la mise en place et de la prestation de services de soins continus⁶. L'évaluation des services de soins continus dirigés par des pharmaciens se poursuit actuellement avec une nouvelle étude contrôlée randomisée portant sur des patients cancéreux, menée à Terre-Neuve-et-Labrador. Dernièrement, une grande partie de l'activité a porté sur le bilan comparatif des médicaments, un sous-ensemble des soins pharmaceutiques continus. La raison de ce changement d'orientation n'est pas très claire mais pourrait être liée à l'importance accordée au bilan comparatif des médicaments aux États-Unis. Les services de bilan comparatif

des médicaments ont été adoptés dans les objectifs 2005 du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) en matière de sécurité des patients et dans la campagne *Soins de santé plus sécuritaires – maintenant!* de l'Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP). Ces deux initiatives devraient contribuer à faire du bilan comparatif des médicaments et des soins continus une norme de pratique reconnue. Il est à souhaiter que les institutions ou les organismes qui décident d'utiliser le bilan comparatif des médicaments s'en servent comme point de départ pour la mise en œuvre complète de l'ensemble des soins pharmaceutiques continus.

Il reste encore beaucoup à faire. Bien que l'adoption de ces services ait généralement lieu au point de transition entre l'hôpital et la collectivité, il faut redoubler d'efforts pour supprimer d'autres écarts, notamment de la collectivité à l'hôpital, de l'hôpital aux établissements de soins prolongés, et même aux points de transition à l'intérieur des hôpitaux. L'inclusion des services de bilan comparatif des médicaments dans les objectifs du CCASS à l'égard de la sécurité des patients incite fortement tous les hôpitaux à fournir ces services, mais crée aussi des défis pour les directeurs de pharmacie d'hôpital et tous ceux qui participent à la mise en œuvre, compte tenu de la pénurie actuelle de pharmaciens hospitaliers et des contraintes budgétaires. Les programmes de formation tels que

L'adoption de ces services hors des établissements pilotes et par d'autres pharmaciens que les premiers pharmaciens participants est l'un des aspects les plus satisfaisants de cette initiative d'AC.

ceux financés par l'Institut canadien de la sécurité des patients en Alberta en mai 2005 devraient aider à surmonter quelques obstacles à la mise en œuvre. Il faudra également résoudre les questions opérationnelles et de charge de travail posées par les pharmaciens communautaires. Pour l'instant, ces points n'ont pas encore été abordés adéquatement.

Un changement positif s'opère, à savoir que ces services ne sont plus préconisés principalement par la profession des pharmaciens. En fait, les directions des soins de santé et les autres professionnels de la santé comme les médecins, les infirmières et infirmiers et les gestionnaires de risques participent de plus en plus à la mise en œuvre de ces services. C'est une preuve supplémentaire de la réussite de cette initiative d'AC, qui n'est plus une activité propre à une discipline ou à une profession, mais un service important reconnu par les décideurs des services de santé, les cliniciens et finalement les patients qui en font l'expérience directe. L'adoption de ces services hors des établissements pilotes et par d'autres pharmaciens que les premiers pharmaciens participants est l'un des aspects les plus satisfaisants de cette initiative d'AC.

Enseignements tirés

Rétrospectivement, quelles sont les clés de la réussite de cette initiative d'AC? Plusieurs sont évidentes, notamment :

- la mise en œuvre des soins continus et du bilan comparatif des médicaments par les pharmaciens de première ligne, convaincus du bien-fondé de ces concepts et qui ont su convaincre leurs collègues de leur valeur;
- la collaboration des pharmaciens d'hôpitaux et communautaires aux niveaux local, provincial et national;
- l'engagement de la communauté de recherche en pratique pharmaceutique afin de prouver la valeur de ces services;
- un effort proactif pour susciter la participation d'autres champions des idées et chefs de file du changement, au moyen d'ateliers nationaux et régionaux;
- la formation des futurs pharmaciens offrant ces services.

Aucune initiative d'AC ne se déroule dans l'isolement, et la réussite de celle-ci est due également aux activités spéciales externes qui ont eu des incidences sur nos activités. La définition de Hepler et Strand de la pharmacothérapie en tant que modèle de pratique pour la profession pharmaceutique à la fin des années 1980 et au début des années 1990 a ouvert la voie à une augmentation des responsabilités des pharmaciens dans tous les contextes de pratique⁷. Plus récemment, la sensibilisation aux questions de sécurité des patients de la part des pharmaciens qui travaillent dans le système de soins de santé et le public a considérablement augmenté. Au cours des cinq dernières années, la publication de plusieurs rapports sentinelles au Canada et aux États-Unis, et la création de l'ICSP ont largement contribué à accroître nos connaissances sur l'importance de la morbidité évitable associée aux médicaments, les erreurs de traitement et les autres conséquences indésirables de l'utilisation des médicaments. L'ICSP a également encouragé la recherche d'outils et de techniques en vue d'améliorer la sécurité du système d'utilisation des médicaments.

Aucune initiative d'AC ne se déroule dans l'isolement, et la réussite de celle-ci est due également aux activités spéciales externes qui ont eu des incidences sur nos activités.

Malgré ces réussites, plusieurs objectifs relatifs à la continuité des soins et au bilan comparatif des médicaments ne sont pas encore atteints. Jusqu'à présent, il existe peu d'évaluations de ces services dans les publications jugées par les pairs. Il reste à l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie ou aux organismes de réglementation provinciaux à rendre obligatoire la prestation de ces services, et le remboursement ou la rémunération de ceux qui les fournissent fait encore défaut. En outre, les profils de prescription reliés et les cartes santé pourraient jouer un rôle important en facilitant ces services, mais ils demeurent sous-utilisés.

Conclusions et répercussions

Cette initiative s'est révélée un modèle efficace pour conjuguer les efforts des associations professionnelles nationales, des praticiens et des chercheurs. Elle fournit également à la profession pharmaceutique un exemple convaincant de la façon dont un petit aspect du système d'utilisation des médicaments peut être adopté sur une grande échelle. Pour les personnes extérieures à la profession pharmaceutique, l'initiative constitue un exemple concret de la façon dont un élément simple mais essentiel du système de soins de santé peut devenir la norme en relativement peu de temps, grâce au partenariat entre les professionnels de la santé de première ligne, les gestionnaires des soins de santé, les associations professionnelles et les chercheurs.

L'initiative constitue un exemple concret de la façon dont un élément simple mais essentiel du système de soins de santé peut devenir la norme en relativement peu de temps.

Références

1. Nickerson, A., N. J. MacKinnon, N. Roberts et L. Saulnier. À paraître. Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthc Q*.
2. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et Association des pharmaciens du Canada. 1998. Proceedings of the Seamless Care Workshop. Ottawa (ON) : Canadian Society of Hospital Pharmacists and Canadian Pharmacists Association.
3. Conseil canadien d'agrément des services de santé. 2005. CCHSA Patient/Client Safety Goals & Required Organizational Practices. Frequently Asked Questions—Updated June 6, 2005. <http://www.cchsa.ca/pdf/patientsafetyFAQJune062005.pdf>.
4. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux et Association des pharmaciens du Canada. 2001. Seamless Care Workshop: Highlights. Ottawa (ON) : Canadian Society of Hospital Pharmacists and Canadian Pharmacists Association.
5. MacKinnon, N. J., éd. 2003. *Seamless Care: A Pharmacist's Guide to Providing Continuous Care Programs*. Ottawa (ON) : Canadian Pharmacists Association.
6. Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux. 2004. Statement on Seamless Care. Ottawa (ON) : Canadian Society of Hospital Pharmacists.
7. Hepler, C. D. et L. M. Strand. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47 (3): 533-43.

INITIATIVE NATIONALE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES EN VUE DE PROMOUVOIR LA RECHERCHE SUR L'AUTONOMIE DES AÎNÉS

Carol L. McWilliam, M.Sc.I., D.Ed., Université Western Ontario
Gloria Gutman, Ph.D., Université Simon Fraser
Margaret Penning, Ph.D., Université de Victoria
Monsieur Bruce Mutch, pasteur, Corporation canadienne des retraités intéressés
Louise Plouffe, Ph.D., Santé Canada
Miriam Stewart, Ph.D., Université de l'Alberta
Robyn Tamblyn, Université McGill

De la fin de plusieurs programmes canadiens de recherche sur l'autonomie des aînés est né un projet national d'application des connaissances (AC) en vue d'engager les intervenants dans la mise en œuvre et la généralisation de la recherche. Ce projet, qui regroupait des responsables des politiques, des planificateurs de programmes, des prestataires de services, des éducateurs, des associations d'aînés et des chercheurs, portait sur la diffusion des connaissances, l'échange d'information, le choix, et l'action. Alors que les activités de diffusion et d'échange des connaissances ont remporté beaucoup de succès, la recherche d'un consensus a réduit l'attention qui aurait dû être portée à l'ensemble des connaissances disponibles pour la mise en œuvre. Toutefois, à mesure que ce projet progressait, les relations et les réseaux utiles à l'action collective qui se sont tissés ont concrétisé un objectif de renforcement du capital social, inaperçu jusque-là.

Contexte

En 1998, quatorze programmes canadiens de recherche sur l'autonomie des aînés ont pris fin. Les bailleurs de fonds de Santé Canada et les chercheurs souhaitaient que les résultats servent à promouvoir la santé et l'autonomie de la population canadienne vieillissante. Santé Canada a financé un projet d'AC de trois ans visant à engager de nombreux partenaires – responsables des politiques, planificateurs de programmes, prestataires de services, éducateurs, associations d'aînés et chercheurs – dans des activités qui encourageaient l'apprentissage par l'expérience et la généralisation de la recherche, et à évaluer la diffusion, l'échange, le choix et l'utilisation des connaissances connexes.

L'idée était de créer une « communauté du savoir »¹ au moyen d'un modèle d'AC basé sur l'interaction sociale, qui expose les chercheurs et les utilisateurs potentiels des résultats de la recherche à leurs univers et besoins réciproques. Dans ce modèle, les utilisateurs sont des individus actifs qui interprètent les résultats de la recherche à la lumière de leurs connaissances^{1,2}. Les chercheurs, les planificateurs des politiques et programmes, les décideurs et les professionnels des services de santé, les associations de consommateurs et d'aînés, les éducateurs et le public travaillent conjointement, en tant qu'agents et architectes du changement fondé sur des données probantes. Nous souhaitons *diffuser les connaissances* à l'échelle du Canada; amener des personnes issues de tous les groupes d'intervenants à *échanger des connaissances* sur les résultats, les problèmes, les priorités et les actions possibles; les amener à choisir les résultats clés qu'ils appliqueraient, et les inciter à agir en vue d'améliorer les politiques, les services et les soins dans le domaine de la santé. Conformément à d'autres estimations de la prise en compte du savoir, nous espérons constater une augmentation de 15 p. 100 des personnes indiquant une connaissance des données de la recherche, et une augmentation de 15 p. 100 des niveaux de connaissance et d'action déclarés par les intéressés^{3,4}.

L'initiative d'AC

Dans un premier temps, les bailleurs de fonds de Santé Canada et les chercheurs ont établi la liste des guides d'opinion de chacun des groupes d'intervenants, à partir de laquelle ils ont nommé un Comité national de consensus chargé de diriger le processus. Ce comité était composé de vingt Canadiens en vue représentant aux niveaux fédéral et provincial le personnel des services de santé, des services sociaux, des services aux aînés et de la politique économique; les planificateurs de services; les prestataires de services de santé et de services sociaux et leurs associations professionnelles; les associations d'aînés, les consommateurs âgés, et des représentants du public; et les universitaires des centres sur le vieillissement et l'éventail des domaines de la santé et des services sociaux.

Le comité a élaboré un plan d'AC et fait participer d'autres guides d'opinion et leurs groupes d'intérêt. L'Association canadienne de gérontologie (ACG), composée de 800 membres représentant tous les groupes d'intervenants, a facilité les liaisons et les activités. Le Comité national de consensus a ensuite recensé les spécialistes des connaissances dans quatre domaines de recherche clés et confié à des équipes de chercheurs la tâche d'évaluer la pertinence des données de recherche⁵. Ces synthèses de la recherche universitaire ont permis à des sous-comités de définir des messages d'action clés pour chaque thème. Ces messages ont été diffusés sur un site Web interactif, communiqués pendant les colloques à l'occasion de trois réunions scientifiques et éducatives annuelles de l'ACG et réitérés dans les documents imprimés et les feuillets d'information sur la politique par thème. Le réseau de guides d'opinion a utilisé ses relations et son influence pour diffuser ces documents et pour amener d'autres intervenants à diffuser les connaissances.

La sélection et l'échange des connaissances ont été facilités par le site Web interactif, les colloques pendant les réunions annuelles de l'ACG et les nombreuses discussions organisées par les organismes participants. On a demandé aux participants à des réunions et aux utilisateurs du site Web d'établir l'ordre des priorités en matière d'élaboration des politiques et d'amélioration des services et des pratiques pour chaque thème, et les questionnaires étaient régulièrement révisés en fonction de leurs commentaires.

Ces activités ont permis aux participants d'intégrer leurs connaissances, leurs valeurs et leurs priorités aux données de recherche, et d'établir un consensus sur les priorités et les actions possibles. Quatre groupes de consensus par thème, composés de spécialistes des politiques et des programmes, de fournisseurs de services, d'universitaires et de spécialistes des consommateurs âgés ont ensuite fait la synthèse des messages et priorités sélectionnés, préparé les recommandations d'action, communiqué leurs rapports et agi, de concert avec le comité directeur, à titre de modérateurs, de participants aux discussions et de champions du changement pendant les colloques par thème. Par la suite, un seul grand colloque de concertation a réuni les quatre groupes thématiques et un public plus large dans le but d'optimiser l'interaction sociale et le soutien pour la sélection et la mise en oeuvre des connaissances.

Résultats de l'expérience d'AC

Afin de mesurer la diffusion, l'échange, la sélection, et la mise en oeuvre des connaissances, les participants aux deux colloques de l'ACG et les utilisateurs du site Web interactif ont répondu à un sondage, au début de l'exercice, immédiatement après la fin des activités et un an plus tard. L'analyse qualitative des procès-verbaux et des notes d'intervention des réunions et colloques, et les réponses aux questions ouvertes des sondages ont apporté un éclairage supplémentaire.

Nous avons déterminé que les données de recherche étaient diffusées au moyen de 86 activités à 2 946 personnes ayant assisté aux colloques ou consulté le site Web, y compris des représentants de 186 organismes et, par leur intermédiaire, comme le montrent les questionnaires de suivi, à 63 387 personnes, un pourcentage indéterminé

d'entre elles représentant d'autres organismes. La série de questionnaires diffusés sur le site Web a retenu l'attention de 608 organismes et personnes. Plusieurs organismes et le personnel des politiques et de la planification ont utilisé les feuillets d'information et recherché les experts indiqués dans ces documents en tant que ressources pour des échanges d'information. Les universitaires et les professionnels ont utilisé les documents imprimés pour la formation professionnelle générale et continue.

Toutefois, les augmentations visées n'ont pas été atteintes quant au nombre de personnes indiquant une sensibilisation et des actions, et aux niveaux indiqués de connaissance des données et d'action, peut-être parce qu'un pourcentage élevé de participants connaissaient déjà des données de recherche au début de l'activité. Malgré un changement positif, les acquis sont limités, et les niveaux de sensibilisation indiqués par les participants n'ont augmenté de façon importante que dans un seul domaine thématique. Au début, plus de la moitié des participants à chacun des quatre domaines thématiques ont indiqué avoir déjà utilisé les données de recherche pour remédier à des problèmes ou pour étayer des orientations prises au préalable. Néanmoins, les demandes de documents et de ressources d'experts pendant les deux années suivant la fin de l'exercice semblent indiquer que la mise en œuvre des connaissances s'est poursuivie. Les résultats qualitatifs montrent que le nouveau but de ces activités de diffusion des connaissances et la stratégie de recherche d'un consensus ont suscité un sentiment de frustration en raison de la répétition des activités de sélection des connaissances et des préoccupations quant aux priorités qui émergeaient.

Enseignements tirés

Nos activités de diffusion et d'échange des connaissances ont été jugées extrêmement réussies et sont encore citées par le personnel responsable des politiques de Santé Canada. D'autre part, le processus de recherche d'un consensus a réduit l'attention qui aurait dû être portée à l'ensemble des connaissances immédiatement utilisables. De plus, les participants ont parfois remplacé les questions et les priorités fondées sur les résultats de la recherche par des préoccupations sans rapport avec le sujet, ce qui a orienté les discussions dans des directions imprévues et souvent contestées.

À mesure que l'exercice progressait, les participants se sont moins intéressés à l'acquisition de connaissance en soi pour se concentrer davantage sur l'établissement de relations et de réseaux d'action collective⁶. Ainsi donc, l'objectif final d'encourager l'autonomie des aînés a été atteint en tant que résultats d'un processus plutôt que sous forme de résultats concrets traduits dans des politiques et des programmes fondés sur les résultats et des modification des pratiques. Les aînés, leurs porte-parole et les guides d'opinion ont considéré que l'occasion de participer et d'être entendus était l'aspect le plus positif de la démarche. Selon eux, il était moins important de recevoir de l'information en vue d'opérer des changements et d'améliorer leurs propres connaissances.

Si l'objectif de renforcer le capital social avait alors été plus largement reconnu et accepté, cette démarche d'AC aurait été davantage valorisée. Même si la participation individuelle à de telles activités diminue généralement au fil du temps, la participation des organismes à cette démarche a été soutenue, croissante et la source de nouvelles activités.

Conclusions et répercussions

Il est difficile de vérifier la façon dont les connaissances sont diffusées au moyen des stratégies de sensibilisation ou si les personnes qui reçoivent l'information y prêtent vraiment attention. En réalité, l'évaluation de la sélection et de l'exploitation des connaissances dans des domaines précis est quelque peu artificielle, puisque chaque groupe d'intervenants n'a que peu de latitude, sinon aucune, sur les questions qui débordent son mandat. Comme les participants interviennent de façon épisodique dans les activités d'échange et de sélection des connaissances, il est difficile de faire le suivi des résultats. Qui plus est, la complexité et la nature des politiques empêchent de tirer des

conclusions certaines quant aux résultats. De nouvelles méthodes sont nécessaires pour évaluer l'AC, et il faut faire davantage confiance à l'évaluation qualitative des processus, aux mesures quantitatives des résultats du processus et au suivi longitudinal des résultats.

Développer l'action par le biais d'un consensus entre les divers groupes d'intervenants est un idéal difficile à atteindre qui exige de savoir précisément quelles valeurs sont en jeu et quels en sont les détenteurs⁷. La nature politique de la concertation a constitué un énorme défi. Mais les processus politiques font partie de la vie et, si nous croyons foncièrement à la démocratie participative, nous devons lui laisser le temps de se manifester. Des activités successives et l'allongement des délais permettraient aux groupes d'intervenants d'établir un consensus entre leurs clientèles respectives et au sein de celles-ci.

Il est difficile de vérifier la façon dont les connaissances sont diffusées au moyen des stratégies de sensibilisation ou si les personnes qui reçoivent l'information y prêtent vraiment attention.

Pour quiconque souscrit à une AC qui favorise l'action éclairée, le renforcement de l'autonomie et la justice sociale pour le compte des groupes vulnérables, ce processus d'AC est valable. Plutôt que de constituer un modèle descendant et autoritaire, nos activités ont su plaire aux personnes qui sont à la source des politiques publiques et de la prestation de services. Qui d'autre que ceux qui font l'expérience directe de l'adoption des politiques publiques et de la prestation des services peut savoir ce qui est le plus important, comment les résultats de recherche correspondent à ce qui fonctionnera et comment utiliser les résultats pour apporter des améliorations efficaces? Par ailleurs, l'approche est axée sur le processus; tous les participants en partagent la responsabilité mais n'ont aucun pouvoir sur les résultats. Dans un monde où l'évaluation du rendement est fondée sur des résultats mesurables, il est peu probable que cette approche fasse progresser la carrière des universitaires, pas plus que celle des hauts responsables des politiques, des planificateurs et des décideurs.

Références

1. Broner, N., M. Franczak, C. Dye et W. McAllister. 2001. Knowledge transfer, policymaking and community empowerment: A consensus model approach for providing public mental health and substance abuse services. *Psychiatr Q* 72 (1): 79-102.
2. Buxton, M. et S. Hanney. 1996. How can payback from health services be assessed? *J Health Serv Res Policy* 1 (1): 35-43.
3. Prochaska, J. O., C. C. DiClemente et J. C. Norcross. 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47 (9): 1102-1114.
4. Rogers, E. 1995. *Diffusion of innovations*. 4^e éd.. London, UK: Free Press.
5. Chappell, N. 2000. Setting an evidence-based policy agenda for seniors' independence. *Can J Aging* 19 (Suppl. no. 1).
6. Éditorial. 2001. Social capital. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research* 2 (1): 6-7.
7. Milimo, J., A. Norton et D. Owen. 1998. The impact of PRA approaches and methods on policy and practice: The Zambia PPA. Dans *Whose voice? Participatory research and policy change*, dir. J. Holland et J. Blackburn, 103-11. London, UK: Intermediate Technology.

EXEMPLE CONCRET D'APPLICATION DES CONNAISSANCES : L'ÉQUIPE *NEED TO KNOW* DU MANITOBA

Patricia J. Martens, Ph.D., Manitoba Centre for Health Policy, Université du Manitoba
Sarah Bowen, Ph.D., Université du Manitoba et Office régional de la santé de Winnipeg
Randy Fransoo, M.Sc., Manitoba Centre for Health Policy, Université du Manitoba
Équipe *Need To Know*

L'équipe Need To Know du Manitoba encourage la recherche en collaboration dans le domaine de la santé, fondée sur la population, entre les offices régionaux et ruraux de la santé, le ministère de la Santé de la province et les chercheurs du Manitoba Centre for Health Policy. Axée sur la création et le développement de nouvelles connaissances, le renforcement des capacités individuelles et organisationnelles et la diffusion et l'application des résultats de recherche, l'équipe a largement contribué à la planification des services de santé à l'échelle rurale et régionale dans la province, et elle est reconnue à l'échelle nationale comme modèle de pratiques exemplaires dans le domaine de l'application des connaissances (AC).

Contexte

Les exemples vécus peuvent être de puissants catalyseurs du changement. Notre histoire – celle des origines de l'équipe *Need To Know* du Manitoba, de nos réussites et des défis que nous avons relevés dans le domaine de l'AC et les résultats de cette collaboration – illustre ce qui peut être réalisé lorsque chercheurs et décideurs collaborent vraiment pour faire de la recherche et en appliquer concrètement les résultats.

La prise de conscience que la collaboration des utilisateurs pouvait améliorer la recherche est à l'origine de la vision de l'équipe Need To Know, et peu après, de la création de cette équipe.

L'équipe *Need To Know* est un partenariat entre le *Manitoba Centre for Health Policy* (MCHP), une unité du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba; les dix offices régionaux et ruraux de la santé du nord du Manitoba, et Santé Manitoba. Elle est financée par le programme 2001-2006 Alliances communautaires pour la recherche en santé (ACRS) offert par les IRSC. L'équipe poursuit les objectifs suivants : acquérir de nouvelles connaissances directement applicables aux offices régionaux de la santé des milieux ruraux et du Nord; élaborer des modèles utiles pour l'infrastructure d'information sur la santé, la formation et l'interaction, qui renforcent les capacités de recherche en collaboration, et diffuser et appliquer les résultats de la recherche en santé pour accroître l'efficacité des services de santé et la santé des populations des offices régionaux de la santé.

L'équipe *Need To Know* est née d'une relation contractuelle entre Santé Manitoba et le MCHP. Depuis 1991, le MCHP produit annuellement six projets de recherche sur l'état de santé des Manitobains et l'utilisation des soins de santé. Afin d'encourager la diffusion des résultats de recherche, le MCHP a instauré en 1994 une journée annuelle des soins de santé dans les milieux ruraux et du Nord, qui souligne la recherche pertinente pour les régions autres que celle de Winnipeg. En 1999, cet

atelier est devenu très interactif, avec des chercheurs animant des tables rondes sur les offices régionaux de la santé afin d'encourager la planification basée sur les rapports du MCHP. Cette nouvelle approche a également permis aux participants des offices régionaux de la santé de cerner les limites de la recherche. La prise de conscience que la collaboration des utilisateurs pouvait améliorer la recherche est à l'origine de la vision de l'équipe *Need To Know*, et peu après, de la création de cette équipe.

L'initiative d'AC

La vision de l'équipe *Need To Know* repose sur trois thèmes fondamentaux : le besoin d'entreprendre une recherche en collaboration qui soit pertinente pour les utilisateurs visés; l'importance du renforcement des capacités et des rapports constructifs, et la nécessité pour les chercheurs et les planificateurs de communiquer les résultats et de planifier les stratégies afin de faciliter la recherche qui influence la prise de décisions.

L'équipe *Need To Know* comprend des chercheurs universitaires du MCHP et des étudiants des cycles supérieurs, six planificateurs de Santé Manitoba et jusqu'à deux planificateurs de haut niveau choisis par les hauts dirigeants issus de chacun des dix offices régionaux de santé autres que celui de Winnipeg, plus une liaison avec l'office régional de la santé de Winnipeg. Un comité consultatif composé du directeur, de l'évaluateur du programme, de trois représentants élus de l'équipe (des offices régionaux du Nord et du Sud, et de Santé Manitoba) et de représentants de groupes d'intervenants clés (MCHP, Santé Manitoba, les dirigeants principaux des offices régionaux et un chercheur des services de santé) guide l'initiative.

Des réunions de deux jours, trois fois par an, servent de cadre aux activités de l'équipe. Ces réunions fournissent un forum pour la sélection, l'élaboration et l'interprétation des projets de recherche de l'équipe; la participation à des activités de renforcement des activités (par exemple, initiation aux concepts et méthodes de recherche); la planification de la diffusion de la recherche, et les possibilités de réseaux structurés et informels. Les activités de renforcement des capacités ne sont pas limitées aux membres de l'équipe des offices régionaux de la santé. Les réunions de l'équipe donnent aux universitaires l'occasion de mieux appréhender le contexte des décideurs, tandis que les décideurs se familiarisent avec la recherche.

Les projets de recherche, choisis par consensus, portent sur des questions auxquelles les décideurs des offices régionaux de la santé sont confrontés. Ils sont fondés sur des méthodes éprouvées de recherche sur les services de santé et la santé des populations, et l'information comparative croisée et géographiquement valable qui en découle s'appuie sur les données des réclamations administratives des populations. À ce jour, trois projets de recherche sont terminés : un atlas des indicateurs régionaux¹ qui montre l'état de santé et les tendances de l'utilisation des soins de santé par office régional, par district et sur une période de temps; un rapport sur les maladies mentales² qui décrit la prévalence et les tendances de l'utilisation des soins de santé chez les personnes atteintes de maladies mentales, et un rapport sur les différences selon le sexe³, qui analyse les différences entre les hommes et les femmes en matière de santé, d'utilisation des soins de santé et de qualité des soins.

Entre les réunions, les membres de l'équipe ont des « devoirs » à faire. Ils peuvent notamment consulter la direction des offices régionaux de la santé sur les futurs sujets de recherche et élaborer des plans de diffusion des résultats de la recherche. Par exemple, au printemps de 2005, des membres de l'équipe issus de cinq différents offices régionaux de la santé ont planifié une journée d'ateliers interactifs MCHP-offices régionaux de la santé afin de s'assurer que les projets de recherche de l'équipe étaient appliqués au niveau organisationnel.

L'évaluation en collaboration est une composante directrice essentielle du projet depuis ses débuts. Diverses méthodes sont utilisées (entrevues avec les informateurs clés, observation des participants, sondages avant et après essai, évaluations anonymes des ateliers, mesures dissimulées). Un processus de rétroaction structuré permet à chaque groupe d'intervenants d'examiner les rapports préliminaires d'évaluation et de participer à leur rédaction, et les activités d'évaluation servent à formuler les principes et concepts de la recherche. Le processus et les activités d'évaluation, ainsi que les principales conclusions, sont décrits dans deux rapports d'évaluation^{4,5} et ils ont contribué à faire avancer la théorie de l'AC⁶.

Résultats de l'expérience d'AC

L'équipe *Need To Know* a-t-elle atteint ses objectifs? Nous avons produit une recherche de qualité, d'une grande pertinence pour les offices régionaux de la santé des milieux ruraux et du Nord. L'intérêt que portent les offices régionaux de la santé aux résultats de la recherche a motivé la mise en place de centres de soins de santé primaires et de maisons de soins infirmiers, de programmes de dépistage du cancer du col utérin, de programmes régionaux de prévention des blessures ainsi que des propositions de modification des services de santé mentale.

L'atlas des indicateurs régionaux est largement utilisé pour la planification stratégique, et le rapport sur les maladies mentales contribue à la planification des services de santé mentale à l'échelle régionale, provinciale et nationale (par l'intermédiaire de la commission du sénateur Kirby). Les rapports de l'équipe sont très en demande, leur tirage étant de sept fois supérieur à celui des rapports types du MCHP (1 500 exemplaires comparativement à 200). Les visites du site Web du MCHP ont augmenté de 20 000 durant les mois qui ont suivi la diffusion de ces rapports.

Les rapports de l'équipe sont maintenant distribués à l'occasion des journées annuelles des soins de santé dans les milieux ruraux et du Nord. Preuve de la popularité des ateliers, le nombre des participants est passé d'une trentaine dans les années 1990 à plus de 160 ces deux dernières années. Les offices régionaux de la santé encouragent la participation de groupes diversifiés, incluant les membres du conseil, les dirigeants principaux, les vice-présidents à la planification, les médecins hygiénistes, les médecins, les infirmières chefs et les intervenants de première ligne. Les membres de l'équipe des offices régionaux de la santé sont maintenant les animateurs principaux des groupes de discussion, avec l'aide du personnel du MCHP. Les évaluations montrent que, dans ce contexte, les membres de l'équipe des offices régionaux de la santé ne sont pas différents des universitaires du MCHP en ce qui concerne la compréhension et l'interprétation des résultats de la recherche pour les participants.

Enseignements tirés

Nous avons constaté que les exemples vécus peuvent être des outils puissants pour influencer sur la prise de décisions. Les membres de l'équipe *Need To Know* se lancent mutuellement le défi de trouver dans chaque rapport de recherche les exemples qui sont des « mines d'or ». Ces *récits fondés sur des preuves*⁷ contribuent à définir les questions d'importance pour les planificateurs et les décideurs des offices régionaux de la santé et ils deviennent particulièrement pertinents pendant les discussions de la journée annuelle des soins de santé.

Le degré de satisfaction des participants à l'égard du projet est très élevé et le roulement des membres de l'équipe se limite à ceux qui quittent leur emploi au sein des offices régionaux de la santé. L'évaluation indique que cela est attribuable aux avantages que les membres de l'équipe tirent de leur participation, à la « façon dont ils sont traités et se sentent valorisés », et aux possibilités de constituer des réseaux utiles⁴⁻⁶. Les autres facteurs essentiels à la réussite de l'équipe comprennent le renforcement de la confiance, la qualité des relations, le temps consacré par les partenaires, l'importance accordée au leadership et les véritables partenariats – qu'on retrouve dans la documentation existante sur les relations entre chercheurs et utilisateurs⁸⁻¹³. Les cadres supérieurs des offices régionaux de la santé et le ministère de la Santé confirment le rôle de l'équipe *Need To Know* dans la création d'une culture qui encourage l'AC et la prise de décisions fondées sur des données probantes à l'échelle de la province⁴⁻⁵. Mais avons-nous répondu à toutes les questions posées par l'AC?

Nous avons constaté que les exemples vécus peuvent être des outils puissants pour influencer sur la prise de décisions.

Les facteurs essentiels à la réussite de l'équipe comprennent le renforcement de la confiance, la qualité des relations, le temps consacré par les partenaires, l'importance accordée au leadership et les véritables partenariats.

L'évaluation a montré que les trois premières années ont stimulé le renforcement des capacités *individuelles*, l'établissement de relations et la constitution de réseaux. Les membres de l'équipe ont toutefois constaté qu'il était nécessaire d'élaborer des stratégies de renforcement des capacités au niveau *organisationnel* afin d'assurer la durabilité. Ainsi, en 2005, la priorité a été accordée à des visites sur place des offices régionaux de la santé, de façon à étendre la capacité organisationnelle régionale au-delà des membres de l'équipe. L'équipe vient aussi de recevoir une subvention des IRSC afin de déterminer et de relever les défis organisationnels liés à l'AC dans les offices régionaux de la santé.

Cependant, nous continuons de trouver qu'il est difficile de

convaincre les traditionnels comités d'examen par les pairs de financer un processus plutôt qu'un *produit* – le processus qui consiste à utiliser un modèle d'équipe solide ayant fait ses preuves pour effectuer des recherches qui répondent aux besoins futurs.

Conclusions et répercussions

L'exemple de l'équipe *Need To Know* a touché l'imagination des chercheurs et des décideurs partout au Canada. L'équipe est reconnue à l'échelle nationale et ses membres ont effectué plus de 80 présentations orales et par affiches. L'évaluatrice, Sarah Bowen, a largement contribué à l'avancement de la théorie de l'AC⁶ et elle reçoit de nombreuses demandes de consultation provenant de tout le pays. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) considère que cette initiative est un modèle de pratique exemplaire de l'AC, et elle a financé des ateliers en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse portant sur l'application de ce modèle aux autres provinces. La directrice, Pat Martens, reçoit de nombreuses invitations pour traiter du modèle de l'équipe et de sa recherche avec des groupes tels que les directeurs scientifiques et le conseil d'administration des IRSC, l'Université de l'Alberta et les participants aux ateliers pour les décideurs de la FCRSS. L'équipe *Need To Know* du MCHP a également reçu le prix AC 2005 des IRSC (régional). La réussite de notre initiative d'AC est parfaitement résumée par les propos de Sue Crockett, une des membres de l'équipe des offices régionaux de la santé :

Nous continuons de trouver qu'il est difficile de convaincre les traditionnels comités d'examen par les pairs de financer un processus plutôt qu'un produit.

« Même en travaillant dans des univers différents, nous pouvons établir une relation de respect mutuel. Ils apprennent de notre expérience et nous apprenons de la leur. Si nous travaillons ensemble, nous pouvons obtenir des résultats surprenants – des résultats significatifs, concrets et pertinents. »

Références

1. Martens, P. J., R. Fransoo, l'équipe *Need To Know*, E. Burland, L. Jebamani, C. Burchill, C. Black, et al. 2003. The Manitoba RHA indicators atlas: Population-based comparisons of health and health care use. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy. <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports.htm>.
2. Martens, P., R. Fransoo, N. McKeen, l'équipe *Need To Know*, E. Burland, L. Jebamani, C. Burchill, et al. 2004. Patterns of regional mental illness disorder diagnoses and service use in Manitoba: A population-based study. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy. <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports.htm>.

3. Fransoo, R., P. Martens, l'équipe *Need To Know*, E. Burland, H. Prior, C. Burchill, D. Chateau et R. Walld. 2005. Sex differences in health status, health care use, outcomes and quality of care: A population-based study for Manitoba's regional health authorities. Winnipeg (MB) : Manitoba Centre for Health Policy. <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports.htm>.
4. Bowen, S. 2001. *Need To Know* project evaluation 2001-2002 report. Winnipeg (MB) : Manitoba Centre for Health Policy. http://www.rha.cpe.umanitoba.ca/data_resource.shtml.
5. Bowen, S. 2004. *Need To Know* project evaluation 2002-2004 report. Winnipeg (MB) : Manitoba Centre for Health Policy. http://www.rha.cpe.umanitoba.ca/data_resource.shtml.
6. Bowen, S., P. J. Martens et l'équipe *Need To Know*. À paraître. Demystifying knowledge translation: Learning from the community. *J Health Serv Res Policy*.
7. Rachlis, M. 2004. *Prescription for excellence: How innovation is saving Canada's health care system*. Toronto (ON) : Harper Collins Canada.
8. Lomas, J. 1997. Improving research dissemination and uptake in the health sector: Beyond the sound of one hand clapping. Health Policy Commentary Series. Hamilton (ON) : McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis.
9. Casebeer, A. et D. Johnson. 2000. Potholes in the information highway: The use of health service utilization data by Alberta health care managers. *Healthc Manage Forum* 13 (2): 58-64.
10. Denis, J. L. et J. Lomas. 2003. Convergent evolution: The academic and policy roots of collaborative research. Editorial. *J Health Serv Res Policy* 8 (Suppl. no. 2): 1-6.
11. Ross, S., J. Lavis, C. Rodriguez, J. Woodside et J. L. Denis. 2003. Partnership experiences: involving decision-makers in the research process. *J Health Serv Res Policy* 8 (Suppl. no. 2): 26-34.
12. Golden-Biddle, K., T. Reay, S. Petz, C. Witt, A. Casebeer, A. Pablo et C. R. Hinnings. 2003. Toward a communicative perspective of collaborating in research: the case of the researcher-decision-maker partnership. *J Health Serv Res Policy* 8 (Suppl. no. 2): 20-25.
13. Germann, K. et D. Wilson. 2004. Organizational capacity for community development in regional health authorities: A conceptual model. *Health Promot Int* 19 (3): 289-298.



ENTRE L'ARBRE ET L'ÉCORCE : LES DÉFIS DE TRAVAILLER AVEC DES ASSOCIATIONS DE DÉFENSE ET DES GROUPES DE FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Maria Mathews, Ph.D., Division de la santé communautaire, Université Memorial de Terre-Neuve
Sharon Buehler, Ph.D., Division de la santé communautaire, Université Memorial de Terre-Neuve
Roy West, Ph.D., Division de la santé communautaire, Université Memorial de Terre-Neuve

Des chercheurs de l'Université Memorial de Terre-Neuve ont collaboré, avec une association de défense des droits des patients et le fournisseur provincial de soins aux personnes atteintes du cancer, à une étude qui démontre une variation importante des frais personnels déboursés par les patients qui doivent se déplacer pour avoir accès à un traitement anticancer. La phase de recherche en partenariat s'est déroulée sans heurt. Par contre, la diffusion des résultats – et l'intérêt suscité au sein du gouvernement et dans les médias – ont exercé des pressions sur le fournisseur provincial de soins aux personnes atteintes de cancer. Le fournisseur s'est dissocié de l'étude et a cessé de jouer le rôle qu'il occupait dans ce qui était jusque-là un partenariat réussi.

Contexte

À l'automne 2001, la Société canadienne du cancer – Division de Terre-Neuve-et-Labrador, un organisme non gouvernemental de défense des droits des patients, nous a demandé de mener une étude sur les frais déboursés par les patients qui doivent se déplacer pour recevoir un traitement anticancer. Quelques rapports semblent indiquer que ces coûts influent sur les décisions que prennent les patients en ce qui concerne leur traitement¹. La Société canadienne du cancer avait déjà commencé à faire valoir ce point, mais le ministère de la Santé et des Services communautaires avait demandé de poursuivre les recherches.

Les IRSC, le Centre de recherche appliquée sur les services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador et la Société canadienne du cancer – Division de l'Atlantique ont financé la recherche, et la collecte des données a commencé à l'automne 2002. Nous avons effectué un sondage auprès de 484 patients atteints du cancer, interrogé 21 fournisseurs de soins aux personnes atteintes du cancer et recueilli des données sur les programmes de remboursement des frais de déplacement pour soins médicaux au Canada.

Nous avons constaté des variations importantes des frais engagés par les patients qui doivent se déplacer pour recevoir un traitement anticancer. Un patient sur trois vivant en milieu rural (à plus d'une heure de trajet d'un centre anticancer) a déboursé plus de 200 dollars pour le trajet et l'hébergement pendant un seul déplacement vers un centre d'oncologie, et 9 p. 100 ont déboursé plus de 1 000 dollars par déplacement. Une proportion beaucoup plus importante de résidents des milieux ruraux assument des frais plus élevés que leurs homologues des milieux urbains et déclarent que les frais de déplacement, de médicaments et de garde des enfants, ainsi que la durée des trajets, sont des facteurs importants dans leurs décisions de traitement². Les stratégies de réduction des frais des patients (incluant le rationnement des médicaments, l'allongement de la fréquence du suivi ou le choix de soins palliatifs aux patients hospitalisés) peuvent compromettre la qualité des soins. Nous avons recommandé que les critères restrictifs d'admissibilité au programme provincial *Medical Travel Assistance Program* (remboursement des frais de déplacement pour soins médicaux) soient révisés et que le traitement anticancer soit offert dans les collectivités plus petites, dans la mesure du possible.

Notre étude s'adresse principalement à la Société canadienne du cancer, au fournisseur provincial de soins aux personnes atteintes du cancer – la Fondation pour le traitement et la recherche sur le cancer de Terre-Neuve et au

ministère de la Santé et des Services communautaires. Nous voulions également communiquer nos résultats aux participants de l'étude, aux instances politiques, au public, aux porte-parole des patients atteints du cancer et aux fournisseurs de soins aux personnes atteintes du cancer au Canada, et à d'autres chercheurs.

L'initiative d'AC

Pour l'AC, nos partenaires étaient la Société canadienne du cancer (SCC) et la *Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation* (NCTRF). Le ministère de la Santé et des Services communautaires a refusé de participer directement à l'étude mais il a demandé à être tenu au courant par des contacts réguliers avec la SCC et la NCTRF.

En nous engageant dans des activités d'AC, nous avons, en tant que chercheurs, l'objectif de faire des recommandations rigoureuses, pertinentes et fondées sur des données probantes, qui permettraient d'améliorer l'accessibilité et la qualité du traitement contre le cancer dans la province. Par contre, l'objectif de nos partenaires était de défendre les droits des patients qui assumaient des frais élevés, et surtout de former un groupe de pression en faveur de la modification du *Medical Travel Assistance Program*, le programme provincial de remboursement des frais de déplacement pour soins médicaux. Il fallait pour cela définir exactement les rôles de tous les partenaires pendant les phases de recherche et de diffusion des données de l'étude.

Le plan d'AC de l'étude comprenait des activités de liaison et d'échange et une stratégie de diffusion pluridirectionnelle. Ces activités visaient à préciser les questions de recherche pertinentes, informer nos partenaires de nos progrès, réagir à l'évolution du contexte de prise de décisions, offrir à nos partenaires l'occasion de contribuer à l'interprétation des résultats et à l'élaboration des recommandations et examiner périodiquement les rôles de tous les partenaires.

À cette fin, nous avons tenu une série de réunions avec le personnel de la SCC et de la NCTRF afin de mieux comprendre la problématique de recherche, le système provincial de soins aux personnes atteintes de cancer et les besoins d'information de nos partenaires. Nous avons aussi fait le point régulièrement, par courriel, par téléphone et par des présentations en personne. Les deux partenaires ont fourni des documents à l'appui et une rétroaction sur nos propositions de recherche, informé le gouvernement que l'étude était en cours, et ils nous ont tenu au courant des développements relatifs à l'étude. La NCTRF a aidé à recruter les participants à l'étude. Peu avant la fin de la phase de recherche, nous avons communiqué les résultats préliminaires et les recommandations à la SCC et à la NCTRF. Un administrateur de la NCTRF, avec qui nous avons collaboré étroitement, a examiné le rapport presque définitif des résultats et des recommandations.

Durant la phase de diffusion des résultats de l'étude, la SCC s'est chargée d'organiser la campagne de sensibilisation du public aux résultats de l'étude et d'exercer des pressions auprès des élus et des représentants du gouvernement. La NCTRF a accepté de communiquer les résultats de l'étude aux autres organismes de soins aux personnes atteintes de cancer et d'organiser des séminaires avec son propre personnel afin d'indiquer les changements dans la pratique clinique. Nous étions chargés de présenter les données (dans des documents récapitulatifs et des présentations), de participer aux entrevues avec les médias et d'atteindre les objectifs secondaires de diffusion des données, comme faire le bilan avec les participants, communiquer les résultats aux chercheurs et trouver des collaborateurs pour les projets futurs.

Au printemps 2004, nous (les chercheurs et la SCC, conformément aux rôles décrits ci-dessus) avons tenu une conférence de presse afin de faire connaître les résultats de l'étude; nous avons rédigé un résumé pour le rapport annuel de la SCC (inclus en supplément dans les journaux communautaires de la province); organisé la couverture médiatique; présenté les résultats de l'étude dans un langage de vulgarisation aux groupes communautaires et aux représentants du ministère de la Santé et des Services communautaires; envoyé un résumé de deux pages (rédigé en

langage de vulgarisation et soulignant les messages d'action) à tous les membres de l'Assemblée législative de Terre-Neuve-et-Labrador et au ministère de la Santé et des Services communautaires, et participé à des face-à-face avec les élus et les représentants du ministère de la santé et des Services communautaires. Le rapport sommaire, disponible sur demande, a été affiché sur le site Web de la Division de la santé communautaire (Université Memorial de Terre-Neuve).

Résultats de l'expérience d'AC

Au départ, la NCTRF a partagé les résultats de la recherche avec d'autres prestataires de soins, mais elle s'est distanciée de l'étude lorsque le gouvernement de la province a demandé de l'information sur ses programmes de soutien et la prestation des soins. Dans sa réponse au gouvernement et dans ses lettres à la presse locale, la NCTRF n'a pas tenu compte des résultats de l'étude et des activités de partenariat, et elle a laissé entendre qu'elle avait déjà examiné la question des frais. Dans une lettre à la rédaction, il était indiqué que « les recommandations de la D^{re} Matthews [sic] n'apportent rien de nouveau » et qu'« il est important que les chercheurs examinent la situation actuelle pour faire des recommandations plus significatives et valables »³. La NCTRF a abandonné l'idée de diffuser les résultats de l'étude auprès de son personnel.

Au moment de la rédaction du rapport, la SCC bénéficiait déjà d'un important soutien quant à la nécessité de modifier le programme *Medical Travel Assistance*, et nous avons été invités à présenter l'étude au caucus du Parti progressiste-conservateur au pouvoir. Nos résultats ont également servi à appuyer la mise en œuvre des programmes de télé-oncologie dont l'évaluation comporte une estimation des frais de déplacement. Le réseau national de la SCC a rassemblé des collaborateurs et des chercheurs dans les autres provinces et nous préparons actuellement des études visant à examiner d'autres questions qui influent sur l'accès aux traitements de lutte contre le cancer au Canada.

Enseignements tirés

Même si les organismes visent des objectifs similaires, ils ne sont pas disposés à sacrifier d'autres intérêts pour y parvenir.

Nous avons tiré de cette expérience des leçons très utiles sur l'AC. La prise de décisions et l'AC ont lieu dans un milieu dynamique et complexe où l'intérêt des partenaires et leurs points de vue sur les résultats de la recherche, les chercheurs et les autres partenaires évoluent constamment. Le désir de prendre des décisions fondées sur des données probantes rivalise avec d'autres motivations organisationnelles et personnelles, dont les plus évidentes sont l'auto-préservation et l'auto-promotion. La restructuration du système de santé était imminente à l'automne 2004, alors qu'une nouvelle autorité sanitaire régionale devait être responsable des services pour le traitement du cancer à la place de la NCTRF (la NCTRF n'existerait plus en tant que conseil de santé distinct). Dans un tel climat d'incertitude politique, il ne fallait pas se surprendre qu'un administrateur cherche à démontrer aux décideurs des pouvoirs publics la valeur de son organisme, ainsi que ses compétences en matière d'administration et de politiques.

La prise de décisions et l'AC ont lieu dans un milieu dynamique et complexe où l'intérêt des partenaires et leurs points de vue sur les résultats de la recherche, les chercheurs et les autres partenaires évoluent constamment. Le désir de prendre des décisions fondées sur des données probantes rivalise avec d'autres motivations organisationnelles et personnelles, dont les plus évidentes sont l'auto-préservation et l'auto-promotion.

Les relations entre la SCC et la NCTRF étaient déjà difficiles avant cette étude, car les deux organismes souhaitaient se positionner comme chef de file des questions de défense des droits des personnes atteintes du cancer dans la province. Les pressions exercées sur la NCTRF par les activités de défense de la SCC n'ont fait que renforcer cette tension. Même si les organismes visent des objectifs similaires, ils ne sont pas nécessairement disposés à sacrifier d'autres intérêts pour y parvenir.

Notre expérience fait aussi ressortir la vulnérabilité que l'AC peut créer chez les chercheurs, en particulier les jeunes universitaires. L'AC exige beaucoup de temps, qui pourrait être consacré à des activités mieux récompensées par les comités de promotion et de titularisation. Sans compter que tout chercheur, surtout en début de carrière, ne peut se permettre de voir sa crédibilité professionnelle remise publiquement en question.

Conclusions et répercussions

Malgré ces défis, nous avons réussi à établir et maintenir une relation positive et mutuellement profitable avec la SCC. La reconnaissance des besoins et de la culture de chacune des parties a été un facteur essentiel à cette réussite. La répartition claire des rôles et leur compréhension pendant les phases de recherche et de diffusion des résultats de l'étude ont permis aux chercheurs de se concentrer sur les activités d'études, et à la SCC de renforcer sa position de défenseur des traitements de lutte contre le cancer. Ces liens sont devenus plus officiels avec la nomination de la chercheuse principale, Maria Mathews, au conseil d'administration de la SCC. Nous accédions ainsi à un forum permanent qui nous permet de connaître les besoins de la SCC en matière de recherche, et à cette dernière d'être informée des possibilités d'utilisation de la recherche dans ses activités.

Nous remercions M. Peter Dawe et le Dr John McGuire pour leurs commentaires sur les versions préliminaires de ce cas.

Références

1. Maynard, D. 2001. Patient Travel and Accommodation. Background Paper. Société canadienne du cancer – Division Terre-Neuve et Labrador.
2. Mathews, M. et G. Basky. 2004. Closer to home: The burden of out-of-pocket expenses on cancer patients in Newfoundland and Labrador. Summary Report. Division de la santé communautaire, Université Memorial de Terre-Neuve.
3. Paulse, B. H. 2004. Letter to the editor. *Gazette (Memorial University of Newfoundland)*, August 12, 2004.

LA PROBLÉMATIQUE DES SOINS RESPECTUEUX DE LA CULTURE DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

D^{re} Pammla Petrucka, inf. aut., Ph.D., College of Nursing, Université de la Saskatchewan

D^{re} Sandra Bassendowski, inf. aut., D. Ed., College of Nursing, Université de la Saskatchewan

Ce projet a créé un réseau de recherche et d'application des connaissances (AC) entre deux communautés autochtones, une région sanitaire et trois établissements d'enseignement supérieur en Saskatchewan. La coalition qui en a résulté s'est efforcée de définir les aspects des soins respectueux de la culture qui seraient susceptibles de servir à l'élaboration de systèmes appropriés de prestation de soins de santé et de programmes de formation aux professions de la santé pour les peuples autochtones. Même s'il a fallu plus de temps que prévu pour établir des relations entre les membres de la coalition, celles-ci ont favorisé d'importants apprentissages mutuels sur le savoir, le ressourcement et la culture autochtones et ont préparé la coalition à entamer une nouvelle phase de recherche en collaboration.

Contexte

De façon générale, l'état de santé des peuples autochtones du Canada est inférieur à celui du reste de la population canadienne. Ces communautés sont de plus en plus distinctement touchées par des facteurs non-médicaux, tels que le statut socio-économique, le niveau d'instruction, l'identité géographique et culturelle, ce qui crée des disparités importantes et des obstacles à la santé des individus et des communautés¹. Bien que la question de la santé et des soins de santé des communautés autochtones soit de plus en plus présente sur la scène nationale, ces inégalités demeurent.

Ce projet, qui a établi un réseau de recherche et d'AC entre des partenaires non traditionnels, était fondé sur la conviction que toutes les personnes qui entrent dans le système de soins de santé ont droit à un traitement équitable, efficace et respectueux de leur culture. Pour les peuples autochtones, les milieux respectueux de la culture reconnaissent le savoir autochtone et l'intègrent, au besoin. À titre d'exemples de soins respectueux de la culture, mentionnons l'intégration des croyances et pratiques culturelles en santé pour négocier les traitements possibles, et la promotion d'un véritable engagement mutuel entre le système de santé et la communauté.

Notre objectif était de déterminer si nous pouvions définir les aspects des soins respectueux de la culture qui seraient susceptibles de servir à l'élaboration de systèmes appropriés de prestation de soins de santé et de programmes de formation aux professions de la santé pour les peuples autochtones. Le projet exigeait une coalition entre deux communautés autochtones, la région sanitaire Regina-Qu'Appelle (RQHR) en Saskatchewan et trois établissements d'enseignement supérieur. Une communauté autochtone vit en milieu rural non soumis à un traité et l'autre est une communauté métisse vivant en milieu urbain. Les deux communautés sont situées dans la région sanitaire Regina-Qu'Appelle. Les trois établissements d'enseignement, la *First Nations University of Canada*, le *Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology* et l'Université de la Saskatchewan, participent directement à la prestation du programme d'enseignement en sciences infirmières de la Saskatchewan, ainsi qu'à divers autres programmes d'enseignement des services de santé auxquels les deux communautés autochtones sont associées.

L'initiative d'AC

Dès sa création, la coalition a mis l'accent sur l'importance d'établir des liens pour la recherche, la diffusion et l'AC. Notre vision de l'AC était conforme à la définition qu'en donnent les IRSC², avec une notion supplémentaire qui reconnaissait et adoptait des approches adéquates et admissibles en regard de la culture³⁻⁵. Nous avons choisi une méthode de recherche fondée sur la communauté afin d'établir des liens entre la théorie, la pratique et la

politique^{6,7}. Nous avons continuellement cherché à relier les connaissances provenant de la recherche à la mise en pratique et à l'application de la politique, et surtout, nous nous sommes efforcés d'accorder la même importance aux preuves empiriques et non empiriques.

La coalition a vu le jour à la fin de 2002, lorsque trois membres de l'équipe de recherche ont recruté d'autres collègues et des membres de la communauté en vue de formuler une proposition et de la soumettre au Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, qui aidait des équipes à préparer les propositions de financement par le biais de subventions de démarrage.

Les premières tentatives pour atteindre les communautés étaient des stratégies de recherche mal structurées qui ont suscité une résistance générale chez les participants.

La première phase du projet visait à définir des façons appropriées d'entreprendre des recherches avec les communautés autochtones. Cette phase préliminaire d'établissement de la relation et de planification de la recherche a permis aux membres de l'équipe de reconnaître et de respecter l'égalité des voix dans le processus. Grâce à la participation des aînés et des membres de la communauté autochtone, le groupe a gagné en ouverture à la diversité des communautés et du savoir autochtones. Les stratégies de sensibilisation et d'entente comprenaient des bulletins communautaires, des récits et relations de cas, des ateliers et des cercles de partage.

Chaque étape de la participation au projet était fondée sur une approche négociée et transparente en vue de créer un milieu de recherche qui reconnaisse et, au besoin, intègre le savoir autochtone.

C'est durant cette phase que le besoin de constituer un comité consultatif autochtone s'est fait sentir. Les premières tentatives pour atteindre les communautés étaient des stratégies de recherche mal structurées qui ont suscité une résistance générale chez les participants. Ceux-ci nous ont indiqué que nous ne les avions pas inclus, ni eux ni le savoir autochtone, de façon respectueuse et significative. Ce comité comprenait des membres de divers niveaux de scolarité et milieux professionnels et communautaires (y compris des représentants des Métis et des Premières nations), et il fournissait l'orientation et des conseils sur des questions générales telles que les possibilités de partenariat avec les communautés et les stratégies pour établir des relations. Le comité offrait également une orientation sur des points particuliers comme la méthodologie de recherche et les stratégies d'AC appropriées.

Pour les partenaires de la communauté autochtone, chaque étape de la participation au projet était fondée sur une approche négociée et transparente en vue de créer un milieu de recherche qui reconnaisse et, au besoin, intègre le savoir autochtone.

L'inclusion des aînés autochtones aux rôles de conseillers, de facilitateurs et d'interprètes a été fondamentale pour réaliser une telle approche. Des étudiants autochtones de premier cycle et des étudiants diplômés ont également participé à toutes les étapes du projet de recherche.

Résultats de l'expérience d'AC

Cette expérience d'AC a permis d'apprendre les uns des autres, d'établir des relations basées sur la confiance et d'orienter la recherche dans de nouvelles directions. Bien que l'équipe ait prévu initialement d'aborder directement les principales questions de la recherche – identifier les aspects des soins respectueux de la culture qui pouvaient servir à mettre en place des systèmes appropriés de prestation des soins de santé et élaborer des programmes de formation aux professions de la santé – nous avons rencontré plusieurs problèmes imprévus connexes à la recherche d'information auprès de la communauté autochtone en ce qui concerne le savoir, le ressourcement et la culture autochtones. Nous avons conclu qu'il nous fallait consacrer plus de temps à l'exploration et au développement dans ce domaine essentiel et nous avons continué à chercher du soutien financier. Au printemps de 2003, la coalition a

obtenu une subvention du *Indigenous Peoples Health Research Centre* pour la création de partenariats et le développement de réseaux.

À ce jour, le projet nous a permis de découvrir les approches privilégiées par chaque communauté autochtone quant aux orientations futures visant la prestation de soins respectueux de la culture et leurs relations avec les programmes de formation aux professions de la santé. Malgré les différences considérables entre les deux communautés autochtones, l'analyse des données des ateliers et des cercles de partage a mis en évidence des thèmes communs relatifs à la santé, au savoir et à la spiritualité dans un cadre holistique.

Nous avons également mesuré la réussite de nos activités d'AC d'après l'intention des deux communautés autochtones de conserver et de renforcer leurs liens avec la coalition. La coalition est aussi allée de l'avant avec des propositions de recherche dans différents domaines d'intérêt – l'une prenant en compte le développement de la conscience communautaire et l'autre intégrant les méthodes autochtones à un mode de vie sain pour montrer comment il est possible de fournir des services de santé qui respectent la culture.

Enseignements tirés

Gagner la confiance de la communauté

Au début du projet, comme l'intérêt et la confiance de la communauté autochtone étaient très faibles, il a fallu beaucoup de temps et de détermination pour établir ces relations. Au départ, la composante universitaire de la coalition a abordé les communautés avec des questions de recherche et des approches dérivées de théories et d'expériences de contextes non autochtones. Elle a ainsi suscité des critiques tapageuses et un rejet par les communautés, qui ont déclaré qu'elles ne se sentaient pas impliquées et qu'on leur avait manqué de respect. Plutôt que de poursuivre le programme des chercheurs, la coalition a dû recadrer le projet pour adopter un programme communautaire plus adéquat. Le processus a mis l'équipe de recherche au défi d'intégrer davantage les partenaires non traditionnels à toutes les phases du projet, avec pour résultat la création du comité consultatif autochtone.

Ce comité consultatif nous a aidé à examiner la question très délicate du consentement, tant au niveau communautaire qu'individuel. Il nous a fourni des avis sur le fait que le consentement touchait des cordes sensibles dans les communautés autochtones car il était perçu comme « l'abandon de quelque chose ». Grâce aux conseils du comité, nous avons pu recadrer le consentement comme étant « le contrôle sur ce qui arrive au savoir de la communauté ».

Pertinence

Les communautés autochtones partenaires ont jugé que le renforcement de la compréhension et des capacités en recherche étaient prioritaires. Cette priorité était essentielle pour que ces communautés puissent connaître les processus d'élaboration des politiques et les influencer, et elle a été un facteur de ralliement et de viabilité. Le succès de l'AC exige que la communauté concernée en reconnaisse la pertinence et l'utilité.

Reconnaître la diversité des communautés autochtones

Les deux communautés partenaires avaient des attentes et des besoins différents face aux projets. La communauté urbaine était plus attentive au développement de la conscience communautaire et à la participation, tandis que la communauté rurale se préoccupait davantage du respect de la culture dans les soins de santé. Toutefois, à mesure que le projet avançait, nous avons pu partager des résultats réciproques entre les deux communautés et définir des domaines de similitudes.

Champions de la communauté

Nous avons rapidement constaté qu'un champion de la communauté était nécessaire pour faire le lien concernant l'AC dans les communautés autochtones. Les aînés, notamment par l'intermédiaire du comité consultatif autochtone, ont joué un rôle fondamental de médiation entre les chercheurs et les communautés et dans l'établissement de la crédibilité du processus.

Contraintes de temps

Le temps et l'échéancier ont constitué des obstacles majeurs dans ce processus. Le cycle du financement de la recherche crée un calendrier souvent irréaliste en ce qui concerne l'établissement de la confiance, la compréhension, la réciprocité des apprentissages et le partage dans les communautés autochtones. Il faut beaucoup de temps pour établir la crédibilité et la collaboration fondamentales dans ces milieux. Ainsi, il a fallu au moins deux ans à notre coalition avant de pouvoir entreprendre la phase de recherche en collaboration.

Conclusions et répercussions

Il s'agit d'un projet continu et la coalition se concentre maintenant sur les leçons tirées de la première phase du projet. L'expansion du projet a attiré de nouveaux partenaires et collaborateurs extérieurs aux domaines des soins de santé et de l'enseignement post-secondaire, qui apportent de nouveaux points de vue et de nouvelles contributions.

Notre expérience indique clairement qu'il faut connaître les aspects culturels qui se rattachent à l'AC et qui vont au-delà du seul contexte autochtone. Dans les milieux actuels des soins de santé, de l'éducation sanitaire et de la recherche en santé, les équipes de recherche ne peuvent pas ignorer ni sous-estimer les aspects multiculturels. Ces aspects ont des répercussions majeures sur le calendrier des activités d'AC, le choix des stratégies d'AC et la diffusion adéquate des leçons tirées de l'AC. Le manque actuel d'outils pour élaborer des stratégies d'AC culturellement appropriées fait ressortir le besoin de perfectionnement des compétences, de délais supplémentaires et de négociation dans le processus d'AC.

Références

1. Romanow, R. J. 2002. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Saskatoon : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/romanow/index1/html>.
2. Instituts de recherche en santé du Canada 2004. Aperçu de l'application des connaissances.
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/28910.html>.
3. Purnell, L. D. et B. J. Paulanka. 2003. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: FA Davis.
4. Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2003. Le développement des soins adaptés sur le plan culturel. Énoncé de position http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS73_Promoting_Culturally_Compent_Care_March_2004_f.pdf.
5. Dreher, M. et N. MacNaughton. 2002. Cultural competence in nursing: Foundation or fallacy? *Nurs Outlook* 50:181-86.
6. Stoecker, R. 2003. Community-based research: From practice to theory and back again. *Mich J Comm Service Learning* 9 (2): 35-46.
7. Strand, K. 2000. Community-based research as pedagogy. *Mich J Comm Service Learning* 7:85-96.

DIFFUSION DE LIGNES DIRECTRICES AU MOYEN DE RÉSEAUX DE SOINS INTÉGRÉS : LEÇONS TIRÉES DES LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LES SOINS AUX VICTIMES D'AVC EN ONTARIO

Susan Rappolt, Ph.D., OT Reg. (Ontario), Programme d'application des connaissances, Université de Toronto
Joanne Goldman, M.Sc., Programme d'application des connaissances, Université de Toronto
Dave Davis, M.D., FCFP, Programme d'application des connaissances, Université de Toronto

Dans le cadre de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des coordonnateurs régionaux se sont employés à diffuser des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de soins pour les victimes d'accidents vasculaires cérébraux à un réseau provincial d'organismes de prestation de services. Dans une évaluation de l'efficacité de la stratégie de diffusion des lignes directrices, des chercheurs du Programme d'application des connaissances de l'Université de Toronto ont défini plusieurs facteurs essentiels à la réussite, incluant du personnel suffisant, le soutien financier des cliniciens, des champions locaux de la prévention des accidents vasculaires cérébraux et un climat organisationnel stimulant. Ces connaissances peuvent guider les efforts provinciaux et nationaux en vue d'élaborer et de promouvoir des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de soins intégrés.

Contexte

La Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux vise à diminuer le nombre des AVC et à améliorer les soins aux victimes d'AVC, par la création d'un système complet et intégré de soins pour les victimes d'AVC à l'échelle de la province. La Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux a conduit à la création de centres de traitement régionaux et de district à l'échelle de la province qui sont des sites d'expertise et de leadership, au recrutement de coordonnateurs régionaux et de district pour soutenir et mettre en œuvre la Stratégie, et à l'élaboration et à la diffusion de dix-neuf lignes directrices en matière de pratiques exemplaires pour les soins aux victimes d'AVC.

Les lignes directrices, publiées en 2003, ont été élaborées grâce à un partenariat entre la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et les centres de traitement régionaux. Elles examinent tous les niveaux des soins pour les victimes d'AVC, notamment la prévention et la reconnaissance des AVC; les soins pré-hospitaliers, d'urgence et les soins actifs; la gestion de la transition, et le retour dans la collectivité. Les coordonnateurs, y compris les coordonnateurs de l'enseignement, sont devenus les champions des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, responsables de leur diffusion à tous les fournisseurs de soins de santé et aux intervenants engagés dans le continuum de soins aux victimes d'AVC dans leurs domaines d'application respectifs.

Tandis que les résultats de la recherche ont servi à l'élaboration des lignes directrices et des stratégies nécessaires à leur diffusion, l'efficacité de la diffusion des lignes directrices dans les réseaux de soins intégrés n'a pas encore été étudiée. En juin 2004, la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario a conclu un contrat avec nous, à titre de chercheurs du Programme d'application des connaissances (AC) à l'Université de Toronto, afin d'examiner le processus de la diffusion des lignes directrices et, plus particulièrement, les expériences des coordonnateurs régionaux et leurs perceptions quant à l'efficacité de la stratégie de diffusion des lignes directrices de la Fondation.

L'initiative d'AC

Les lignes directrices ont été lancées officiellement par la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario à l'occasion d'un atelier de diffusion qui s'est déroulé à Toronto en juin 2004. L'atelier devait faciliter la compréhension des lignes directrices et ajuster les méthodes de diffusion pour les coordonnateurs régionaux qui les adapteraient aux besoins propres à leurs domaines d'application. Afin de favoriser la diffusion et l'adoption des lignes directrices au niveau local, la Fondation a préparé et imprimé des versions électroniques des lignes directrices, un enregistrement vidéo, un diaporama, des affiches, des brochures, des résumés des données et d'autres documents.

Nous avons distribué des sondages aux coordonnateurs qui ont participé à l'atelier, et nous avons effectué un suivi téléphonique détaillé environ un mois après la diffusion des lignes directrices au niveau local. Les entrevues étaient axées sur les stratégies de diffusion locale des coordonnateurs, leurs perceptions de l'efficacité de la diffusion des lignes directrices pour influencer les pratiques des professionnels de la santé dans leurs domaines de compétences et sur les perspectives générales du processus de diffusion de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario.

Résultats de l'initiative d'AC

La moitié des trente-huit participants à l'atelier ont répondu aux sondages et dix-huit entrevues téléphoniques ont été réalisées. Certains coordonnateurs avaient participé à l'élaboration des lignes directrices, tandis que ceux qui occupaient leurs fonctions depuis peu de temps ont découvert les lignes directrices pendant l'atelier.

Nous avons relevé un certain nombre de buts et de processus communs aux stratégies de diffusion locale des coordonnateurs, notamment :

- **consacrer du temps à établir des relations** avec les administrateurs, les directeurs et les praticiens de première ligne afin de susciter leur adhésion et de tracer la voie pour les changements futurs;
- **effectuer des évaluations des besoins**, formelles et informelles, afin de repérer les écarts et les besoins des différents intervenants;
- **accroître la visibilité et la connaissance des lignes directrices** en organisant des conférences, des ateliers et en faisant connaître les ressources éducatives de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario telles que brochures, affiches et modules d'apprentissage en ligne;
- **favoriser la modification des pratiques** en renforçant les collaborations, en soutenant les progrès et en fournissant des outils tels que des évaluations et des listes de contrôle pour suivre les lignes directrices.

Les coordonnateurs ont aussi relevé les facteurs suivants, qu'ils ont perçus comme étant essentiels à la promotion et la mise en œuvre des lignes directrices :

- **Le personnel rémunéré**, y compris leurs propres postes de coordonnateurs régionaux et de district pour la prévention des AVC et de coordonnateurs régionaux à l'éducation, et le soutien administratif et les facilitateurs de l'enseignement ont joué un rôle déterminant dans la diffusion des directives, compte tenu du temps et du travail nécessaires pour planifier, organiser, mettre en œuvre et effectuer le suivi. La dotation en personnel pour les programmes de santé cardio-vasculaire doit également être suffisante pour permettre aux praticiens de première ligne de mettre en œuvre les lignes directrices.
- **Les champions locaux du traitement des AVC** ont été vus comme des personnes occupant une position stratégique, intéressées par le traitement des accidents vasculaires cérébraux et possédant des capacités

La communication officielle et non officielle entre le réseau des soins pour les victimes d'AVC et les coordonnateurs de l'éducation professionnelle dans la province a joué un rôle déterminant dans les activités de diffusion des lignes directrices.

décisionnelles susceptibles de rallier leurs organismes et de susciter des changements. Les champions locaux des AVC ont été des membres précieux des comités consultatifs d'évaluation des soins aux victimes d'AVC.

- **Une masse critique de ressources humaines et administratives** a soutenu la prestation de soins optimaux aux victimes d'AVC. Les organisations perçues comme ayant eu le moins de difficultés à mettre en œuvre les lignes directrices sont celles qui possédaient une vaste gamme de services de traitement des AVC, un grand soutien de la part de l'administration et des médecins, des cliniciens ayant déjà adopté les pratiques exemplaires et des champions dévoués et efficaces de la prévention des AVC. Les coordonnateurs dans les régions rurales ou dans les hôpitaux des petites collectivités ont dû relever le défi d'appliquer les lignes directrices dans des milieux où la concentration de victimes d'AVC et de spécialistes du traitement des AVC est plus faible.
- **Le réseau ontarien contre les accidents vasculaires cérébraux**, ou plus précisément, la communication officielle et non officielle entre le réseau des soins pour les victimes d'AVC et les coordonnateurs de l'éducation professionnelle dans la province, a joué un rôle déterminant dans les activités de diffusion des lignes directrices. Les membres du réseau ont partagé des ressources et se sont consultés fréquemment.

Les coordonnateurs ont estimé que leurs activités de diffusion et de promotion de l'utilisation des lignes directrices ont donné des résultats positifs; toutefois, ils ont déterminé que les éléments suivants entravaient leurs efforts :

- **Obstacles organisationnels** : engagement insuffisant de l'administration supérieure, pénuries et roulement de personnel, surcharge de travail, absence de soutien financier pour la formation du personnel et manque de temps pour opérer et assurer la continuité des changements des pratiques. Ces questions préoccupaient tout particulièrement les coordonnateurs qui travaillaient dans des milieux où il n'y a pas de fortes concentrations de victimes d'AVC ni de spécialistes du traitement des AVC, ainsi que dans le cadre de programmes de réadaptation et dans des centres de soins de longue durée et des centres d'accès aux soins communautaires.
- **Portée géographique et organisationnelle** Les coordonnateurs ont décrit les difficultés considérables pour atteindre tous les intervenants, dues à l'importance des zones géographiques et du nombre d'intervenants.
- **Processus et outils d'évaluation** De nombreux coordonnateurs ont exprimé leurs préoccupations quant à l'insuffisance des méthodes d'évaluation des résultats de la diffusion des lignes directrices. Plusieurs ont indiqué que les données sur les résultats auprès des patients favoriseraient le ralliement des intervenants, en particulier des médecins et de l'administration, et fourniraient l'orientation des interventions futures.
- **Résistance au changement** Certains coordonnateurs ont vu l'absence d'un engagement officiellement approuvé par leur organisation envers l'ensemble de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux comme un obstacle à la promotion des lignes directrices. Des cas de résistance au changement en raison de désaccords sur les données ont aussi été constatés. Selon certains coordonnateurs, les relations tendues entre les organismes fournisseurs de soins et les professionnels employés, et le sentiment général d'être dépassé par le changement dans les soins de santé, sont des causes sous-jacentes de la résistance à l'utilisation et à la mise en œuvre des lignes directrices.

Par ailleurs, les résultats de notre recherche soulignent l'incapacité des fournisseurs de services de santé de se conformer aux lignes directrices lorsqu'ils travaillent au sein d'organismes qui n'ont pas appuyé leur apprentissage et les changements des pratiques.

Notre évaluation donne à penser que les méthodes qui ont servi à diffuser les lignes directrices étaient conformes aux données de recherche disponibles en matière d'AC. Les coordonnateurs ont rencontré les principaux

intervenants afin de leur présenter les lignes directrices, de négocier leur signification et leurs incidences pour certaines professions et certains organismes, et d'encourager le ralliement et le soutien¹. Ils ont ensuite adapté les stratégies de diffusion et les interventions éducatives aux besoins et aux contextes définis². Les coordonnateurs ont également entretenu des liens avec les champions locaux et les guides d'opinion dans le but d'optimiser l'utilisation des lignes directrices et le changement des pratiques. Toutefois, les questions concernant le rôle des guides d'opinion dans l'AC ne sont pas résolues dans les comptes rendus de recherche^{3,4}. Par ailleurs, les résultats de notre recherche soulignent l'incapacité des fournisseurs de services de santé de se conformer aux lignes directrices lorsqu'ils travaillent au sein d'organismes qui n'ont pas appuyé leur apprentissage et les changements des pratiques, ni les défis de concilier les divergences d'opinions sur les données et de surmonter la résistance générale au changement^{5,6}.

Les forces et les faiblesses de la stratégie de diffusion des lignes directrices permettent de comprendre les méthodes d'application des données cliniques selon les différents objectifs, contextes et structures organisationnelles.

Enseignements tirés

Les forces et les faiblesses de la stratégie de diffusion des lignes directrices permettent de comprendre les méthodes d'application des données cliniques selon les différents objectifs, contextes et structures organisationnelles, ainsi que dans des structures de gestion inter-organisations. Nous espérons que ces enseignements pourront guider d'autres efforts à l'échelle provinciale et nationale en vue de développer et de promouvoir des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de soins intégrés.

- Pour que les lignes directrices soient connues, adoptées et mises en oeuvre dans la pratique clinique des fournisseurs de soins de santé, du personnel clinique, éducatif et administratif supplémentaire, ainsi que du soutien financier pour la formation continue des cliniciens, sont nécessaires.
- Des stratégies globales pour évaluer l'efficacité de la diffusion des lignes directrices sont également nécessaires. Même si cette étude portait sur les évaluations des participants quant à l'efficacité du processus de diffusion, des mesures objectives des changements dans les comportements des fournisseurs et des résultats auprès des patients sont requises.
- Il faudrait peut-être d'autres méthodes pour faire connaître les lignes directrices sur les soins prolongés et pour inciter les centres d'accès aux soins communautaires et les établissements de soins de longue durée à les adopter et à les mettre en oeuvre.
- Des appuis supplémentaires permettraient d'atteindre les régions rurales et éloignées ainsi que les hôpitaux communautaires.
- Il faudrait mettre davantage l'accent sur l'engagement des décideurs organisationnels envers l'élaboration, la diffusion, la mise en oeuvre et l'évaluation des lignes directrices afin de s'assurer que les ressources humaines et matérielles sont suffisantes pour appuyer les changements de pratique positifs et l'amélioration des résultats auprès des patients.

Il faudrait mettre davantage l'accent sur l'engagement des décideurs organisationnels envers l'élaboration, la diffusion, la mise en oeuvre et l'évaluation des lignes directrices.

Conclusions et répercussions

La Fondation des maladies du cœur de l'Ontario participe aux initiatives en cours concernant la mise en oeuvre et l'évaluation des lignes directrices, en misant sur les résultats de cette recherche et d'autres études. Ainsi, les lignes

directrices ont été intégrées au rapport sur les objectifs d'apprentissage multidisciplinaires pour le traitement des AVC (*Multidisciplinary Learning Objectives for Stroke*), qui définit les connaissances, les compétences et les valeurs que doivent posséder les professionnels de la santé qui travaillent auprès de victimes d'AVC dans le continuum des soins. Un projet pilote en cours permettra d'élaborer un guide des stratégies éprouvées pour la mise en œuvre des objectifs dans différents contextes cliniques. Les développements récents en faveur d'une stratégie canadienne de l'AVC ont motivé la formation d'un groupe de travail sur les pratiques exemplaires, les normes et les lignes directrices au niveau national, et l'adoption d'une stratégie d'évaluation nationale. Les évaluations de la Stratégie ontarienne de prévention des accidents vasculaires cérébraux et de la Stratégie canadienne de l'AVC comprendront la mesure et la surveillance continues des indicateurs de rendement qui reflètent la qualité des soins fournis et les résultats auprès des patients décrites dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Nous tenons à remercier Mary Lewis et Sandra Zambon de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario pour leur soutien pendant la réalisation de cette étude de cas.

Références

1. Greenhalgh, T., G. Robert, F. Macfarlane, P. Bate et O. Kyriakidou. 2004. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q* 82 (4): 581-629.
2. Grol, R. et J. Grimshaw. 2003. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362 (9391): 1225-30.
3. Ryan, D. P., B. Marlow et R. Fisher. 2002. Educationally influential physicians: the need for construct validation. *J Contin Educ Health Prof* 22 (3): 160-9.
4. Wright, F. C., D. P. Ryan, J. E. Dodge, L. D. Last, C. H. Law et A. J. Smith. 2004. Identifying educationally influential specialists: Issues arising from the use of "classic" criteria. *J Contin Educ Health Prof* 24 (4): 213-26.
5. Cabana, M. D., C. S. Rand, N. R. Powe, A. W. Wu, M. H. Wilson, P. A. Abboud et H. R. Rubin. 1999. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 282 (15): 1458-65.
6. Ferlie, E. B. et S. M. Shortell. 2001. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Q* 79 (2): 281-315.



CENTRE *CANCHILD* POUR LA RECHERCHE SUR LES INCAPACITÉS INFANTILES

Rachel Teplicky, Dianne Russell et Peter Rosenbaum

Pour le *CanChild Center for Childhood Disability Research*, Université McMaster

Le centre CanChild travaille en étroite collaboration avec les décideurs, les prestataires de services, les parents et les jeunes en vue de cerner les questions émergentes concernant l'incapacité chez l'enfant et d'utiliser les résultats de la recherche pour améliorer la pratique. Les activités de CanChild, qui sont axées sur la participation des partenaires à l'ensemble du processus de recherche et d'application des connaissances (AC), ont entraîné des améliorations importantes, tant des services destinés aux enfants atteints d'incapacités et à leurs familles, que de leurs résultats. La réussite de CanChild est attribuable en partie à ces relations à long terme avec divers publics cibles, ce qui permet au Centre d'élaborer, d'évaluer et d'améliorer continuellement des approches efficaces en matière d'AC.

Contexte

Une famille canadienne sur cinq élève un enfant atteint de déficience affective, comportementale ou développementale. Ces déficiences constituent des défis particuliers pour les enfants et leurs familles, et pour pratiquement toutes les communautés de ce pays. Le *CanChild Centre for Childhood Disability Research** de l'Université McMaster se consacre à l'étude de ces questions et joue un rôle de premier plan en déterminant les questions qui feront l'objet de recherches, de pratiques, de politiques et d'enseignement, et en appliquant efficacement les connaissances au niveau clinique et dans le système de santé.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario finance *CanChild* en tant qu'unité de recherche rattachée au système de santé depuis 1989. Nous travaillons en partenariat avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario, l'*Ontario Association of Children's Rehabilitation Services* (OACRS) et plusieurs associations de parents. Les partenariats avec les parents et les familles constituent l'élément moteur d'une grande partie de notre travail, et les parents d'enfants atteints d'incapacités ont collaboré aux projets de recherche de *CanChild*.

L'initiative d'AC

CanChild a mis sur pied un comité d'AC chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de notre stratégie d'AC et il emploie un coordonnateur à plein temps qui supervise les activités d'AC. Notre conseil consultatif composé de représentants d'organismes communautaires, de familles, de l'Université McMaster et de l'OACRS, adresse des conseils sur les activités de recherche, d'AC et de sensibilisation, et les campagnes de financement du centre *CanChild*. Les activités de recherche et d'AC du centre *CanChild* sont également fondées sur les renseignements fournis par les parents et les fournisseurs de service à l'origine de projets de recherche spécifiques, en partenariat avec les chercheurs du centre *CanChild*, qui lisent nos documents de recherche et donnent leur avis, afin de s'assurer qu'ils sont pertinents pour nos publics cibles.

La production et la diffusion de documents écrits constituent l'une des principales stratégies d'AC du centre *CanChild*. Au début des années 1990, nous avons constaté que les méthodes universitaires traditionnelles de diffusion parvenaient mal à rendre la recherche accessible aux fournisseurs de services, aux parents et aux décideurs.

* Pour en savoir davantage, rendez-vous au www.fhs.mcmaster.ca/canchild.

Devant ce constat, notre comité d'AC a cherché de nouvelles façons de partager l'information et nous avons entrepris d'élaborer des documents écrits concis et ciblés, comme des feuillets d'information et des résumés de vulgarisation sur les résultats de recherche.

Notre site Web, créé au milieu des années 1990 et déjà primé, est l'un des moyens qui nous a permis d'augmenter l'accessibilité et l'impact de nos documents écrits fondés sur des données probantes. Plus récemment, nous avons mis en place un intranet qui permet aux fournisseurs de services et aux chercheurs canadiens qui partagent le même intérêt pour les incapacités infantiles de mettre en commun leurs idées et leurs ressources.

Nos premières activités d'AC comprenaient des visites dans chaque centre de traitement des enfants afin de nous informer directement des questions brûlantes et de trouver un champion local de la recherche qui nous aide à transmettre notre information aux publics concernés. Nous avons également instauré un « programme de soulagement clinique » qui ciblait deux obstacles à la participation à la recherche relevés par des fournisseurs de services : le manque de temps et de compétences en recherche. Ce programme fournissait des subventions de démarrage aux cliniciens pour qu'ils disposent du temps nécessaire pour poursuivre la recherche avec une consultation méthodologique de *CanChild*. L'évaluation de ce programme a démontré qu'un petit investissement de temps, d'argent et de compétences peut avoir des répercussions importantes sur la participation à la recherche, la productivité et la modification de la pratique.

Un petit investissement de temps, d'argent et de compétences peut avoir des répercussions importantes sur la participation à la recherche, la productivité et la modification de la pratique.

Résultats de l'expérience d'AC

Les exemples ci-dessous illustrent les partenariats de recherche et les activités d'AC du centre *CanChild*.

1. Définir les services axés sur la famille et accroître la sensibilisation à leur égard

Le concept de services axés sur la famille est à la fois une philosophie et une méthode de prestation des services aux enfants atteints de déficiences et à leurs familles. Il place la famille au centre de la prise de décisions. Le centre *CanChild* a joué un rôle déterminant en facilitant l'utilisation de cette approche dans les services de réadaptation des enfants en Ontario.

Nous avons entrepris notre travail dans ce domaine à la suite d'une demande de nos partenaires de l'OACRS au début des années 1990, alors que les services centrés sur la famille étaient encore un concept mal défini et peu connu de la plupart des prestataires de services. Nous avons d'abord créé un cadre et, en collaboration avec des parents, nous avons élaboré et validé une mesure pour explorer leurs perceptions et leurs expériences des services axés sur la famille. L'élaboration de mesures complémentaires a permis d'évaluer les rapports des fournisseurs de services sur les comportements liés aux services axés sur la famille, et les opinions des parents et des fournisseurs de services.

Nous avons pu démontrer les relations importantes entre les services axés sur la famille et la satisfaction, le stress et la santé mentale des parents, et nous avons fourni une rétroaction sur chaque programme de l'OACRS concernant les progrès réalisés en matière de création d'un environnement centré sur la famille. Toujours en collaboration avec les parents, nous avons élaboré et évalué des feuillets d'information sur les services axés sur la famille, qui ont été affichés sur le site Web de *CanChild* afin d'élargir l'accès à ces connaissances à l'échelle nationale et internationale.

2. Élaborer des exemples idéaux de documents de mesure des capacités motrices

La mise par écrit et l'évaluation des interventions auprès des enfants atteints de paralysie cérébrale ont été considérablement retardées par le manque de mesures des résultats, qui soient fiables, valides et recevables. Nos partenariats avec les fournisseurs de services nous ont permis d'élaborer et de valider des mesures des résultats qui représentent maintenant la norme d'excellence pour les cliniciens et les chercheurs du monde entier. Ces outils procurent aux spécialistes de la réadaptation les moyens d'évaluer systématiquement leurs interventions. Ces outils leur fournissent également l'information dont ils ont besoin pour parler en connaissance de cause avec les familles au sujet des capacités motrices des enfants, fixer des objectifs appropriés et établir un pronostic de développement moteur. Les partenaires cliniques de *CanChild* ont activement contribué au processus en définissant les questions cliniques d'importance, en participant à l'élaboration et à la validation des mesures, en engageant les enfants et les familles dans la collecte systématique des données et en travaillant avec nous à l'interprétation des résultats.

Les partenaires cliniques nous ont aussi mis au défi d'élaborer des documents qui leur soient utiles dans leur pratique quotidienne. À leur demande, nous avons mis au point des ressources dans une variété de formats conviviaux, y compris des enregistrements vidéo, des CD-ROM d'auto-apprentissage, des didacticiels et des systèmes de notation, des ateliers face-à-face, des groupes de discussion et diverses ressources sur Internet. Avec nos partenaires, nous travaillons actuellement à évaluer l'efficacité des courtiers du savoir dans la facilitation de la modification de la pratique clinique. Pour ce faire, notre documentation de mesure des compétences motrices nous sert d'exemples spécifiques.

3. Collaborer avec les publics cibles pour améliorer la recherche et l'AC

CanChild a su répondre aux parents d'enfants atteints du trouble de l'acquisition de la coordination qui étaient découragés de chercher de l'aide auprès des différents fournisseurs de soins de santé. Ont ainsi vu le jour une série de projets de recherche axés sur le repérage rapide des troubles, l'enseignement dispensé aux fournisseurs de services, la modification des pratiques cliniques existantes, la promotion de la santé et les modèles d'AC conçus pour outiller les parents à défendre les intérêts de leurs enfants.

Dans chaque cas, les résultats des recherches ont été résumés, puis appliqués dans des dépliants, des brochures et des sites Web élaborés avec chaque public cible et à leur intention, y compris les parents, les thérapeutes, les médecins et les éducateurs. La première brochure d'information sur le trouble de l'acquisition de la coordination a été demandée par plus de 8 000 familles dans le monde entier avant d'être affichée sur notre site dans quatre langues. Des ateliers élaborés avec les parents seront bientôt disponibles pour les parents dans toute l'Amérique du Nord au moyen de conférences Web, et la formation continue en pharmacothérapie permet de transmettre aux médecins des connaissances sur le trouble de l'acquisition de la coordination. L'AC pour des publics aussi diversifiés a contribué à une meilleure reconnaissance du trouble de l'acquisition de la coordination et permis un repérage précoce et des interventions rapides auprès des enfants atteints.

En plus d'être à l'écoute des parents, nous accordons une grande importance au point de vue des clients eux-mêmes. En réponse aux commentaires des adolescents, nous avons élaboré des questionnaires électroniques pour permettre aux jeunes de participer à nos projets de recherche de façon autonome, en utilisant leur propre technologie informatique. De plus, la nouvelle trousse pour les jeunes (un outil pour donner, obtenir et organiser l'information), élaborée avec de jeunes atteints de déficiences, propose plusieurs supports pour convenir aux différents styles d'utilisateurs. Cette trousse (ou *Youth KIT*) révolutionne la façon dont les jeunes se préparent à la transition vers les soins de santé et les services sociaux pour adultes.

Enseignements tirés

Développer de solides partenariats et impliquer les publics cibles

Nous avons reconnu la valeur des partenariats entre les personnes qui possèdent des compétences techniques en recherche et celles qui possèdent l'expérience des questions étudiées. En faisant participer les prestataires de services et les familles dans les projets de recherche, nous avons pu dispenser la formation et l'enseignement et susciter de l'intérêt et de l'enthousiasme envers les résultats. En retour, nos partenaires apportent des éléments qui facilitent l'interprétation des résultats et des incidences sur la pratique.

Formuler les connaissances et les idées en langage clair

La documentation produite par *CanChild* est généralement rédigée en langage clair, facilement compréhensible par les divers publics cibles. L'élaboration d'une version d'un rapport comprend des recommandations précises pour tous les publics cibles, informe chaque groupe de la façon dont la recherche les concerne et les renseigne sur les autres groupes avec lesquels ils travaillent.

Évaluer les approches d'AC

Nous avons systématiquement évalué nos activités d'AC à l'aide du modèle de Buxton et Haney qui fournit un cadre pour consigner les données de la recherche, les applications et les résultats¹, et à l'aide de sondages d'impacts que nos partenaires ont remplis. Ces conclusions nous ont permis de perfectionner nos méthodes d'AC et de démontrer que les activités de *CanChild* améliorent considérablement le contenu et le style des services dispensés aux enfants atteints de déficiences et à leurs familles, ainsi que les résultats de ces services.

Assurer le financement de l'infrastructure de recherche

Le financement initial de *CanChild* sur plusieurs années a permis de mettre en place des partenariats solides et mutuellement avantageux et un programme systématique de recherche. Nous continuons de recevoir un financement d'infrastructure qui encourage le développement de nouvelles idées et assure le soutien de nos activités d'AC, mais le financement annuel qui nous est accordé rend la planification à long terme beaucoup plus difficile qu'auparavant.

Conclusions et répercussions

CanChild fait figure de modèle de partenariats de recherche dans le monde entier, et un centre semblable a vu le jour aux Pays-Bas. Les relations à long terme entre nos partenaires ont stimulé nos travaux de recherche et l'AC, et nous ont permis de les adapter à l'évolution des besoins de nos publics cibles. Ces activités, qui dépassent le champ de la recherche proprement dite, sont essentielles pour que les résultats de nos travaux se répercutent sur la vie des enfants atteints de déficiences et de leurs familles.

Références

1. Buxton, M. et S. Hanney. 1996. How can payback from health services research be assessed? *J Health Serv Res Policy* 1:35-43.

ÉLARGIR DES RÉSEAUX ÉTABLIS D'APPLICATION DES CONNAISSANCES POUR RÉPONDRE À UNE COMMUNAUTÉ EN DÉTRESSE

Laura Simich, Centre de toxicomanie et de santé mentale et Université de Toronto
Joanna Anneke Rummens, The Hospital for Sick Children et Université de Toronto
Morton Beiser, Université de Toronto

À la suite du tsunami dévastateur de 2004, un groupe de chercheurs, de médecins et de dirigeants communautaires a mis sur pied un réseau local de soutien visant à informer, à aiguiller et à soigner les membres de la communauté tamoule de Toronto sous le choc. Cette initiative a été rendue possible grâce à une étude antérieure des besoins en santé mentale de la communauté tamoule, qui a donné des résultats précieux, et surtout, qui a permis d'établir un partenariat respectueux et durable entre le milieu universitaire et la communauté. En période de crise, ces réseaux d'application des connaissances (AC) bien établis permettent d'offrir rapidement des activités visant à promouvoir l'échange des connaissances sur la prestation de services culturellement appropriés, les réseaux prestataires-communauté et une aide réciproque entre les prestataires de services.

Contexte

Le tsunami du 26 décembre 2004 a eu des conséquences catastrophiques dans les pays qui bordent l'océan Indien. Il a eu également des effets dévastateurs sur les membres des communautés touchées vivant ailleurs dans le monde. Pas un seul des 160 000 Tamouls du Sri Lanka vivant à Toronto, qui suivaient les nouvelles en s'inquiétant pour leurs amis et les membres de leur famille restés au pays, n'a été épargné.

En quelques décennies, Toronto a accueilli la plus importante diaspora tamoule au monde. Les Tamouls de Toronto forment une communauté de nouveaux arrivants instruits avec un grand sens civique. Souvent arrivés au pays comme demandeurs d'asile, ils deviennent pour la plupart des citoyens canadiens et atteignent un certain degré de bien-être économique au Canada. Cependant, comme il est fréquent chez les immigrants et les réfugiés, bon nombre de Tamouls sont séparés de leur famille immédiate et élargie pendant de longues périodes. Ils connaissent le sous-emploi et un revenu de ménage inférieur à la moyenne, et se heurtent à des barrières linguistiques qui compromettent leurs perspectives d'emploi et l'accès aux services publics. Les membres de la communauté se ressentent encore des conséquences du déplacement et de l'exposition aux événements traumatisants de la guerre civile qui a sévi pendant vingt ans au Sri Lanka.

Cette étude de cas décrit un effort commun déployé par le milieu universitaire et la collectivité en vue d'apporter un soutien psychosocial à la communauté tamoule de Toronto à la suite du tsunami. Notre initiative a été rendue possible grâce à une étude sur la santé mentale menée récemment dans cette communauté. Les conclusions de l'étude et le partenariat de recherche existant entre le milieu universitaire et la communauté ont servi de base à un échange fructueux de connaissances, au partage des compétences et des ressources et à une plus grande sensibilisation du public quant aux besoins locaux en matière de santé mentale en période de crise. L'initiative, intitulée *Local Distress Relief Network* (LDRN), constitue un exemple d'AC efficace et d'autonomisation de la communauté, et elle contribue à élaborer des lignes directrices en matière de politique et de pratique pour des interventions en matière de santé culturellement adaptées aux communautés ethnoculturelles du Canada.

L'initiative d'AC

A Community in Distress, l'étude initiale sur la santé mentale, a été lancée lorsque des chefs de file de la communauté tamoule, préoccupés par les problèmes de santé mentale dans leur communauté, ont demandé au

docteur Morton Beiser de se joindre à eux pour décrire les problèmes de santé mentale, les risques connexes, les facteurs de protection, les méthodes de recherche d'aide et les perceptions quant aux soins de santé. La surveillance épidémiologique de 1 600 adultes tamouls entre 2000 et 2004 a été planifiée et supervisée par un groupe de direction composé de chercheurs universitaires et de chefs de file de la communauté tamoule, et financée par les IRSC.

Les conclusions de cette étude démontrent que, lorsque le tsunami a frappé, nous savions déjà que 12 p. 100 de la population tamoule souffrait de stress post-traumatique – un pourcentage qui n'est pas inhabituel chez les réfugiés, mais qui est beaucoup plus élevé que celui de la population générale. Nous savions aussi que les services de santé mentale offerts à Toronto étaient insuffisants et rarement adaptés à la culture du public cible. Seulement un seul Tamoul sur dix souffrant de stress post-traumatique avait reçu de l'aide sous une forme ou une autre.¹ Comment des personnes déjà traumatisées pouvaient-elles surmonter cette nouvelle tragédie? Était-il possible de faire quelque chose pour empêcher de nouveaux traumatismes?

Formé conjointement et dirigé par les D^{res} Anneke Rummens et Laura Simich, un groupe composé de chercheurs, de médecins, de responsables de la communauté tamoule, d'universitaires et de fournisseurs de services a constitué un réseau non officiel visant à concentrer les efforts collectifs sur ce que nous avons appelé le « soulagement de la détresse » locale. Le réseau entendait offrir un forum indispensable pour l'échange d'information sur la prestation de services culturellement adaptés, la liaison entre les prestataires et la communauté, l'orientation vers des spécialistes et l'aide mutuelle entre les fournisseurs de services à Toronto. Le réseau reposait sur le partenariat entre les chercheurs universitaires et les représentants des nombreux organismes de prestation de services à la communauté tamoule qui formaient le noyau du groupe consultatif communautaire de l'étude sur la santé mentale.

Une fois mis en place, le réseau a rapidement pris de l'expansion. La première réunion a attiré près de cinquante personnes provenant de divers secteurs, notamment les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les écoles publiques, les organismes communautaires tamouls et multi-ethniques, les services municipaux de santé publique et le milieu universitaire. Encadrant ces efforts collectifs en vue d'apporter un soulagement, l'équipe de recherche a parrainé des forums avec les membres de la communauté et les fournisseurs de services, au cours desquels ont été présentées les premières conclusions de la recherche sur la santé mentale menée auprès de la communauté tamoule.

Au nombre des activités du réseau durant les cinq premiers mois figuraient plusieurs efforts de collaboration qui se sont étendus à différents secteurs. En premier lieu, nous avons préparé, traduit et diffusé des documents de promotion de la santé mentale culturellement adaptés à une partie importante de la communauté, par l'entremise d'organismes de services locaux et de l'Internet. En collaboration avec le programme provincial *Settlement Workers in Schools*, une lettre soigneusement préparée a été remise directement aux enseignants des écoles primaires comptant d'importants effectifs d'élèves tamouls, afin de les informer des préoccupations de la communauté et de ses réactions au désastre. Citoyenneté et Immigration Canada a octroyé 50 000 dollars pour la traduction en tamoul et la diffusion de 5 000 romans photos sur le stress post-traumatique et la dépression, qui n'étaient auparavant disponibles que dans les deux langues officielles du Canada.

L'AC a été efficace parce qu'elle prenait racine dans la communauté et qu'elle était motivée par les besoins exprimés par la communauté elle-même, et que les chercheurs et les professionnels de la santé y ont joué un rôle de soutien.

Par ailleurs, l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC a financé un atelier en vue de rapprocher des spécialistes internationaux de la santé mentale et des traumatismes, des fournisseurs de services de santé et

d'établissement de la communauté tamoule de Toronto, des médecins et des représentants d'organismes de santé publique. Ce groupe d'experts s'est penché sur le débat actuel en santé mentale mené au niveau international sur le rôle de la consultation pour les victimes de traumatisme dans le soulagement de la détresse fondé sur la communauté et culturellement adapté, et il est parvenu à un consensus sur ses conséquences pour les politiques et les pratiques de santé au Canada. Un participant à l'atelier, le Dr Jack Saul, directeur fondateur du *International Trauma Studies Program* à l'université de New York, a déclaré que l'atelier du *Local Distress Relief Network* était l'un des exemples les plus remarquables de réponse au traumatisme basée sur la communauté qu'il ait jamais vu.

Résultats de l'expérience d'AC

Le réseau a augmenté considérablement les échanges d'information et le soutien mutuel entre ses membres. L'AC a été efficace parce qu'elle prenait racine dans la communauté et qu'elle était motivée par les besoins exprimés par la communauté elle-même, et que les chercheurs et les professionnels de la santé y ont joué un rôle de soutien. Le mandat et les activités du réseau ont aussi servi à plusieurs autres organismes, y compris des départements d'université et des unités d'intervention d'urgence municipales, dans leur réaction au tsunami.

Les initiatives du réseau en milieu scolaire ont été particulièrement nécessaires et appréciées. Les nouveaux romans photos n'ont pas encore été évalués, mais ils devraient être une ressource utile car très peu de documents sur la santé mentale ont été traduits jusqu'ici. On prépare actuellement les comptes rendus de l'atelier d'experts, qui contiennent des recommandations en matière de politique, de pratique et de recherche, en vue de leur diffusion.

Il est trop tôt pour dire si des changements systémiques seront apportés à l'infrastructure des services hospitaliers ou des politiques gouvernementales. Nous sommes conscients qu'il faudra davantage de temps pour élargir le soutien institutionnel et garantir que les principales institutions sont plus réceptives aux besoins des différentes communautés pendant les situations de crise, et de façon générale.

Un petit groupe de travail composé de professionnels de la santé mentale du réseau prépare l'avenir et a déjà trouvé des façons de soutenir à long terme les fournisseurs de services de la communauté tamoule. Ces professionnels espèrent élaborer des propositions de financement concertées afin d'offrir des services de santé mentale plus soutenus aux Tamouls de Toronto. Les autres membres se concentrent sur le renforcement des capacités communautaires et institutionnelles. Plusieurs participent à des échanges d'information et à la planification en vue de perfectionner la formation de travailleur en santé mentale au Sri Lanka.

Enseignements tirés

D'entrée de jeu, notre étude initiale sur la santé mentale avait instauré des mécanismes garantissant l'AC aux membres de la communauté et aux fournisseurs de services. Le réseau LDRN a atteint ses objectifs parce que nous avons bénéficié de ces relations de travail bien établies.

Toutefois, nous ne nous attendions pas à répondre à une urgence, et le manque de planification préalable a causé quelques inconvénients. Comme c'est généralement le cas pour le travail d'AC, nous n'avons pu compter que sur une infrastructure institutionnelle limitée. À défaut de bénéficier d'un important soutien administratif ou institutionnel spécialisé, nous dépendions surtout du temps des bénévoles et de réseaux virtuels, et nous avons été extrêmement reconnaissants pour le soutien moral et pratique que nous ont apporté les départements de psychiatrie et des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto.

Le principal défi que le réseau a dû relever consistait à identifier les fournisseurs de services aux Tamouls, basés dans la communauté, qui disposaient des ressources nécessaires pour répondre aux demandes du public suite à la

distribution de dépliants de promotion de la santé. Là aussi, il y a un besoin flagrant de mécanismes de soutien au niveau de l'infrastructure – y compris du personnel qualifié – pour de telles initiatives de sensibilisation du public.

Conclusions et répercussions

Cette étude de cas démontre qu'il est important que les relations qui sous-tendent l'AC deviennent un élément permanent de la recherche, et qu'elles ont le pouvoir d'améliorer la capacité de réaction du système de santé et de répondre aux besoins en santé, qu'ils soient connus ou inattendus. Le réseau LDRN a permis de répondre efficacement et rapidement à la tragédie, à alléger peut-être les souffrances psychologiques individuelles et à créer de nouvelles possibilités pour les activités d'AC en cours, afin de répondre aux besoins de santé publique.

Selon Raymond Chung, directeur administratif des *Hong Fook Mental Health Services*, « il n'existe pas de formule unique pour travailler avec toutes les communautés d'immigrants, mais il faut grandir à leur côté. » Le développement du réseau LDRN démontre le potentiel des partenariats avec les communautés d'immigrants transnationaux en matière de guérison, de reconstruction et de prestation de soins de santé durables aux communautés ethnoculturelles insuffisamment desservies. De plus en plus, apprendre à utiliser la recherche à bon escient requiert une plus grande sensibilisation quant à l'importance des liens globaux, autant pour les communautés de la diaspora que pour le Canada lui-même.

Cependant, il subsiste un obstacle à l'AC : identifier des partenaires supplémentaires dans le secteur des politiques publiques. Malgré l'attachement tant vanté du Canada au multiculturalisme, il n'existe pas beaucoup d'endroits au gouvernement où la santé et la diversité culturelle se rencontrent. Dans le cas qui nous occupe, les liens des chercheurs avec les membres de la communauté et les fournisseurs de services ont été plus forts que leurs liens avec les responsables des politiques. Des changements systémiques se produiront lorsque les décideurs des autres secteurs participeront aux initiatives futures.

Références

1. Beiser, M., L. Simich et N. Pandalangat. 2003. Community in distress: Mental health needs and help-seeking in the Tamil community in Toronto. *Int Migr* 41 (5): 233-45.

Le réseau LDRN a permis de répondre efficacement et rapidement à la tragédie, à alléger peut-être les souffrances psychologiques individuelles et à créer de nouvelles possibilités pour les activités d'AC en cours.

UNE ALLIANCE PLURIDISCIPLINAIRE ET MULTISECTORIELLE POUR AMÉLIORER L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS EN NOUVELLE-ÉCOSSE

Ingrid Sketris, Université Dalhousie
Dawn Frail, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Pam McLean-Veysey, Capital District Health Authority
George Kephart, Université Dalhousie
Charmaine Cooke, Université Dalhousie
Michael Allen, Université Dalhousie
Wayne Putnam, Université Dalhousie
Susan Bowles, Université Dalhousie

La Drug Evaluation Alliance of Nova Scotia ou l'alliance pour l'évaluation des médicaments de la Nouvelle-Écosse DEANS est une initiative multisectorielle visant à encourager l'utilisation adéquate des médicaments en favorisant le changement des comportements. La DEANS comprend des chercheurs, des étudiants, des formateurs d'adultes, des professionnels des soins de santé, des décideurs et des administrateurs de programmes qui travaillent à l'élaboration d'interventions éducatives polyvalentes et fondées sur des données probantes. L'initiative produit une recherche efficace et rentable : un projet a joué un rôle déterminant dans la modification des politiques, qui a fait économiser des millions de dollars à la province. La DEANS attribue sa réussite à la synergie multisectorielle créée par les partenariats et à la participation de chercheurs qui ont du temps réservé pour faire des évaluations rigoureuses.

Contexte

Les programmes de médicaments financés par les deniers publics utilisent des politiques telles que la sélection des médicaments remboursables et les règles de paiement comme levier pour encourager ou décourager l'utilisation des médicaments¹. Ces leviers intègrent les données disponibles et gèrent généralement les coûts, mais ils ont un effet limité sur le changement des attitudes et des comportements des professionnels de la santé et des patients.

En 1998, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a créé la DEANS* qui a pour mission de contribuer à la santé de la population de la province en encourageant l'utilisation adéquate des médicaments. La DEANS a été financée en vue de définir les questions cruciales relatives au régime d'assurance-médicaments; d'obtenir et d'analyser l'information et les données pertinentes sur ces questions; de mettre sur pied des interventions pour fournir de l'information ciblée et fondée sur les preuves aux prestataires des soins de santé et aux patients, et d'évaluer les incidences des initiatives sur l'utilisation des médicaments, le comportement des professionnels de la santé et les résultats pour les patients. Le comité de gestion du formulaire Pharmacare (le régime public d'assurance-médicaments provincial) passe en revue les médicaments pour les intégrer à la liste des médicaments remboursables par le régime, et la DEANS travaille de concert en vue d'organiser des interventions éducatives pour appuyer les initiatives stratégiques.

L'initiative d'AC

La coordination de la DEANS est assurée par un comité de gestion dont les membres possèdent des compétences en formation continue, en médecine familiale, en pratique de la pharmacie clinique, en épidémiologie et dans l'utilisation et l'évaluation des médicaments. Le comité se réunit chaque mois pour faire la synthèse des

* Pour plus de renseignements sur la DEANS, voir le site <http://www.gov.ns.ca/health/pharmacare/deans.htm>.

connaissances et discuter des projets d'intervention, tirer les leçons des programmes de formation pertinents, faciliter la mise en commun de l'information et établir des liens de confiance entre les participants.

La DEANS met en place des interventions polyvalentes basées sur les comptes rendus de recherche, les données locales et les connaissances et l'expérience des membres du comité. Les interventions, qui comprennent des programmes d'éducation sur Internet, une formation continue en pharmacothérapie, des profils sur les pratiques de prescription ainsi que des réflexions et des commentaires des pharmaciens, facilitent l'utilisation des données par les professionnels de la santé et par les patients. Les initiatives en matière d'éducation des praticiens sont mises en œuvre au moyen de programmes d'enseignement de l'Université Dalhousie ou par des groupes de professionnels, considérés comme des sources indépendantes et crédibles (alors que les initiatives des pouvoirs publics sont parfois perçues comme de simples mesures de réduction des coûts).

Une réunion type du comité rassemble des chercheurs universitaires, des experts de l'évaluation des médicaments, des formateurs des professionnels de la santé, des professionnels des soins de santé, des décideurs et des administrateurs de programmes. Des étudiants de l'Université Dalhousie en stage de formation, des résidents en gestion et politique de l'utilisation des médicaments, des étudiants des 1^{er}, 2^e et 3^e cycles et des chercheurs universitaires travaillent aussi en étroite collaboration avec la DEANS.

Résultats de l'expérience d'AC

Voici trois exemples de projets d'AC réalisés par la DEANS.

1. Faire précéder le changement des politiques par des interventions éducatives

En 1999, plus de 700 aînés de la Nouvelle-Écosse recevaient du chlorpropamide, un antidiabétique qui présente un risque élevé d'hypoglycémie chez les patients diabétiques âgés, et qui a été reconnu comme inapproprié pour traiter les aînés². À la fin de 2000, le programme Pharmacare pour personnes âgées de la Nouvelle-Écosse et l'hôpital universitaire local ont avisé les professionnels de la santé et les patients que le chlorpropamide serait retiré de la liste des médicaments remboursables au plus tard en juin 2001.

En prévision de ce changement, la DEANS a coordonné une intervention éducative à grande échelle pour aider les patients et les prescripteurs à utiliser d'autres médicaments. Les formateurs d'adultes, les endocrinologues, les médecins de famille, les pharmaciens et les formateurs du Diabetes Care Program of Nova Scotia y ont participé. Une brochure expliquant aux patients les raisons du changement a été préparée. Les médecins ont reçu une liste personnalisée de leurs patients inscrits au programme Pharmacare traités au chlorpropamide, ainsi que des tableaux de rappel, des feuillets d'information pour les patients, de l'information sur les programmes de formation médicale continue et une feuille sur la méthode recommandée pour choisir des médicaments de remplacement. Un endocrinologue était également disponible pour discuter des changements de médicament délicats avec les médecins.

Tous les aînés bénéficiant du programme Pharmacare ont reçu un traitement plus approprié dans les 12 mois qui ont suivi³.

2. Établir des partenariats dans le continuum des soins pour faciliter une réorientation importante des politiques

En 1999, plus de 5 000 bénéficiaires du programme Pharmacare pour personnes âgées de la Nouvelle-Écosse recevaient des médicaments pour traiter une maladie pulmonaire (asthme, emphysème) par nébulisation (avec masque). Une évaluation des médicaments effectuée par le comité de gestion du formulaire a conclu que les inhalateurs portatifs avaient une efficacité comparable, risquaient moins d'être contaminés et qu'ils étaient plus pratiques et moins coûteux que la nébulisation.

En 2000, le programme Pharmacare pour personnes âgées de la Nouvelle-Écosse annonçait que, six mois plus tard, les médicaments respiratoires administrés par nébulisation seraient remboursés à certains patients seulement, et qu'un dispositif Spacer serait immédiatement ajouté afin d'aider les patients à mieux utiliser les inhalateurs portatifs. Le programme fixait également le montant des frais professionnels remboursés aux pharmaciens qui montraient comment utiliser convenablement le dispositif Spacer.

Afin d'accompagner la réorientation de politiques, la DEANS a coordonné des interventions de formation polyvalente auprès des médecins, du personnel des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée, des pharmaciens, des inhalothérapeutes et des patients pour les aider à gérer la transition. Les interventions comprenaient des programmes de formation continue et le soutien d'autres partenaires de la province, notamment la *Nova Scotia Lung Association*, qui a mis une ligne sans frais à la disposition des patients et des professionnels de la santé, 24 heures sur vingt-quatre.

De nombreux patients ont adopté les inhalateurs portatifs, ce qui a entraîné une réduction du coût des médicaments estimée à 1 million de dollars par année. En octobre et novembre 1999, 12 p. 100 des patients utilisaient seulement la nébulisation; en octobre et novembre 2000, ce chiffre avait chuté à 4 p. 100. Ce changement n'a été associé à aucun effet fâcheux tel que l'augmentation des consultations ou des hospitalisations⁴⁻⁹.

3. Établir le profil des médecins pour opérer le changement des pratiques

Établir le profil des médecins, c'est-à-dire fournir des renseignements sur leurs activités passées en matière de soins aux patients pour influencer sur les décisions futures, est un outil utilisé afin de favoriser le changement de comportement des médecins; les preuves de l'efficacité de cette méthode sont toutefois contradictoires. En 2001, la DEANS a lancé un projet visant à déterminer si l'établissement du profil des médecins pouvait modifier les tendances des prescriptions des corticostéroïdes topiques pour le traitement des affections cutanées. Un examen de la catégorie thérapeutique effectué par le comité de gestion du formulaire avait préalablement déterminé que les corticostéroïdes légers à modérés sont préférables chez les personnes âgées, et que les prix varient grandement entre produits de même puissance.

La DEANS a élaboré des profils de médecin au niveau individuel qui visaient à faire passer deux messages fondamentaux aux prescripteurs : la puissance des produits prescrits et la différence de coût des produits prescrits dans les catégories de puissance. Ces profils, accompagnés d'un tableau comparatif des coûts, ont été envoyés par la poste aux médecins prescripteurs. Le profil des médecins a été modifié et les nouveaux profils ont été envoyés l'année suivante. Le projet n'a cependant induit aucun changement notable des tendances des prescriptions¹⁰.

Enseignements tirés

Plusieurs leçons importantes pour les futures initiatives d'AC peuvent être tirées de ces exemples.

Premièrement, un changement de politique, par exemple, le retrait d'un médicament de la liste du formulaire, se répercute sur les tendances des prescriptions. Mais si ce changement est précédé par des interventions éducatives polyvalentes, les professionnels de la santé et les patients acquièrent les connaissances suffisantes pour s'adapter au changement, généralement avant l'entrée en vigueur de la nouvelle politique. Nous attribuons une partie de notre réussite à l'utilisation des sources habituelles d'information des praticiens pour transmettre les renseignements relatifs à l'AC, entre autres, les

Si ce changement est précédé par des interventions éducatives polyvalentes, les professionnels de la santé et les patients acquièrent les connaissances suffisantes pour s'adapter au changement.

bulletins de *Doctors Nova Scotia*, de la *Pharmacy Association of Nova Scotia* et de la *Capital District Health Authority*.

Dans notre deuxième exemple, la participation au continuum de soins, notamment la participation directe de plusieurs types de professionnels de la santé et d'un organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé, a contribué à mettre en œuvre un important changement de politique sans effets néfastes évidents. L'intégration d'une mesure financière pour inciter les pharmaciens à fournir un service éducatif a été jugée importante. Dans une évaluation qualitative, on peut lire :

« La prise en compte des questions au niveau le plus large possible (le système provincial Pharmacare) et aux niveaux plus restreints (les attitudes et comportements individuels dans la pratique) a renforcé cette initiative. Les initiatives stratégiques qui intègrent et reflètent les données des recherches s'attaquent à un important obstacle au changement, mais les données seules ne peuvent favoriser le changement¹¹. »

Dans notre troisième exemple, l'envoi spontané aux médecins de profils et de recommandations sur les prescriptions n'a pas réussi à modifier leurs comportements de prescripteurs. D'autres données probantes semblent indiquer que ce genre d'information isolée ne suffit pas à inciter les médecins à changer, et que plusieurs stratégies sont peut-être nécessaires. Il se peut que l'établissement du profil des médecins soit plus efficace s'il est intégré aux programmes de sensibilisation et d'éducation où les approches individuelles peuvent faciliter le changement^{10,12}. Nous avons également relevé d'autres facteurs comme les profils haute sécurité et les faibles taux de prescription pour ces médicaments, ce qui signifie qu'ils ne sont pas forcément reconnus comme une priorité du changement de la pratique.

La principale leçon que nous avons tirée de cette initiative a trait au rôle essentiel que jouent les étudiants dans la DEANS. Dans le cadre de leurs programmes universitaires, ils produisent divers travaux sur les connaissances tels que des revues de la théorie, des examens systématiques de comptes rendus de recherche, l'élaboration de méthodes, des enquêtes sur d'autres domaines de compétences, l'identification de « pratiques intelligentes » et des évaluations qualitatives et quantitatives des interventions. Les étudiants se concentrent naturellement sur les théories et la méthodologie de renforcement, des activités qui ne font pas l'objet d'un financement prioritaire dans l'élaboration des politiques. Or, un étudiant peut passer une année à élaborer une méthode d'évaluation rigoureuse d'une grande valeur pour les programmes Pharmacare, dont le coût est assumé intégralement par l'université ou par les organismes subventionnaires. De plus, les étudiants tirent profit de leur engagement dans la DEANS en participant au processus d'AC, en faisant l'expérience directe des défis posés par la diffusion et l'utilisation des connaissances et en se familiarisant avec le langage des décideurs.

Conclusions et répercussions

Au sein de la DEANS, décideurs, praticiens et chercheurs travaillent ensemble en vue d'améliorer la prescription et l'utilisation des médicaments. Chaque partenaire apporte ses ressources, ses connaissances, ses compétences et son expérience, ce qui crée une synergie polyvalente qui, croyons-nous, est à la base de notre réussite. Chercheurs et étudiants reçoivent des subventions des IRSC, de la Fondation

Il se peut que l'établissement du profil des médecins soit plus efficace s'il est intégré aux programmes de sensibilisation et d'éducation où les approches individuelles peuvent faciliter le changement.

Les étudiants tirent profit de leur engagement dans la DEANS en participant au processus d'AC, en faisant l'expérience directe des défis posés par la diffusion et l'utilisation des connaissances et en se familiarisant avec le langage des décideurs.

canadienne de la recherche sur les services de santé, d'autres organismes subventionnaires et de l'université, qui tiennent compte du temps, des ressources et des compétences nécessaires pour effectuer des évaluations rigoureuses. Ce travail est apprécié par la communauté des responsables des politiques et, comme l'a prouvé le changement de politique en matière de nébulisation, il peut faire économiser des millions de dollars aux pouvoirs publics.

Références

1. Sketris, I. S., M. G. Brown et A. L. Murphy. 2004. Policy choices for Pharmacare: The need to examine benefit design, medication management strategies and evaluation. *HealthcarePapers* 4 (3): 36-45.
2. Morningstar, B. A., I. S. Sketris, G. C. Kephart et D. A. Sclar. 2002. Trends in oral antihyperglycemic and insulin use in the Nova Scotia senior population (1993-1999). *Can J Clin Pharmacol* (9) 3: 123-29.
3. Sketris, I. S., G. C. Kephart, D. M. Frail, C. D. Skedgel et M. J. Allen. 2004. The effective of deinsuring chlorpropamide on prescribing of oral antihyperglycemics for Nova Scotia Seniors' Pharmacare beneficiaries. *Pharmacotherapy* 24 (6): 784-91.
4. Sketris, I. S. et P. McLean-Veysey. 2000. A provincial program in Nova Scotia to decrease the use of wet nebulization respiratory medications. *JMCP* 6 (6): 457-62.
5. Bowles, S. K., I. S. Sketris et G. C. Kephart. 2003. Use of inhaled respiratory medications by wet nebulization in Nova Scotia seniors under Pharmacare's reimbursement guidelines. Présentation plénière. Conférence de l'Association des facultés de pharmacie du Canada, Montréal.
6. Flanagan, P. S., S. K. Bowles et I. S. Sketris. 2003. Pharmacist claims for a professional fee for the Nova Scotia wet nebulization conversion initiative. Affiche présentée à la conférence de l'Association des facultés de pharmacie du Canada, Montréal.
7. Bowles, S. K., I. S. Sketris et G. C. Kephart. 2001. Use of inhaled respiratory medications by wet nebulization in Nova Scotia seniors under Pharmacare's reimbursement guidelines. Extraits de la réunion annuelle de 2001 du American College of Clinical Pharmacy, Tampa, Floride.
8. Murphy, A. L., N. J. MacKinnon, P. S. Flanagan, S. K. Bowles et I. S. Sketris. 2005. Pharmacists' participation in an inhaled respiratory medication program: Reimbursement of professional fees. *Ann Pharmacother* 39 (4): 655-61.
9. Kephart, G. C., I. S. Sketris, S. K. Bowles, M. E. Richard et C. A. Cooke. À paraître. Impact of a criteria-based reimbursement policy on the use of respiratory medications delivered by nebulizer and health care services utilization. *Pharmacotherapy*.
10. Sketris, I. S., G. Kephart, C. A. Cooke, C. D. Skedgel et P. R. McLean-Veysey. 2005. Use of physician profiles to influence prescribing of topical corticosteroids. *Can J Clin Pharmacology* 12 (2): e186-97.
11. Twohig, P. L., W. Putnam et D. Frail. 2005. Qualitative perspectives on a facilitated change in provincial pharmacare coverage. *CPJ* 138 (2): 30-4.
12. Grimshaw, J., L. M. McAuley, L. A. Bero, R. Grilli, A. D. Oxman, C. Ramsay, L. Vale et M. Zwarenstein. 2003. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 12 (4): 298-303.



UTILISATION D'UN PROGRAMME D'AMBASSEDEURS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Paul Taenzer, Ph.D., Centre de la douleur chronique de la région sanitaire de Calgary
Christa Harstall, M.H.S.A., Alberta Heritage Foundation for Medical Research
Saifee Rashid, M.D., University of Alberta Hospital
Pamela Barton, M.D., Centre de la douleur chronique de la région sanitaire de Calgary
Don Schopflocher, Ph.D., Santé et Bien-être Alberta

Un programme d'ambassadeurs axé sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur a été mis en place en Alberta. En partenariat avec des chercheurs, des cliniciens chevronnés et des représentants des pouvoirs publics, des sommités de la recherche et des soins cliniques ont présenté des données sur les interventions en matière de douleur chronique aux cliniciens locaux au moyen d'ateliers communautaires. Les participants ont indiqué que ces ateliers leur avaient permis de perfectionner et de partager leurs connaissances et de modifier leur pratique. Le programme d'ambassadeurs répond aux attentes en tant que méthode d'AC, mais c'est en tant que service de formation professionnelle continue qu'il serait le plus utile aux cliniciens.

Contexte

Dès les années 1970, les chercheurs de pointe dans la prise en charge de la douleur ont remarqué que si nous utilisions les connaissances disponibles pour orienter la pratique clinique, nous réussirions à prendre en charge plus de 90 p. 100 de la douleur non contrôlée. Trente ans plus tard, les enquêtes auprès de patients hospitalisés pour une opération, de patients atteints de cancer et de ceux qui souffrent dsur la douleur chronique indiquent que nous sommes encore loin du but.

La lente amélioration de la qualité de la gestion de la douleur contraste nettement avec l'explosion de la recherche pertinente et la publication de lignes directrices sur de nombreux dilemmes sur la douleur clinique. Il reste à relever les défis que posent l'évaluation continue et complète de la douleur; l'utilisation de traitements validés; la disponibilité de professionnels de la santé adéquatement formés, et les prévisions budgétaires concernant l'espace, l'équipement, le personnel, les médicaments et les moyens nécessaires pour traiter la douleur.

Notre stratégie d'AC était inspirée du travail du Conseil suédois pour l'évaluation des technologies des soins de santé (SBU). Le SBU mène des évaluations scientifiques des soins de santé afin de déterminer les interventions les plus avantageuses pour les patients et l'utilisation la plus efficace des ressources. Au milieu des années 1990, le SBU a élaboré un programme d'ambassadeurs pour lequel des cliniciens chevronnés étaient embauchés afin d'assurer la liaison entre le SBU et les décideurs et les cliniciens de chaque district sanitaire. Les cliniciens chevronnés ont animé des ateliers, des présentations et des conférences et rencontré les cliniciens et les responsables des politiques pour les informer des derniers résultats des évaluations des technologies des soins de santé du SBU. Les ambassadeurs ont également informé le SBU des priorités locales qui pourraient être prises en considération dans les évaluations futures des technologies des soins de santé.

Nous avons adapté le programme ambassadeur suédois au contexte albertain en visant d'abord sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse.

L'initiative d'AC

Notre projet faisait fond sur les relations établies entre les chercheurs de l'Unité d'évaluation des technologies de la santé de l'*Alberta Heritage Foundation for Medical Research* (AHFMR), les cliniciens chevronnés de l'Université de Calgary, et de l'Université de l'Alberta et les hauts fonctionnaires de Santé et Bien-être Alberta. Ensemble, nous participons depuis quelques années à l'élaboration des priorités des évaluations des technologies de la santé en ce qui concerne la douleur chronique.

Les principaux objectifs du projet consistaient à élaborer et tester un modèle reposant sur des ambassadeurs qui servirait de prototype recommandé pour l'AC, à approfondir les connaissances cliniques sur les meilleures preuves dans le domaine de la gestion de la douleur chronique et à encourager les cliniciens à intégrer les données de recherche à la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. Un comité consultatif a été formé afin d'élaborer, de mettre en oeuvre et de tester le modèle. Outre les auteurs de la présente étude et un représentant de l'une des régions sanitaires rurales de l'Alberta, ce comité comptait des représentants de tous les groupes d'intervenants concernés de la province, notamment de l'*Alberta College of Physicians and Surgeons* et de l'*Alberta Medical Association*. Des experts-conseils en diffusion des lignes directrices de pratique clinique, de l'enseignement médical continu et de formation des adultes complétaient le comité consultatif.

Nous avons élaboré un format d'atelier pour le programme afin de présenter aux cliniciens locaux les données sur des interventions précises dans le domaine de la douleur chronique. Chaque atelier était animé par une équipe comptant un ambassadeur de la médecine clinique qui était une sommité provinciale reconnue en formation continue sur la gestion de la douleur et un ambassadeur de la recherche qui pouvait expliquer comment les données présentées provenaient des comptes rendus de recherche. Chaque intervention a donné lieu à un processus complet d'exploration et de sélection des meilleures données de la recherche. Les examens systématiques et les rapports ont été notés par les chercheurs des évaluations des technologies de la santé, et des sommaires d'une page résumant les preuves de la recherche ont été produits. Les ambassadeurs de la médecine clinique ont également produit des énoncés d'un paragraphe décrivant comment les données de la recherche pouvaient être intégrées à la pratique clinique.

Nous avons fait en sorte que les ateliers soient attrayants, pratiques et pas trop longs. Ils se déroulaient en milieu communautaire, à un moment de la journée qui convenait à tous, et les participants (médecins de famille et pharmaciens) pouvaient demander des crédits de formation continue. Les stratégies de renforcement de la formation comprenaient le recours à un minimum de matériel didactique, l'utilisation d'un format interactif basé sur les cas pour l'AC, l'invitation d'un groupe pluridisciplinaire de participants et un format d'atelier souple qui permettait aux participants d'adapter le contenu à leurs besoins. La séance se terminait par la synthèse de ce que les participants avaient appris, des façons dont ils pourraient utiliser ces connaissances dans leur pratique et des changements qu'ils aimeraient voir apporter aux politiques et pratiques de leur région sanitaire.

Résultats de l'expérience d'AC

Onze ateliers se sont déroulés dans huit des neuf régions sanitaires de l'Alberta durant l'automne 2004. Les données présentées pendant ces ateliers concernaient dix-huit interventions spécifiques, la plupart reliées à la douleur lombaire chronique. Cent trente fournisseurs de soins de santé y ont participé, dont 27 p. 100 d'infirmières, 21 p. 100 de médecins, 18 p. 100 de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, 17 p. 100 d'administrateurs, 9 p. 100 de pharmaciens et 7 p. 100 de psychologues, de professionnels de la santé mentale et de travailleurs sociaux.

Une évaluation indépendante du programme effectuée six semaines après chaque atelier a indiqué que les participants jugeaient les ambassadeurs très crédibles, qu'ils appréciaient les sommaires des données probantes, que

le format de l'atelier était efficace, et ils ont signalé avoir beaucoup appris sur les principaux traitements de la douleur chronique. Ils avaient commencé à mettre en commun les données et les sommaires des preuves avec des collègues et des patients. Le tiers des participants ont indiqué avoir modifié leur pratique en fonction de ce qu'ils avaient appris pendant l'atelier.

Le format des ateliers, souple, interactif et basé sur les cas, misait sur la pluridisciplinarité de participants qui souvent n'avaient jamais travaillé ensemble auparavant. Il est ressorti des entrevues postérieures aux ateliers et de quelques commentaires des participants que, dans certains cas, le groupe pluridisciplinaire constitué pour les ateliers a continué de communiquer, et parfois de se réunir, afin de faciliter la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique dans sa région.

Les participants ont également proposé divers domaines reliés ou non à la prise en charge de la douleur dans lesquels ils estimaient que le programme d'ambassadeurs pouvait être un bon instrument d'AC. Il s'agit notamment de domaines où la pratique clinique varie considérablement, ce qui indique qu'il n'y a pas de plans de prise en charge efficaces et généralement reconnus, ou que les progrès scientifiques récents ne sont pas adoptés à grande échelle.

Enseignements tirés

Un projet tel que le programme d'ambassadeurs répondrait mieux aux besoins des cliniciens praticiens s'il était un service de formation professionnelle continue.

Un des principaux enseignements que nous avons tiré de ce projet, en tant qu'équipe de recherche, a été la remise en question de l'approche fondamentale de notre travail professionnel. En effet, les ambassadeurs de la recherche excellent dans la précision et se méfient des généralisations qui vont « au-delà des données. » Par contre, les ambassadeurs de la médecine clinique sont sensibles aux besoins des cliniciens très occupés, qui cherchent des solutions simples à appliquer dans un cas donné. L'opposition entre, d'une part, le désir de précision et, d'autre part, le besoin de simplicité opérationnelle a suscité des débats animés sur la façon de présenter les sommaires des preuves. Elle a également montré que tous les membres de l'équipe devaient apprécier et respecter les bases professionnelles de leurs collègues et reconnaître l'importance d'un compromis judicieux.

Une fois les ateliers terminés, les participants ont continué de télécharger les sommaires des preuves sur le site du projet et de demander périodiquement à l'équipe de nouveaux ateliers et d'autres services. Manifestement, un projet tel que le programme d'ambassadeurs répondrait mieux aux besoins des cliniciens praticiens s'il était un service de formation professionnelle continue. Une stratégie visant la durabilité est un besoin manifeste.

Un enjeu connexe concerne la durée de validité des données de la recherche. Depuis le lancement du projet, les chercheurs des évaluations des technologies de la santé ont mis à jour les analyses documentaires aux quatre mois. Comme il fallait s'y attendre, ils découvraient chaque fois de nouveaux examens systématiques qui obligeaient à faire une mise à jour importante des sommaires des preuves. Cela montre clairement le besoin d'une infrastructure permanente afin qu'on puisse tenir compte des données de recherche les plus récentes.

Les ateliers du programme d'ambassadeurs ont soutenu les efforts de création d'un programme régional pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique.

Conclusions et répercussions

Nous connaissons plusieurs exemples où des formations et des expériences provenant du programme d'ambassadeurs ont été intégrées à une action régionale. La région sanitaire de Calgary, qui dispose d'un processus continu d'élaboration de cheminements cliniques et qui soutient les soins aux patients souffrant de douleur chronique, a intégré nos sommaires des preuves au cheminement clinique de la douleur lombaire chronique. Dans une autre région sanitaire, les ateliers du programme *d'ambassadeurs* ont soutenu les efforts de création d'un programme régional pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur chronique. Dans une troisième région sanitaire, les cliniciens regroupés initialement pour l'atelier du programme d'ambassadeurs continuent de se réunir à intervalles réguliers pour poursuivre leur formation professionnelle et intégrer davantage de services cliniques.

Bien que le programme d'ambassadeurs soit très prometteur en tant que méthode d'AC, il reste encore à trouver des réponses à un certain nombre de questions. La principale question consiste à savoir si les participants ont définitivement modifié leurs pratiques cliniques et, le cas échéant, quelles sont les conséquences de ces changements sur les résultats tangibles auprès des patients. Une autre question concerne la possibilité de généraliser la méthode. On pourrait alléguer que nous formions l'équipe idéale pour réaliser un tel projet puisque nous possédions à la fois l'éventail des compétences requises et une longue expérience du travail en collaboration. Si le modèle d'ambassadeurs est adopté dans d'autres domaines et vise d'autres objectifs cliniques, de nouvelles équipes de chercheurs et de cliniciens chevronnés seront nécessaires. Ces équipes devront relever le défi de combler les écarts scientifiques et cliniques afin de parvenir à un consensus sur la meilleure façon de communiquer les données de recherche pertinentes pour la pratique et d'adopter un style d'enseignement souple, interactif et efficace. Un engagement à plus long terme sera nécessaire pour assurer la continuité des services de formation et de soutien au milieu clinique.



UNE APPROCHE CONCERTÉE FONDÉE SUR LES PREUVES EN VUE D'AMÉLIORER LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Annalee Yassi, M.Sc., FRCPC, OHSAH et Institute of Health Promotion Research, Université de la Colombie-Britannique

Maziar Badii, M.Sc.C, FRCPC, OHSAH et Université de la Colombie-Britannique

Elizabeth Smailes, Ph.D., OHSAH et Institute of Health Promotion Research, Université de la Colombie-Britannique

Karen Lockhart, M.A., directrice de recherche, Institute of Health Promotion Research, Université de la Colombie-Britannique

L'Occupational Health and Safety Agency for Healthcare – OHSAH (Agence d'hygiène et de sécurité au travail pour les soins de santé) a été créée en Colombie-Britannique par les syndicats et les employeurs du secteur de la santé qui ont uni leurs efforts pour élaborer des programmes fondés sur les preuves en vue d'améliorer la santé et la sécurité au travail. Un partenariat de cinq ans avec les Alliances communautaires pour la recherche en santé (ACRS) a donné lieu à plusieurs projets d'application de la recherche, et permis d'économiser plus de 108 millions de dollars entre 2002 et 2005. La participation des divers intervenants dès le début du processus de recherche, l'engagement concret de la haute direction, la participation des intervenants de première ligne et des syndicats à la mise en œuvre des résultats de recherche ont été des facteurs déterminants de la réussite de ces initiatives d'application des connaissances (AC).

Contexte

La participation de la communauté à la recherche en santé est de plus en plus reconnue comme un moyen efficace de résoudre les disparités en santé^{1,2}. Dans le milieu de travail, la participation des principaux intervenants est nécessaire si l'on veut que les résultats de la recherche sur l'amélioration de la santé soient appliqués avec succès dans la politique et la pratique. Cette étude de cas illustre comment la collaboration entre les syndicats, les employeurs, les pouvoirs publics, les compagnies d'assurance et une équipe de chercheurs pluridisciplinaires peut produire une recherche dont les résultats concrets sont d'une grande qualité.

L' OHSAH créée en Colombie-Britannique est le fruit des efforts conjoints des syndicats et des employeurs en vue d'élaborer des programmes fondés sur des preuves, afin d'améliorer les pratiques en matière de santé, de sécurité et de retour hâtif au travail³. En 1999, les IRSC ont établi le programme de financement des Alliances communautaires pour la recherche en santé, dont les objectifs rejoignaient parfaitement la mission de l'OHSAH. Celle-ci est ainsi devenue pour les chercheurs de la Colombie-Britannique un moyen de travailler en collaboration avec les syndicats et les employeurs du secteur de la santé. Un programme quinquennal de recherche, intitulé *Making Healthcare a Healthier Place to Work: A Partnership of Partnerships*, a été établi. Il était dirigé par un conseil de recherche composé de dirigeants syndicaux, de chercheurs et de représentants de la WCB (la commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique) et de la société qui offrait l'assurance-invalidité de longue durée.

L'initiative d'AC

Le partenariat entre l' OHSAH et l'ACRS intégrait une approche syndicat-direction pour la résolution des problèmes, qui était essentielle pour relever les défis du secteur^{4,5}. Le programme de recherche comprenait un grand nombre d'initiatives pratique-recherche-pratique élaborées avec l'apport des intervenants, en particulier les employeurs du secteur des soins de santé (par le biais de la *Health Employers Association of British Columbia*, et les représentants de régions sanitaires spécifiques) et les quatre principaux syndicats du secteur de la santé en Colombie-Britannique. Le programme de recherche initial comprenait la création d'une cohorte de travailleurs de

la santé pour l'étude longitudinale; une série d'études portant sur les facteurs travail-organisation et leurs incidences sur le nombre de blessures dans le milieu des soins actifs, prolongés et de longue durée; une étude sur le terrain des risques encourus par le personnel des soins à domicile; une étude de la prise de décision en ce qui concerne le remplacement des substances chimiques toxiques; la mise en œuvre d'un programme régional de sécurité et de santé au travail, et deux initiatives reliées (discutées ci-après) axées sur la diminution du nombre de blessures et de journées d'incapacité de travail causées par la manipulation des patients.

Résultats de l'expérience d'AC

1. Le cas du lève-personne fixé au plafond

Les études systématiques démontrent constamment que le risque de blessures musculo-squelettiques est très élevé chez les travailleurs de la santé, en raison des problèmes particuliers que posent la manipulation, le levage et le transfert des patients^{6,7}. Nous avons évalué rigoureusement un lève-personne sur rails au plafond dans un établissement de soins prolongés de la Colombie-Britannique afin de déterminer son efficacité quant à la diminution du nombre de blessures pour le personnel et la réduction du risque et de l'inconfort pour le personnel et pour les patients. La période de récupération des coûts directs de ce programme de lève-personne au plafond avait été estimée à environ quatre ans, mais notre évaluation a déterminé que, compte tenu de l'augmentation des coûts d'indemnisation, la période de récupération diminuait presque de moitié⁸. Une évaluation de suivi utilisant trois années de données supplémentaires a montré des réductions de 40 p. 100 des coûts totaux d'indemnisation, de 82 p. 100 des coûts d'indemnisation pour le levage et le transfert, et une réduction de 83 p. 100 des heures perdues en raison des blessures dues aux levages et aux transferts⁹. Les intervenants de première ligne ont signalé une diminution des douleurs et de l'inconfort, et la satisfaction a été générale pour les patients et leurs familles.

La combinaison des résultats quantitatifs et qualitatifs a permis au public de constater à la fois les résultats de base et les incidences positives des lève-personnes sur la sécurité en milieu de travail.

Les résultats ont été rapidement communiqués aux décideurs et une réunion spéciale a rassemblé les représentants de la haute direction, incluant les dirigeants principaux de l'autorité sanitaire et la commission des accidents du travail (WCB), le ministère de la Santé, et les délégués syndicaux. Les résultats quantitatifs, incluant une analyse coût-avantage, ainsi que des « témoignages » des intervenants de première ligne et des gestionnaires, y ont été présentés. La combinaison des résultats quantitatifs et qualitatifs, présentés dans divers formats allant des présentations PowerPoint aux feuillets d'information, a permis au public de constater à la fois les résultats de base et les incidences positives des lève-personnes sur la sécurité en milieu de travail. Les résultats et les recommandations ont suscité le commentaire suivant de la part d'un dirigeant de l'une des régions sanitaires : « ce n'est pas difficile, faisons-le! »

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et le WCB ont décidé d'allouer plus de 20 millions de dollars pour étendre le programme des lève-personnes à toute la province, et ils ont également signé une entente de mise en œuvre de politiques adéquates qui bannit les levages non sécuritaires. D'autres études ont été menées sur des scénarios précis, des documents de formation sur la façon de mettre en œuvre le programme et d'installer les lève-personne ont été élaborés, et un système d'évaluation continue a été mis en place.

Par suite des économies réalisées au Vancouver General Hospital, du prestige acquis et des connaissances transmises aux décideurs des autorités sanitaires, le programme PEARS a été généralisé à toutes les régions de la santé de Colombie-Britannique.

2. Lier la prévention primaire à la prévention secondaire

En 1998, le nombre de blessures des travailleurs de la santé était très élevé en Colombie-Britannique, et le secteur de la santé enregistrait davantage d'indemnisations pour accidents avec perte de temps que tous les autres secteurs de la province¹⁰. Le programme PEARS de prévention et de retour actif rapide et sécuritaire au travail (Prevention and Early Active Return-to-Work Safety Program) a été élaboré dans le but de diminuer les cas de blessures musculo-squelettiques chez les travailleurs de la santé, ainsi que la durée moyenne du temps de travail perdu, en réintégrant plus rapidement les employés blessés dans leurs fonctions habituelles. Il visait également à repérer et à évaluer les facteurs déterminants pour la réussite d'un programme de prévention et de retour rapide et sécuritaire au travail et à favoriser une culture de la sécurité dans le milieu de travail. Des comités directeurs mixtes syndicat-employeur ont guidé l'ensemble de l'initiative.

Le programme PEARS associe trois éléments – la prévention primaire, l'intervention précoce (suivi rapide des travailleurs blessés, modifications ciblées du milieu de travail et traitement clinique au besoin) et une évaluation globale. À l'origine, le programme PEARS avait été mis à l'essai au *Vancouver General Hospital* (VGH), un vaste hôpital universitaire urbain de soins actifs et tertiaires qui compte plus de 6 000 employés. Les employés blessés avaient droit à une gamme de services sur place, comme des séances de physiothérapie; l'examen de leur tâches, assorti de conseils et de formation; l'évaluation du milieu de travail suivi de modifications et de l'achat d'équipement au besoin; un programme de retour graduel au travail, consistant en un aménagement des tâches et/ou de l'horaire, et l'accès à un médecin sur place.

L'évaluation de la première année du programme PEARS a montré que la reprise du travail après une blessure musculo-squelettique était beaucoup plus rapide que les deux années précédentes¹¹ et qu'en moyenne, le temps perdu par personne et par an pour les infirmières autorisées avait diminué, passant de 4,9 à 3,6 jours. Une économie totale de 176 534 dollars sur les paiements d'indemnité a ainsi pu être réalisée, soit une diminution de 33 p. 100 par rapport à l'année précédente. Par suite des économies réalisées au *Vancouver General Hospital*, du prestige acquis et des connaissances transmises aux décideurs des autorités sanitaires, le programme PEARS a été généralisé à toutes les régions de la santé de Colombie-Britannique. Des programmes PEARS sont actuellement en vigueur dans onze sites de la province et ils desservent plus de 37 000 travailleurs de la santé.

La participation des nombreux intervenants a créé un climat de confiance propice à un engagement commun envers l'objectif de favoriser un milieu de travail sain.

Enseignements tirés

Ces deux exemples permettent de tirer plusieurs leçons importantes pour l'AC et la réussite des interventions dans le milieu de travail.

Nous attribuons la réussite de l'intervention concernant les lève-personnes à l'engagement concret de la haute direction envers la santé et la sécurité en milieu de travail, illustré par sa détermination à engager les dépenses d'équipement nécessaires, et aussi à la forte participation des intervenants de première ligne qui ont défini les détails de l'intervention. Il convient de noter que l'étude avait été initialement demandée par l'établissement de santé qui a mis en œuvre le programme des lève-personnes : le public était par conséquent impatient de recevoir les résultats de l'étude. Les syndicats ont aussi participé activement à la mise en œuvre des résultats, assortie d'un solide soutien bipartite fondé sur les

preuves. La participation de tous les intervenants dès le début et le regroupement des principaux décideurs en vue d'interagir directement avec les chercheurs pour discuter des résultats ont été des facteurs clés de la réussite de cette initiative d'AC. Les éléments quantitatifs de la recherche, comme l'analyse coût-avantage, et l'utilisation de la recherche qualitative pour recueillir les exemples locaux auprès des divers intervenants, y compris les intervenants de première ligne et les patients, ont joué des rôles importants.

Le programme PEARS a marqué la fin des programmes précédents de prévention des blessures et de l'invalidité en combinant la prévention primaire et secondaire. Les activités de prévention se déroulent dans le milieu de travail où tous les intervenants peuvent constater l'amélioration du cadre de travail, ce qui renforce la confiance envers le programme. Le programme a également bénéficié d'un solide soutien syndical, il a tenté de faire l'unanimité chez les intervenants et possédait une composante d'évaluation continue. La participation des nombreux intervenants a créé un climat de confiance propice à un engagement commun envers l'objectif de favoriser un milieu de travail sain, et elle a renforcé la sensibilisation et le soutien quant à l'initiative proprement dite.

Conclusions et répercussions

Toutes les initiatives de partenariat OHSAH-ACRS dans le secteur de la santé en Colombie-Britannique ont produit des documents de formation utiles et de nombreux articles approuvés par les pairs¹²⁻¹⁴, des chapitres de livres¹⁵ et des feuillets d'information. Mais surtout, elles ont entraîné des diminutions importantes du nombre de blessures avec perte de temps qui représentent plus de 108 millions de dollars d'économie en primes de la WCB entre 2002 et 2005. Le partenariat a aussi convaincu les partenaires de continuer à mener ensemble une recherche de grande qualité sur la façon de traiter les dimensions physiques et psychologiques de l'incapacité au travail dans le secteur de la santé, et d'adopter les mêmes principes de collaboration et d'excellence en science – ce qui a été qualifié de « bonne démarche scientifique et bonne volonté ».

Toutes les initiatives ont entraîné des diminutions importantes du nombre de blessures avec perte de temps qui représentent plus de 108 millions de dollars d'économie en primes de la WCB entre 2002 et 2005.

Au moment de mettre sous presse, les principaux intervenants – syndicats, employeurs et ministère de la Santé – ont réitéré leur appui soutenu envers le partenariat. Le financement de base de l'activité d'AC de l'OHSAH se poursuit, et il est à souhaiter que le programme de l'ACRS, ou son équivalent par le biais des autres programmes des IRSC, continuera de financer d'importants partenariats de recherche qui soutiennent l'acquisition de connaissances scientifiquement rigoureuses, indispensable à une véritable AC.

Références

1. Bell, J. et M. Standish. 2005. Communities and health policy: A pathway for change. *Health Aff (Millwood)* 24 (2): 339-42.
2. Parker, E., L. H. Margolis, E. Eng et C. Henríquez-Roldán. 2003. Assessing the capacity of health departments to engage in community-based participatory public health. *Am J Public Health* 93 (3): 472-77.
3. Yassi, A., A. S. Ostry, J. M. Spiegel, G. Walsh et H. M. de Boer. 2002. A collaborative evidence-based approach to making healthcare a healthier place to work. *Hosp Q* 5 (3): 70-8.
4. Parker, M. et S. Gadbois. 2000. Building community in the healthcare workplace, Part 4. Partnering with union members to create community. *J Nurs Adm* 30 (11): 524-29.
5. Johansson, M. et T. Partanen. 2002. Role of trade unions in workplace health promotion. *Int J Health Serv* 32 (1): 179-93.
6. Hoogendoorn, W. E., M. N. van Poppel, P. M. Bongers, B. W. Koes et L. M. Bouter. 1999. Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scand J Work Environ Health* 1999 25 (5): 387-403.
7. Lagerstrom, M., T. Hansson et M. Hagberg. 1998. Work-related low-back problems in nursing. *Scand J Work Environ Health* 24 (6): 449-64.
8. Spiegel, J. M., A. Yassi, L. A. Ronald, R. B. Tate, P. Hacking et T. Colby. 2002. Implementing a resident lifting system in an extended care hospital. Demonstrating cost-benefit. *AAOHN J* 50 (3): 128-34.

9. Yassi, A., R. Tate, J. E. Cooper, C. Snow, S. Vallentyne et J. B. Khokhar. 1995. Early intervention for back-injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital: An evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two-year pilot project. *Occup Med (Lond)* 45 (4): 209-14.
10. Workers' Compensation Board of British Columbia. 2000. Healthcare industry: Focus report on occupational injury and disease. Richmond, BC: Workers' Compensation Board of British Columbia.
11. Davis, P. M., M. Badii et A. Yassi. 2004. Preventing disability from occupational musculoskeletal injuries in an urban, acute and tertiary care hospital: Results from a prevention and early active return-to-work safely program. *J Occup Environ Med* 46 (12): 1253-62.
12. Miller, A., C. Engst, R. B. Tate et A. Yassi. À paraître. Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a new long-term care facility. *Appl Ergon*.
13. Chhokar, R., C. Engst, A. Miller, D. Robinson, R. B. Tate et A. Yassi. 2005. The three-year economic benefits of a ceiling lift intervention aimed to reduce healthcare worker injuries. *Appl Ergon* 36 (2):223-29.
14. Yassi, A., K. Tomlin, C. Sidebottom, K. Rideout et H. De Boer. 2004. Politics and partnerships: Challenges and rewards of partnerships in workplace health research in the healthcare sector of British Columbia, Canada. *Int J Occup Environ Health* 10 (4): 457-65.
15. Engst, C., R. Chhokar, A. Miller et A. Yassi. 2004. Preventing back injuries to healthcare workers in British Columbia, Canada and the ceiling lift experience. In *Back injury among healthcare workers: Causes, solutions, and impacts*, dir. W. Charney et A. Hudson., 253-64. Boca Raton, FL.; CRC Press LLC, Lewis Publishers.

