

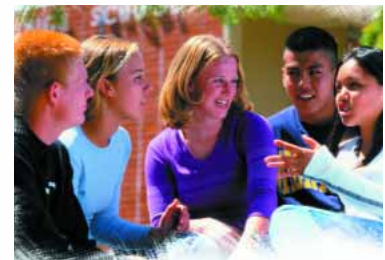


Instituts de recherche
en santé du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Institut de la santé publique et des populations des IRSC Initiative sur la santé de la population canadienne

MISE EN APPLICATION DES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES POPULATIONS



Recueil de cas d'application
des connaissances



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information



IRSC CIHR

Canada



Institut de la santé publique et
des populations des IRSC
Initiative sur la santé de la population canadienne

MISE EN APPLICATION DES
CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ
PUBLIQUE ET DES POPULATIONS



Recueil de cas d'application
des connaissances



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information



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. : MR21-70/2006F-PDF
ISBN : 0-662-71090-8



TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
AVANT-PROPOS	6
SANTÉ DES AUTOCHTONES	9
Collaboration avec des organisations de santé autochtones à la création d'une trousse d'outils pour la promotion de la santé communautaire	11
<i>Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research</i> : application des connaissances avec les communautés autochtones	15
Application des connaissances au sein d'une communauté inuite établie en milieu urbain. . . .	19
SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS	23
Application des connaissances dans la communauté : <i>The Early Child Development Mapping Project</i>	25
Élaboration conjointe de politiques sur le développement du jeune enfant	29
<i>Canadian Adolescents at Risk Research Network</i> : un projet pour les jeunes réalisé avec les jeunes	33
Faut-il enseigner la réduction des méfaits aux adolescents dans les écoles? Production et application de nouvelles connaissances controversées sur la toxicomanie	37
SANTÉ DES FEMMES	41
<i>Healthy Balance Research Program</i> : application des connaissances à la situation des femmes soignantes non rémunérées	43
Rapport de surveillance de la santé des femmes : de la recherche à la formulation de politiques	47
Projet sur la mondialisation, la santé, les femmes et les hommes	51
SANTÉ AU TRAVAIL	55
L'application des connaissances par l'entremise d'une production théâtrale fondée sur la recherche	57
Réseau de santé et de sécurité agricoles	61
Le Réseau en réadaptation au travail du Québec : le défi de l'application des connaissances et mise en œuvre d'un programme en clinique	65
Application des connaissances entre les provinces en matière de santé et sécurité au travail . . .	69
Application des connaissances de recherche aux intervenants : le cas de la sécurité des chariots élévateurs	73
MALADIES INFECTIEUSES ET CHRONIQUES	77
Plan d'action de l'Ontario contre l'asthme : combler le fossé entre les connaissances et la pratique	79
Enseignements tirés de la diffusion et du renforcement des capacités dans l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire	83
Le Réseau canadien d'info-traitements sida	89

REMERCIEMENTS

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC et l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé souhaitent témoigner leur gratitude aux personnes suivantes qui ont généreusement consacré temps et connaissances à la création du premier Recueil de cas d'application des connaissances de l'ISPP et de l'ISPC :

- L'équipe principale chargée de la mise en œuvre du projet, notamment Michelle Gagnon, qui a supervisé et dirigé le projet, Heidi Matkovich, qui a étroitement collaboré avec les auteurs des témoignages et les employés à la rédaction du recueil, Leanne Moussa, qui a fourni des conseils stratégiques en communications, Lori Greco et Liz Stirling, qui ont partagé leur expertise en matière d'application des connaissances et apporté leur soutien, ainsi que Kim Gaudreau, qui a contribué à la révision des résumés des témoignages.
- Le comité de révision du recueil, notamment Patricia Martens, Gilles Paradis et Jean-Yves Savoie (président du comité) du conseil consultatif de l'ISPP, Teresa Hennebery, qui a déjà siégé au conseil de l'ISPC, et Nadine Valk, employée de l'ISPC qui a révisé les résumés des témoignages.
- John Frank, directeur scientifique, attaché à l'ISPP, Erica Di Ruggiero, directrice associée de l'ISPP, et Elizabeth Gyorfi-Dyke, directrice de l'ISPC, qui ont apporté conseils et soutien.

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement les idées et opinions des Instituts de recherche en santé du Canada ou de l'Institut canadien d'information sur la santé.



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.

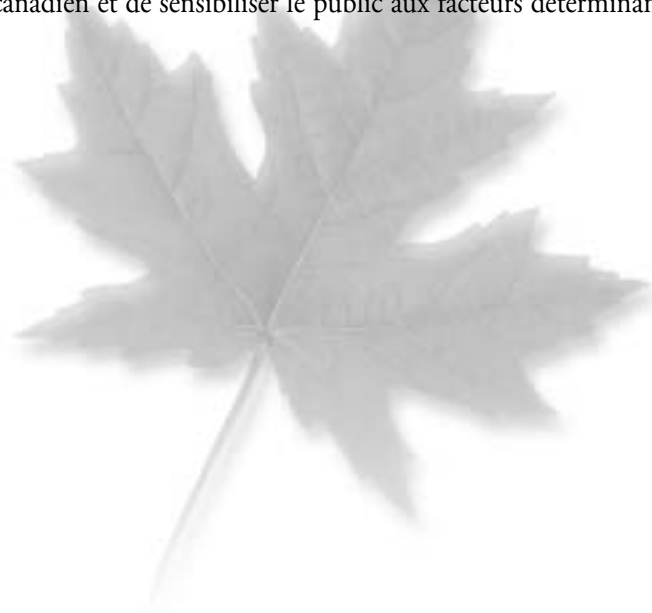
MANDAT DE L'ISPP

L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC appuie la recherche axée sur les relations complexes (biologiques, sociales, culturelles, environnementales) qui influent sur la santé des personnes, des collectivités et des populations mondiales ainsi que l'application de ces connaissances en vue d'améliorer la santé des populations et des personnes grâce à des partenariats stratégiques avec des intervenants en santé publique et des populations et à des programmes novateurs de financement de la recherche.

MANDAT DE L'ISPC

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), programme de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a vu le jour en 1999. La mission de l'ISPC comporte deux volets : faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités, et contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens.

L'ICIS est un organisme pancanadien, autonome et sans but lucratif, dont l'objet est d'améliorer la santé des Canadiens et le système de santé en offrant une information de qualité sur la santé. Le mandat de l'ICIS, tel qu'il est défini par les ministres de la Santé du Canada, est de coordonner le développement et le maintien d'une approche commune en matière d'information sur la santé au Canada. À cette fin, l'ICIS est chargé de diffuser en temps opportun l'information appropriée et nécessaire en vue d'établir des politiques de santé avisées, de gérer avec efficacité le système de santé canadien et de sensibiliser le public aux facteurs déterminants pour la santé.



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. Des stratégies d'AC couronnées de succès peuvent notamment 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, l'AC couronnée de succès porte sur l'échange, la synthèse et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le contexte d'un ensemble complexe d'échanges entre chercheurs et utilisateurs — visant une utilisation plus rapide des résultats de la recherche afin d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada. Un élément essentiel de la stratégie des IRSC liée à l'AC est de soutenir et de reconnaître l'excellence en matière d'application des connaissances, et de servir de ressource dans le domaine de l'AC au Canada.

L'AC fait partie intégrante des activités de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La vision de l'ICIS : améliorer la santé des Canadiens et renforcer leur système de santé en élaborant, en intégrant et en diffusant en temps opportun de l'information pertinente sur la santé et les services de santé, et en contribuant à des discussions éclairées et à la prise de décisions fondées sur les faits.

Au début de 2005, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC et l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui fait partie de l'ICIS, ont 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 la santé publique et des populations. Nous souhaitons favoriser et reconnaître les activités d'AC, ainsi que créer un moyen de diffuser et de partager des expériences d'AC.

Nous souhaitons également démontrer les répercussions possibles de l'application des données de recherche en santé publique et en santé des populations sur la façon dont les changements sont apportés aux politiques et à la pratique. Un nombre grandissant d'organismes de santé et d'autres organisations, de groupes communautaires, de chercheurs et de décideurs se disent intéressés par un partage d'expériences qui éclairent et informent et qui peuvent aider à mieux comprendre l'AC et ses pratiques exemplaires, et notamment à améliorer les programmes et les politiques.

Nous avons invité des personnes, des équipes et des organisations œuvrant dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs liés à la promotion de la santé publique et des populations à présenter des résumés de cas d'AC*. La sélection des cas a été faite d'après une lecture des résumés qui nous sont parvenus. L'ouvrage réunit un vaste échantillon représentatif des expériences menées, qu'il s'agisse d'une pièce de théâtre portant sur les conclusions d'une recherche dans le cadre d'une initiative auprès de travailleurs blessés, de la mise au point d'une trousse d'outils utiles à la santé communautaire en association avec des organismes de santé autochtones, ou encore d'une collaboration à l'échelle internationale en vue de cerner les grands enjeux touchant la mondialisation, le genre et la santé.

Les cas présentés dans ce recueil reposent sur l'expérience personnelle. Nous avons demandé aux auteurs de faire preuve de franchise par rapport à leurs réussites et leurs échecs, et de raconter, à partir de leurs propres expériences, ce qui a fonctionné et ce qui a échoué, et les leçons qu'ils en ont tirées. Ce recueil ne se veut pas un substitut aux

* L'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC a produit en parallèle un Recueil de cas d'application des connaissances.

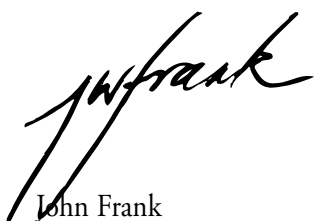
connaissances tirées de l'examen systématique des ouvrages de plus en plus nombreux portant sur l'AC. Mais nombre de ces cas renvoient à des thèmes communs entourant l'AC dans le contexte canadien.

Enseignements tirés

- Bon nombre de cas réunis dans ce recueil portent sur des exemples d'**AC au sein de collectivités** qui n'ont pas l'habitude de prendre part à la recherche ou au processus décisionnel. De tels partenariats peuvent ouvrir de nouvelles perspectives sur les défis qui se posent en recherche, se traduire par une recherche mieux éclairée et soulever un intérêt pour les conclusions de la recherche et en améliorer la mise en application. Il y a lieu, toutefois, de bien définir les rôles des partenaires. Des ententes officielles, précisant les attentes et les ressources qui doivent être fournies, peuvent se révéler utiles, mais doivent être appuyées par des relations empreintes de confiance et d'ouverture. Bâtir une telle confiance peut constituer le plus grand défi dans des partenariats qui font appel à des collaborateurs non traditionnels ou historiquement prudents. Il y a souvent beaucoup de travail à faire pour que chacun comprenne comme il se doit les différents contextes, besoins et attentes des autres parties.
- Surtout, de tels partenariats peuvent déboucher sur des initiatives d'amélioration des programmes et des pratiques prises en charge par la communauté. Mais, pour qu'un tel revirement se concrétise et, de façon plus générale, pour que toute activité portant sur l'AC soit couronnée de succès, **la collectivité doit être en mesure** d'adopter de nouvelles connaissances et de s'adapter aux changements nécessaires. Le renforcement des capacités — visant à accroître les efforts déployés pour la mise en œuvre et l'utilisation des innovations en matière de recherche et de pratique — peut décider de la réussite ou de l'échec d'une initiative portant sur l'AC; et il sera encore plus efficace s'il bénéficie du soutien de l'organisation.
- Bien que le climat qui règne au sein d'une organisation revête une haute importance, **les individus peuvent changer les choses du tout au tout**. La passion que met un chercheur à modifier les pratiques peut tenir un rôle non quantifiable mais essentiel dans l'AC, en particulier au sein des collectivités où la confiance doit reposer sur un engagement tangible. On ne peut pas toujours reproduire de tels facteurs humains, mais il importe de reconnaître leur apport et de tirer profit des points forts de chacun lorsqu'on élabore des stratégies d'AC à plus grande échelle. Il est également utile de reconnaître que les participants aux groupes de discussion et de concertation doivent être choisis avec soin, car ils peuvent représenter un facteur déterminant de la réussite d'une initiative.
- **L'AC doit être adaptée à la collectivité**. En matière d'AC, il n'existe pas de pratiques exemplaires qui puissent être appliquées de manière simple et fiable à n'importe quelle situation. Une AC n'est valable qu'en fonction de son contexte; il est nécessaire de comprendre les processus locaux de mise en application et d'utilisation des connaissances pour pouvoir élaborer des stratégies connexes efficaces. Les connaissances issues de la recherche risquent de demeurer inutilisées si elles n'interpellent pas le public cible, que ce soit sous forme de cartes de quartier, de sites Web destinés aux jeunes ou de productions théâtrales professionnelles. Toutefois, il ne faut pas oublier ce qui était vrai dans le passé à propos de l'AC, à savoir que les résultats de la recherche doivent être diffusés au bon moment, présentés de manière claire et selon leur contexte. Quelques exemples nous serviront ici de rappels pertinents.

- **L'AC est des plus profitables lorsque tous les intéressés en tirent des avantages tangibles.** L'AC naît rarement du seul principe que les résultats de la recherche doivent être mis en pratique, et elle est souvent inefficace si la demande de changement ne s'assortit pas de mesures incitatives. L'AC produit les meilleurs résultats lorsque toutes les parties à une initiative ont la possibilité de réaliser des gains concrets en fonction de leurs propres priorités, qu'elles soient partagées ou non avec d'autres.
- Enfin, **l'AC exige un effort constant.** Les rapports humains, surtout au sein d'une communauté, doivent être cultivés avec soin. La tâche peut sembler ardue à qui obéit aux contraintes des cycles de financement de la recherche, en particulier aux premiers stades, lorsque les mécanismes et les modèles de financement en place permettent rarement de donner l'attention voulue aux nouvelles relations. Sans cette assiduité toutefois, on peut se retrouver avec des malentendus, des engagements mis en doute ainsi que des activités de recherche et d'AC gravement compromises. En matière d'AC, les initiatives les plus réussies évoluent en parallèle avec les besoins des collectivités qui les emploient. À l'inverse, la réussite comporte son lot de problèmes; de modestes initiatives fondées sur une communauté sont parfois forcées de prendre de l'expansion, ou encore, la demande en AC dépasse la capacité des chercheurs.

Nous espérons que ce recueil deviendra une ressource précieuse pour les divers organismes responsables de la santé publique et des populations au Canada. Bien que nous ayons l'intention de le faire suivre de nombreuses autres initiatives similaires pour illustrer l'application des résultats de recherche sur la santé publique et des populations au Canada, ce recueil est un projet pilote qui sera évalué en fonction de son utilité comme source d'information sur l'AC. Vos commentaires sur son contenu, sa présentation, sa diffusion ou tout autre aspect de ce projet sont donc les bienvenus.



John Frank
Directeur scientifique
Institut de la santé publique et des populations
Instituts de recherche en santé du Canada



Jennifer Zelmer
Vice-présidente, Recherche et analyse
Institut canadien d'information sur la santé



SANTÉ DES
AUTOCHTONES

COLLABORATION AVEC DES ORGANISATIONS DE SANTÉ AUTOCHTONES À LA CRÉATION D'UNE TROUSSE D'OUTILS POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Sylvia Abonyi, *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, Université de la Saskatchewan
Bonnie Jeffery, *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, Université de Regina

Le projet First Nations Health Development a mené à la création d'une trousse d'outils, incluant notamment un cadre de santé communautaire et les indicateurs associés, aux fins de la surveillance de la santé et du bien-être des communautés autochtones. Réunissant neuf communautés du nord de la Saskatchewan, le Grand conseil de Prince Albert, l'autorité sanitaire d'Athabasca et des chercheurs de diverses universités, ce projet concerté visait précisément à comprendre les effets des milieux physiques et sociaux sur la santé et à renforcer les capacités des chercheurs et des partenaires communautaires. La réussite du projet est essentiellement tributaire de la confiance qui existe entre les partenaires et d'une approche en matière d'AC qui reflète les besoins et les contributions de chacun.

Contexte

Le projet de développement de la santé des Premières nations est une initiative des hauts gestionnaires en santé du Grand conseil de Prince Albert (GCPA)* et de l'autorité sanitaire d'Athabasca, du nord de la Saskatchewan. Ces organisations souhaitaient mieux comprendre l'incidence des services de santé et autres services à la personne sur la santé (ou le « bien-être » au sens global que lui donnent les groupes autochtones) et déterminer, du point de vue de la communauté, les renseignements à recueillir afin de mesurer les progrès réalisés dans la communauté à l'égard de la santé et du bien-être.

Le projet de trois ans a permis de créer une trousse d'outils qui donne un aperçu des domaines propres à la santé communautaire à l'intérieur d'un cadre exhaustif et propose des indicateurs pour suivre le progrès dans chaque domaine. Destinée aux gestionnaires et aux employés des Premières nations et dans les communautés provinciales, la trousse jettera des assises qui éclaireront les décisions concernant les programmes et les politiques.

Notre participation (Abonyi et Jeffery) à ce projet s'est amorcée par un contrat avec le Grand conseil de Prince Albert consistant à évaluer les services de santé ayant été transférés†. En rapport avec les cadres et indicateurs de santé des Autochtones, le GCPA a soulevé des questions qui échappaient à notre mandat en vertu du cadre et du financement établis. Nous avons alors commencé à élaborer une proposition de financement pour un projet de recherche concerté. La nouvelle autorité sanitaire d'Athabasca était également intéressée à participer, et les deux organisations ont formé une collaboration. Le projet a été financé par les IRSC (l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut de la santé des Autochtones), la *Saskatchewan Health Research Foundation* (fondation de recherche sur la santé de la Saskatchewan) et les *Northern Medical Services* (services médicaux du Nord) de l'Université de la Saskatchewan.

* Un Grand conseil est un corps élu qui représente les intérêts collectifs des gouvernements des Premières nations qui le composent.

† Programmes de santé dont la responsabilité a été transférée par Santé Canada aux Premières nations et aux Inuits. En vertu de ce transfert, les services de santé communautaires comprennent la salubrité de l'environnement et les services de traitement et de prévention, ainsi que les installations appropriées de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Chaque communauté des Inuits ou des Premières nations a la liberté d'accepter ou non ce transfert qui, une fois effectué, doit faire l'objet d'une évaluation quinquennale.

L'initiative d'AC

Notre initiative de recherche et les activités d'AC associées visaient précisément à comprendre les effets des milieux physiques et sociaux sur la santé, à proposer des solutions et à renforcer les capacités des membres d'une équipe d'intervenants provenant des milieux universitaire, communautaire et organisationnel, afin que les conclusions de la recherche puissent servir aux intervenants communautaires et organisationnels.

Dans le cadre de nos activités de recherche principales, nous avons effectué une analyse documentaire afin d'élaborer un cadre préliminaire et des indicateurs propres à la santé communautaire; nous avons fait suivre cet exercice d'entrevues et de discussions en groupe avec des directeurs et gestionnaires de services de santé de neuf collectivités du nord de la Saskatchewan — chacune comptant une majorité de membres des Premières nations et d'Autochtones — afin de développer et de peaufiner le matériel préliminaire.

Notre équipe de recherche comptait un grand nombre de membres dont le degré de participation variait. L'équipe chargée des tâches courantes regroupait les deux chercheuses principales (Abonyi et Jeffery), un coordonnateur de la recherche et des adjoints à la recherche. Quoique participant à un degré moindre, des collaborateurs des Premières nations et d'organismes de santé provinciaux et des directeurs de services de santé des Premières nations ont pris une part active, à intervalle d'un ou de deux mois, à la conception du cadre et des indicateurs. L'équipe universitaire, qui réunissait une équipe pluridisciplinaire de collègues de recherche de deux universités et des membres du programme sur les arts de la communication autochtone donné à la *First Nations University of Canada*, a été sollicitée à l'occasion pour revoir la documentation du projet et participer aux activités de diffusion.

La stratégie consistant à réunir des partenaires œuvrant à ces niveaux différents était implicite d'entrée de jeu, et les activités d'AC particulières ont évolué avec le projet. Nous avons constaté que ces activités doivent être brèves, ciblées et pertinentes, et aussi que nos meilleures activités comportaient un élément visuel. Par exemple, nous avons utilisé un modèle logique — un schéma illustrant les liens entre les objectifs, les activités, les critères de mesure de la réussite après l'achèvement des activités et les ressources nécessaires pour mener le projet à terme — afin de décrire visuellement les objectifs de recherche et les activités associées.

Nous avons communiqué nos résultats à des universitaires et des profanes dans le cadre de séances de présentation par affiches. Ces mêmes affiches ont servi de résumés d'avancement pour nos collaborateurs communautaires et ont été distribuées en format de 11 po sur 17 po. Les rencontres directes entre les collaborateurs étaient importantes aux premiers stades du projet et se sont poursuivies ensuite à intervalle régulier. Nous sommes actuellement à concevoir un site Web sur ce projet, où l'on trouvera la trousse d'outils, les rapports d'avancement, les exposés, les affiches et les autres produits auxquels tous les membres de l'équipe peuvent avoir accès. La version finale de la trousse d'outils sera également produite sous forme de manuel et de CD interactif qui seront distribués directement aux communautés participantes.

Résultats de l'expérience d'AC

Ces activités ont mené à l'organisation du cadre définitif de santé communautaire et des indicateurs associés en une trousse d'outils qui peut être adaptée aux besoins de chaque communauté. Au départ, nous souhaitions produire une trousse d'outils pour chacune des neuf collectivités participantes. Toutefois, nous nous sommes aperçus qu'il y avait suffisamment de recoupement dans les conclusions pour justifier la création d'une seule trousse permettant à chaque communauté de sélectionner les indicateurs convenant le mieux à sa situation. Le cadre fournit à la fois un contexte et une justification pour la sélection et l'utilisation des indicateurs pertinents.

La trousse d'outils est déjà mise à l'essai dans une communauté, et nous menons un processus d'évaluation en parallèle qui nous aide à cerner et à résoudre les difficultés liées à la mise en œuvre avant la diffusion de la version définitive. À la lumière de récentes occasions de collaboration avec des collègues à l'étranger, nous croyons que la trousse d'outils trouvera un spectre d'usages plus vaste.

Enseignements tirés

Ce projet nous a permis de cerner un certain nombre de facteurs à prendre en considération dans la planification des activités de recherche et l'application des connaissances. Il ne sont pas nécessairement nouveaux (ils reproduisent essentiellement des pratiques exemplaires connues depuis des décennies en dehors du milieu de la recherche), mais ils méritent une certaine analyse à l'intérieur du cadre des rapports entre les chercheurs et la communauté.

Forger un lien de confiance

La confiance doit faire partie intégrante de tout processus de recherche. L'emplacement géographique des activités de recherche, la visibilité des chercheurs, les échanges directs entre les différents partenaires et la pertinence de la recherche sont autant de facteurs à prendre en compte. Nous avons constaté qu'il était judicieux de situer les bureaux de recherche à proximité des partenaires communautaires — et en dehors du cadre universitaire principal. Une grande visibilité est particulièrement importante puisque, depuis toujours, les peuples autochtones ont peu profité du milieu universitaire, tandis que des chercheurs ont fait carrière en tablant sur ce qu'on en est venu à considérer comme un savoir exclusif. La présence de chercheurs dans la communauté, qui collaborent étroitement avec ses leaders, démontre notre engagement à fournir des résultats utiles aux résidents locaux.

Le cycle concurrentiel des subventions constitue une entrave à la confiance.

Le cycle concurrentiel des subventions constitue une entrave à la confiance. Entre le moment où une proposition est déposée et celui où le financement est approuvé (il s'est écoulé une année dans notre cas), le roulement des partenaires communautaires est tel qu'on doit rétablir les liens lorsque le projet se met finalement en marche. Il s'agit d'un aspect essentiel — et dispendieux — que nous n'avons pas mesuré en temps et en ressources au départ.

Nous avons constaté qu'il était judicieux de situer les bureaux de recherche à proximité des partenaires communautaires — et en dehors du cadre universitaire principal.

Participation de collaborateurs communautaires et universitaires

Nous nous sommes aperçues qu'il faut d'entrée de jeu négocier et officialiser le degré de participation de chaque partenaire. Nous avons obtenu le consentement de la communauté par le truchement d'un « accord de participation » négocié. Ce document définissait les résultats à fournir aux communautés à des jalons précis (rapports, trousse d'outils, propriété des données) et nos attentes face aux participants aux chapitres du temps, des ressources humaines et des données.

Les rapports avec nos collaborateurs universitaires ont été négociés de la même façon. Nous avons demandé à chaque membre de l'équipe d'indiquer les volets du projet auxquels il souhaitait participer et nous lui avons précisé

les résultats dont il aurait à nous rendre compte. Mais nous avons eu moins de chance avec nos collègues universitaires; en effet, il leur a été très difficile de maintenir leur engagement parmi tous les autres projets retenant plus de leur attention et de leur participation, compte tenu surtout du calendrier de projet changeant.

Confrontées à des demandes concurrentes de notre temps, nous avons accordé la priorité au volet communautaire de notre stratégie d'AC : l'histoire et le contexte même d'un partenariat de recherche avec des peuples autochtones l'exigeaient. Nous avons appris par ailleurs que les stratégies d'AC sont très différentes selon que l'on se trouve au niveau communautaire ou universitaire, et que les deux requièrent de l'attention.

Disponibilité des collaborateurs

Dans le monde universitaire, la disponibilité sous-entend la reconnaissance qu'un engagement envers les partenaires communautaires peut se prolonger au-delà du cycle d'un seul projet de recherche et la volonté de partager le contrôle à l'égard de l'interprétation des conclusions et des activités de diffusion avec les partenaires communautaires.

Dans le monde universitaire, la disponibilité sous-entend la volonté de partager le contrôle à l'égard de l'interprétation des conclusions et des activités de diffusion avec les partenaires communautaires.

Le degré de volonté de la communauté à participer pleinement au projet de recherche influe à la fois sur la prise en charge de l'enjeu par la collectivité et sur l'établissement d'un lien de confiance avec les chercheurs universitaires. Dans le cadre de ce projet, le Grand conseil de Prince Albert comptait 13 années d'expérience dans la gestion de ses propres programmes de santé, et l'incitation à mener une recherche est venue du GCPA même.

Développement continu des partenariats

Le développement continu des partenariats et l'engagement des communautés ont représenté l'activité la plus importante dans le cadre de ce projet. À titre de chercheuses, nous avons appris que les activités liées au processus et à la capacité qui réunissent les partenaires aux stades de la proposition doivent se poursuivre tout au long du processus de recherche. Cette composante revêt une importance particulière compte tenu des différences entre les calendriers et les attentes des collaborateurs universitaires et communautaires.

Conclusions et répercussions

Par suite de ce projet, nous avons l'intention d'explorer des activités d'AC avec des collaborateurs universitaires et communautaires pendant l'élaboration de propositions ainsi qu'à tous les stades du processus de recherche et ce, pour une variété de projets communautaires — dont le premier est un prolongement de celui-ci. La planification d'activités d'AC, qui comporte notamment la prise en compte des facteurs liés au renforcement des capacités et des activités au stade de l'élaboration de la proposition, peut exiger quelques approches novatrices pour obtenir des fonds. Nous voyons toutefois un nombre croissant de possibilités de financement pour l'élaboration de propositions qui exigent une stratégie bien planifiée, intégrant le genre d'activités qui, dans le passé, commençaient seulement après l'autorisation du financement du projet.

MANITOBA FIRST NATIONS CENTRE FOR ABORIGINAL HEALTH RESEARCH : APPLICATION DES CONNAISSANCES AVEC LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Brenda Elias, Ph.D., *Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research*, Université du Manitoba
John O'Neil, Ph.D., département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba

L'application des connaissances (AC) au Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research est issue de plusieurs initiatives de recherche sur la santé des populations menées en partenariat avec des peuples autochtones du Canada. Une première collaboration, dans le cadre d'une enquête régionale sur la santé, a jeté les bases d'un partage de la direction, du pouvoir et du processus décisionnel, et a mené à la création d'un programme pour renforcer la capacité des planificateurs des services de santé des Premières nations par la familiarisation avec les outils et les compétences des chercheurs en santé. Depuis, les liens établis entre les chercheurs en santé et les planificateurs des services de santé des Premières nations ont favorisé l'intégration d'un processus décisionnel fondé sur l'expérience clinique dans nombre de communautés des Premières nations.

Contexte

Au *Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research* (MFN-CAHR), l'application des connaissances repose sur l'échange, la synthèse et la juste application des connaissances dans un ensemble complexe d'échanges entre les autorités sanitaires, les groupes autochtones, les chercheurs, les décideurs, les responsables de l'élaboration des programmes et les fournisseurs de services de santé. L'engagement du MFN-CAHR à l'égard de l'application des connaissances reflète les nombreuses initiatives de recherche sur la santé des populations menées en association avec les peuples autochtones du Canada.

À travers l'histoire, les planificateurs et les fournisseurs de services de santé des Premières nations n'avaient pas accès à des renseignements fiables sur la santé fondés sur les meilleures recherches disponibles. Presque toute l'information sur la santé était concentrée dans les universités et les gouvernements et restait inaccessible aux Premières nations. Au milieu des années 1990, le MFN-CAHR et l'Assemblée des chefs du Manitoba ont fondé un partenariat de recherche afin de mettre en œuvre le volet provincial de la première enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations, menée sur l'ensemble du territoire canadien.

De ce sondage est issu un produit clé pour l'AC, le *First Nations Applied Population Health Research Summer Institute*; l'institut est chargé de présenter différentes méthodes de recherche sur la santé des populations aux gestionnaires et aux fournisseurs de services de santé des Premières nations. Ensemble, ces initiatives ont fait progresser la recherche et ont permis de créer des réseaux d'AC pour aplanir les disparités au chapitre de la santé entre les communautés des Premières nations du Manitoba.

L'initiative d'AC

Le partenariat formé pour mener l'enquête régionale sur la santé a jeté les bases d'un partage de la direction, du pouvoir et du processus décisionnel entre le moment de la conception et celui de l'AC. Le sondage a été lancé avec succès et a enregistré un taux de réponse élevé.

À l'étape de la diffusion de l'enquête, le MFN-CAHR et l'Assemblée des chefs du Manitoba se sont rendu compte qu'il serait très avantageux pour les gestionnaires et les fournisseurs de soins de santé des Premières nations d'avoir la possibilité de traiter directement les données de l'enquête afin de répondre aux questions de leurs zones tribales et communautés. Le financement a été versé par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) de Santé Canada, et le MFN-CAHR et l'Assemblée des chefs du Manitoba ont mis à la disposition des planificateurs des services de santé des Premières nations le *First Nations Applied Population Health Research Summer Institute* pendant une semaine chaque été au cours des trois années qu'a duré l'enquête. Le rôle de l'institut consistait à consolider une capacité réceptrice chez les planificateurs des services de santé des Premières nations en les familiarisant avec les outils et les compétences des chercheurs en santé. De plus, l'institut a tenté d'accroître l'intérêt des Premières nations face à l'utilisation qu'elles pourraient faire des conclusions de l'enquête en modélisant le processus de réponse à des questions complexes sur la politique en matière de santé par l'intermédiaire d'un processus d'analyse des données. Par exemple, on a demandé aux participants de formuler des questions auxquelles leurs communautés souhaiteraient obtenir des réponses (p. ex., au sein de la communauté, qui est le plus susceptible d'être atteint de diabète?), après quoi on a analysé en atelier les données tirées de l'enquête et celles du gouvernement provincial en vue de répondre à ces questions.

À présent, le MFN-CAHR, ses partenaires et chercheurs affiliés participent à diverses activités de recherche axées sur les besoins des communautés autochtones. La recherche touche désormais aux quatre volets des IRSC (biomédical, clinique, systèmes et services de santé ainsi que santé publique et des populations) et reflète une étroite collaboration entre les communautés autochtones du Manitoba, du Canada, de l'Amérique du Nord et à l'échelle internationale. Parmi les projets particuliers financés par les IRSC, on trouve des études biomédicales et cliniques sur le diabète, l'ostéoporose, la polyarthrite rhumatoïde et l'asthme, des études sur les systèmes de santé axées sur la gouvernance dans les services communautaires, ainsi que des enquêtes étendues sur les déterminants sociaux du bien-être d'une communauté, dont des études sur le capital social, la continuité culturelle et la résilience de la main-d'œuvre autochtone. Des Autochtones participent à toutes ces études, depuis la planification et la conception jusqu'à la mise en œuvre et à la diffusion des conclusions.

Les utilisateurs doivent exercer une certaine maîtrise ou mainmise sur le processus de recherche pour que les conclusions leur paraissent pertinentes et utiles.

Notre modèle d'AC repose sur le principe selon lequel les utilisateurs doivent non seulement participer à la recherche dès le début, mais également exercer une certaine maîtrise ou mainmise sur le processus de recherche pour que les conclusions leur paraissent pertinentes et utiles. Nous convions des groupes autochtones, des décideurs publics, des responsables de l'élaboration des programmes et des fournisseurs de services rattachés à diverses autorités, disciplines et sphères de recherche en matière de santé à une série d'ateliers et de rencontres visant à orienter le processus de recherche et à garantir que les utilisateurs éventuels connaissent bien les résultats des recherches et leur pertinence pour la politique sur la santé.

Résultats de l'expérience d'AC

Ces initiatives ont permis de tisser de nouveaux liens sociaux entre les chercheurs universitaires et les planificateurs des services de santé des Premières nations, et ont créé une possibilité d'intégrer un processus décisionnel reposant sur des preuves au sein des communautés des Premières nations. Au Manitoba, bon nombre de planificateurs des services de santé des Premières nations considèrent désormais que la recherche sur la santé de la population est un élément important de leurs structures de gouvernance de la santé et collaborent au sein de réseaux chargés d'aplanir les disparités en matière de santé entre les communautés des Premières nations.

Ces initiatives ont également favorisé l'élaboration de systèmes d'information sur la santé. Les autorités des Premières nations ont déterminé qu'il était prioritaire de créer des bases de données à partir des enquêtes sur la santé et des données provinciales sur l'utilisation des services de santé; elles reconnaissent ainsi qu'il importe de réunir des preuves qui serviront aux différents ordres de gouvernement. Auparavant, cette initiative n'avait d'importance qu'aux yeux des chercheurs universitaires, mais, à présent, l'élan vient principalement des Premières nations.

L'heureuse issue du partenariat entre le MFN-CAHR et l'Assemblée des chefs du Manitoba a mené à l'aménagement d'un nouvel espace de recherche à l'Université du Manitoba, financé par la Fondation canadienne pour l'innovation et une subvention des Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé provenant de l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC. Ces deux subventions illustrent bien que la recherche doit être structurée autour d'un partenariat entre le milieu universitaire et la communauté, et que l'AC doit être un volet important de toutes les activités de recherche. Elles valorisent également le renforcement des capacités en apportant aux peuples autochtones un espace et des ressources destinés à la recherche sur la santé.

Ce nouvel espace de recherche et un groupe de chercheurs dévoués ont favorisé la création de nouveaux réseaux de recherche, dont plusieurs se sont tournés vers les IRSC afin de pouvoir entreprendre des études au cœur desquelles s'inscrit l'AC. Les nouveaux chercheurs ont désormais accès à l'expertise requise pour établir des études de recherche réussies avec les communautés autochtones.

Enseignements tirés

Assez ironiquement, la réussite de nos activités d'AC a créé une situation où les demandes de chercheurs qui désirent participer au processus de planification et d'élaboration d'une politique pour les Premières nations ont dépassé la capacité de réponse des chercheurs du MFN-CAHR. Les autorités des Premières nations au Manitoba doivent sans cesse produire des renseignements afin de soutenir leurs demandes en ressources de santé auprès des gouvernements fédéral et provincial. On souhaite maintenant que les ressources du MFN-CAHR puissent être déployées afin de répondre à quelques-unes de ces questions, mais la relation a été compromise par la réalité des demandes conflictuelles que vivent les chercheurs universitaires.

Plus important encore, l'AC est une activité qu'on finance toujours en marge des subventions de recherche. Aucun organisme n'alloue au MFN-CAHR une enveloppe pour soutenir les activités d'application des connaissances. Les subventions de recherche des IRSC et d'autres bailleurs de fonds reconnaissent la nécessité de l'AC, mais le temps et l'argent requis sont rarement alloués. Les chercheurs, en particulier au sein d'une jeune organisation, sont également attentifs aux réalités d'une carrière universitaire qui continue de récompenser le progrès scolaire traditionnel plus que les activités axées sur la collectivité.

La prise en charge et le contrôle des données issues de la recherche font également l'objet de disputes. Les Premières nations du Canada ont établi un ensemble de principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession des données issues de la recherche) qu'elles veulent voir régir les rapports entre les chercheurs et les communautés et autorités des Premières nations. Le MFN-CAHR a joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ces principes vers la fin des années 1990 alors qu'il fallait mettre en place l'enquête régionale sur la santé. Des principes semblables étaient inclus dans les premiers contrats de recherche conclus entre le MFN-CAHR et l'Assemblée des chefs du Manitoba, posant ainsi les bases d'une relation de confiance.

Les subventions de recherche des IRSC et d'autres bailleurs de fonds reconnaissent la nécessité de l'AC, mais le temps et l'argent requis sont rarement alloués.

Parvenir à une entente fondée sur les principes PCAP peut toutefois entraver la recherche et les activités d'AC. En particulier, la « propriété » des bases de données produites par les gardiens fédéraux ou provinciaux est problématique en raison de la législation sur la confidentialité et la protection des renseignements personnels. Les données produites par les chercheurs doivent être protégées au nom de la vie privée des participants à la recherche. Un équilibre est nécessaire afin d'éviter que l'un des partenaires ne procède par exclusion, ce qui pourrait engendrer de la méfiance, un manque de participation et des conflits. Les principes du respect mutuel, de la protection des renseignements personnels et de la confidentialité au niveau de la personne et du sous-groupe, et les mécanismes de résolution des conflits doivent donc faire partie intégrante des accords de recherche. Notre expérience donne à penser que, lorsqu'une organisation telle que le MFN-CAHR jouit de la confiance de tous ses partenaires à titre de gardienne des données, les enjeux autour des PCAP sont relégués à l'arrière-plan. Toutefois, lorsque la capacité de mener des activités continues d'AC se trouve limitée, cette confiance peut être affaiblie.

Conclusions et répercussions

Une initiative d'AC réussie, menée en marge des subventions de recherche, doit être célébrée, ce qui, cependant, ne garantit en rien sa durabilité.

L'AC exige beaucoup de temps et de ressources; les chercheurs et les partenaires doivent donc comprendre les possibilités et les limites inhérentes à ce type d'activité. Il faut de plus que les chercheurs bénéficient d'un soutien adéquat aux chapitres du financement et des systèmes de récompense à l'université et avec les partenaires. Qui plus est, les partenaires communautaires ont besoin de ressources pour s'engager efficacement dans le processus d'AC. Une initiative d'AC réussie, menée en marge des subventions de recherche, doit être célébrée, ce qui, cependant, ne garantit en rien sa durabilité et peut même compromettre le caractère fondamental du partenariat si les attentes l'emportent sur la capacité.



APPLICATION DES CONNAISSANCES AU SEIN D'UNE COMMUNAUTÉ INUITE ÉTABLIE EN MILIEU URBAIN

D^{re} Janet Smylie, *Indigenous Peoples' Health Research Centre*

Kelly McShane, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa
Centre de ressources pour la famille Tungasuvvingat Inuit

Dans le cadre d'une initiative d'application des connaissances (AC) issue d'un partenariat de recherche réunissant des chercheurs et une communauté inuite de la région d'Ottawa, des intervenants de la communauté ont participé à la planification et à la mise en œuvre d'une intervention personnalisée en enseignement des soins prénataux. Par le truchement d'un cadre d'AC adapté à la communauté et axé sur le renforcement des capacités, le partenariat visait à recenser les sources d'information sur la santé et les modes de diffusion les plus appropriés; c'est ainsi qu'est né un cédérom interactif fidèle aux traditions inuites en matière d'apprentissage et aux systèmes de connaissances locaux. La réussite de cette initiative s'est traduite par un engagement à poursuivre le partenariat.

Contexte

Pour qu'elles portent fruit, les activités d'AC doivent tenir compte de différences culturelles d'importance qui séparent les chercheurs des utilisateurs, notamment des points de vue opposés sur la définition d'une connaissance. Les modèles autochtones d'AC sont pourtant rares au Canada. Les chercheurs autochtones soutiennent que les programmes et services de santé imposés sont souvent mal compris ou rejetés par les communautés autochtones parce que les structures de connaissances biomédicales ne cadrent pas avec les notions locales de santé et de maladie ni avec les mécanismes de partage des connaissances au sein de la communauté^{1,2}.

L'AC dans les communautés autochtones doit donc se fonder sur une compréhension du contexte culturel. D'autres affirment qu'avant d'élaborer des programmes de partage des connaissances, il faut comprendre le groupe d'utilisateurs, l'enjeu, la recherche, le rapport à l'AC et les stratégies de diffusion³. Nous irions même plus loin en reconnaissant que le groupe d'utilisateurs est la meilleure source d'information sur le contexte culturel et qu'il faut travailler en association avec lui afin d'appuyer son leadership et sa participation au processus d'AC.

Notre équipe de recherche a pour principal mandat de concevoir des modèles d'AC et de les mettre à l'essai en association avec des communautés autochtones. Chez les Inuits, les taux de mortalité infantile et de naissance prématurée sont très élevés comparativement à ce que l'on observe pour les autres populations du Canada. Reconnaisant un problème d'accès à l'information sur la santé prénatale au sein de la communauté inuite d'Ottawa, nous avons élaboré une initiative d'AC. Les partenaires de cette initiative financée par les IRSC comprenaient le Centre de ressources pour la famille Tungasuvvingat Inuit (situé à Ottawa), l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa, l'Organisation nationale de la santé autochtone et la Fondation autochtone de guérison.

L'initiative d'AC

Il est ressorti des premières discussions entre la communauté et les chercheurs que les programmes habituels d'enseignement des soins prénataux n'apportaient pas les renseignements utiles aux futures mères inuites et à leur conjoint et n'étaient pas présentés sous une forme adaptée à leur culture. Nos objectifs consistaient donc à déterminer et à décrire les systèmes locaux de diffusion et d'utilisation d'information sur la santé dans la communauté inuite d'Ottawa, ainsi qu'à produire et à éprouver un outil d'enseignement prénatal adapté.

Tablant sur une relation établie au fil de sept années passées à titre de fournisseuse principale de services de santé à de nombreux membres de la communauté, la chercheuse principale, D^{re} Janet Smylie, a créé un partenariat de recherche. Au cours des deux années suivantes, un accord de recherche a été négocié avec la communauté; on a mis sur pied des groupes de discussion, conduit des entrevues avec des informateurs clés et examiné les outils existants d'enseignement en soins prénataux; enfin, un système d'information sur la santé spécifique à la communauté a été élaboré.

Au cours de la première étape du projet, les membres de la communauté et les chercheurs ont documenté les systèmes de connaissances existants et défini un cadre d'application adapté à la communauté. Les membres de la communauté ont précisé leurs styles d'apprentissage et leurs préférences quant aux sources et aux modes d'information sur la santé, et les chercheurs ont collaboré avec eux pour créer un modèle d'AC conforme à ces exigences.

La deuxième étape du projet s'appuyait sur l'élaboration et l'évaluation d'un cédérom interactif, dont on a dit qu'il était le meilleur moyen de communiquer de l'information sur la santé en l'absence d'Aînés offrant un enseignement direct. Ce cédérom met en scène une Aînée inuite qui livre son enseignement sur les soins prénataux en inuktitut.

Nous avons inclus une importante composante d'évaluation afin de déterminer quelles caractéristiques du processus d'AC étaient les plus importantes pour les membres de la communauté. Nous avons également prévu une évaluation des répercussions du projet sur l'utilisation et la diffusion de l'information sur la santé par les principaux intervenants, ainsi qu'une évaluation du partenariat de recherche entre la communauté et les universitaires.

Résultats de l'expérience d'AC

Le modèle d'AC propre à la communauté que nous avons élaboré paraît dissemblable aux cadres d'AC que connaissent les IRSC^{4,5}. Au sein de cette communauté très cohésive, nous nous sommes aperçus que les réseaux officieux de la famille et de la communauté constituent la plus importante source d'information sur la santé et les meilleurs modes de diffusion de l'information. De plus, on préférerait de toute évidence l'information sur la santé propre aux Inuits, en particulier celle reçue des Aînés.

Les obstacles à une AC efficace incluaient un contact moindre avec les Aînés dans le milieu urbain, le manque d'interprètes culturels et la pénurie d'outils éducatifs dans les formes de communication préférées (orale et/ou visuelle). La communauté a mentionné que la plupart des Aînés habitaient dans le Nord et qu'ils étaient peu nombreux dans la région d'Ottawa. Pour pallier cette situation, nous avons conçu un cédérom interactif dont le contenu correspond aux traditions orales et d'enseignement visuel bien ancrées chez les Inuits. Pour respecter les systèmes de connaissances locaux, on a demandé à une Aînée de la communauté de préparer et de livrer le message.

L'importance que nous avons donnée au renforcement des capacités, tant chez les chercheurs que dans la communauté, a également produit de bons résultats. Les membres de la communauté ont participé tout au long du processus de recherche, y compris à l'élaboration de l'accord de recherche communautaire, à la collecte et à l'analyse des données, à la mise au point du cédérom et à la diffusion écrite et orale des résultats. Ils ont ainsi acquis une vision et une compréhension plus justes de l'AC et de la recherche sur la santé en général. De leur côté, les chercheurs ont développé leurs compétences de recherche et appris à connaître la communauté inuite d'Ottawa, la culture inuite, l'inuktitut et les connaissances traditionnelles des Inuits en matière de santé.

De plus, deux représentants de la communauté ont été embauchés à titre de membres de l'équipe de recherche et ont acquis de précieuses connaissances sur l'élaboration de questionnaires, la traduction et l'interprétation, la collecte et l'analyse de données et la diffusion des résultats. Nous avons comme objectif premier que ces

représentants de la communauté participent à la présentation des conclusions de la recherche dans le cadre de conférences; leur présence contribue non seulement au renforcement des capacités au sein de la communauté, mais ajoute également à la crédibilité de nos travaux.

D'après les analyses préliminaires, le cédérom est très bien reçu par la communauté. Les Inuits apprécient particulièrement le fait que le message est livré en inuktitut et que l'outil a été mis au point par leur communauté. Jusqu'ici, l'évaluation du partenariat entre la communauté et les universitaires a démontré l'implication positive de la communauté dans le processus de recherche et la mise en place d'un partenariat respectueux. Ce partenariat est doublé d'un engagement en faveur de la durabilité et du respect des objectifs à long terme de la communauté en ce qui a trait aux services de santé. L'engagement continu de tous les partenaires de ce projet, notamment pour la préparation de propositions de financement additionnelles tant pour la recherche que pour l'infrastructure des soins de santé, apporte d'autres preuves de la réussite de ce partenariat.

Enseignements tirés

Notre expérience a été entièrement positive, mais non sans quelques défis. Il va sans dire qu'une relation grandit avec le temps et exige l'engagement de toutes les parties. Nous nous sommes aperçues que la négociation de l'accord de recherche communautaire a été un bon moyen d'établir un partenariat entre les universitaires et la communauté, car elle a comporté une définition précise des attentes, des ressources à engager et des protocoles concernant la propriété, le contrôle, l'accès, la possession et la diffusion de l'information. L'élément le plus précieux du processus a été la relation forgée entre les chercheurs universitaires et les membres de la communauté.

Nous avons structuré cette relation de manière à en faire un processus d'échange réciproque de connaissances et, pour qu'elle porte fruit, il a fallu tabler sur une patience constante, un respect mutuel, une diligence exemplaire et une communication sans ambiguïté. Par moments, il a fallu freiner ou accélérer le processus afin de répondre aux besoins de la communauté ou des chercheurs, et des discussions ont été tenues de façon régulière afin de négocier les détails. Une communication franche, fréquente et honnête a fait naître une relation de confiance et favorisé l'adoption de stratégies communes pour la résolution de problèmes.

Nous avons découvert qu'il y avait des tensions entre les mécanismes traditionnels de subventions à la recherche et les besoins de la communauté. Par exemple, nous avons éprouvé des difficultés lorsque nous avons tenté d'obtenir pour des membres de la communauté un statut d'adjoint à la recherche salarié; quelques-uns des organismes subventionnaires ne connaissaient pas cette pratique. Il a été difficile de trouver des solutions acceptables à la fois pour les membres de la communauté et les représentants de l'université; il a fallu y mettre temps et effort, et chaque partie a dû montrer sa volonté de négocier. Nul doute que les démarches liées au développement communautaire et à la recherche sur la santé nous réservent d'autres difficultés et qu'elles transformeront encore les protocoles et les politiques du monde universitaire au chapitre de la recherche.

Une autre tension est née lorsqu'il a fallu intégrer notre recherche sur l'AC aux programmes de première ligne dans la communauté. Les besoins et les calendriers propres à la recherche ne cadraient pas toujours avec les exigences professionnelles des employés inuits. Les employés de première ligne ressentaient une pression à instaurer le programme de recherche en même temps qu'ils sentaient qu'on espérait le maintien des services existants. Nous avons dû nous efforcer de trouver un équilibre entre les besoins de la recherche et les besoins courants en services.

Nul doute que les démarches liées au développement communautaire et à la recherche sur la santé nous réservent d'autres difficultés et qu'elles transformeront encore les protocoles et les politiques du monde universitaire au chapitre de la recherche.

Conclusions et répercussions

Ce projet s'inscrit à l'intérieur d'une étude plus vaste que financent les IRSC sur l'AC dans les milieux communautaires autochtones et qui compte des schèmes documentés d'utilisation et de diffusion d'information sur la santé dans trois communautés autochtones de l'Ontario — la communauté inuite d'Ottawa et deux autres. Bien que les trois communautés aient plusieurs thèmes en commun, chacune comporte des facteurs contextuels uniques qui influent sur la diffusion et l'utilisation de l'information sur la santé. Les consultations menées auprès des communautés ont produit des données distinctes à propos des sources et des stratégies de diffusion des renseignements sur la santé, des processus décisionnels, des concepts de la santé propres à une région, des services et programmes locaux en matière de santé, des structures communautaires et des mécanismes d'échange avec les systèmes extérieurs à la communauté.

La compréhension des processus locaux de création, de diffusion et d'utilisation des connaissances est un préalable nécessaire à une application réussie des connaissances en milieu autochtone.

Ces conclusions confirment que la compréhension des processus locaux de création, de diffusion et d'utilisation des connaissances est un préalable nécessaire à une application réussie des connaissances en milieu autochtone. Elles remettent également en question les stratégies fédérales existantes en promotion de la santé, lesquelles s'appuient sur des outils écrits de promotion de la santé qui s'adressent à l'ensemble des Autochtones par l'entremise de programmes fédéraux cloisonnés. Elles donnent de plus à penser qu'une compréhension formative des systèmes de connaissances des différentes communautés peut grandement contribuer à la promotion de la santé, en particulier dans un contexte interculturel.

Cette collaboration de chercheurs universitaires et de membres de la communauté à un projet d'AC a amené les principaux intervenants en santé communautaire chez les Inuits à planifier et à mettre en œuvre une intervention personnalisée en santé publique dans un secteur de priorité établi par les Inuits eux-mêmes. Les projets pilotes d'AC en place dans les deux autres communautés connaissent un succès semblable, ce qui donne à penser que ce genre de partenariat constitue peut-être un moyen plus efficace d'engager les membres des communautés autochtones dans les activités d'AC.

Références

1. Battiste, M. et J. S. Youngblood Henderson. 2000. *Protecting Indigenous knowledge and heritage: A global challenge*. Saskatoon, Saskatchewan, Purich Publishing.
2. Castellano, M. B. 2000. *Updating Aboriginal traditions of knowledge*. In *Indigenous knowledges in global contexts: Multiple readings of our world*, dir. G. J. Sefa Dei, B. L. Hall et D. Rosenberg, 21-36. Toronto (Ontario), University of Toronto Press.
3. Jacobson, N., D. Butterill et P. Goering. 2003. Development of a framework for knowledge translation: Understanding user context. *J Health Serv Res Policy* 8:94-9.
4. Smylie, J., C. M. Martin, N. Kaplan-Myrth, C. Tait, L. Steele et W. Hogg. 2004. Knowledge translation and indigenous knowledge. *Int J Circumpolar Health* 63 (Suppl. n° 2):139-43.
5. Instituts de recherche en santé du Canada. Aperçu de l'application des connaissances. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/28910.html>.



SANTÉ DES ENFANTS ET
DES ADOLESCENTS

APPLICATION DES CONNAISSANCES DANS LA COMMUNAUTÉ : *THE EARLY CHILD DEVELOPMENT MAPPING PROJECT*

Janet N. Mort, candidate au doctorat, Université de Victoria

Le Early Child Development Mapping Project (projet de schématisation du développement du jeune enfant — projet ECD) consiste en une évaluation du développement des enfants d'âge préscolaire qui est menée dans toute la Colombie-Britannique. Les conclusions de cette évaluation, qui s'intéresse au développement physique, social, émotionnel, cognitif et langagier, sont schématisées par quartier et transmises aux différentes communautés. Des centaines de projets communautaires axés sur la famille et la petite enfance en sont issus. On attribue la réussite de l'application des connaissances tirées de ce projet à l'engagement personnel des chercheurs envers la cause et à l'implication précoce de la communauté, à la présentation des conclusions de la recherche d'une manière qui favorise leur mise en application dans la communauté ainsi qu'à la création de réseaux provinciaux destinés à mettre en valeur et à communiquer l'utilisation des fruits de cette recherche.

Contexte

Les éducateurs en place dans les maternelles de la Colombie-Britannique savent que jusqu'à 25 p. 100 des enfants se présentent le premier jour de classe avec des lacunes fondamentales dans leur développement cognitif, langagier, social, physique et affectif. Les expériences des six premières années de l'enfance ont une incidence profonde sur l'apprentissage, le comportement, la santé et le bien-être à long terme d'une personne.

Depuis 2000, sous la direction du Dr Clyde Hertzman du *Human Early Learning Partnership* (HELP)*, à l'Université de la Colombie-Britannique, le projet ECD a effectué une évaluation du développement des enfants d'âge préscolaire dans l'ensemble de la Colombie-Britannique en s'appuyant sur un indicateur du développement des jeunes enfants (EDI), un questionnaire auquel ont répondu les éducateurs pour chaque enfant présent dans leur classe. L'EDI évalue le degré de développement d'un enfant aux chapitres de la santé et du bien-être physiques, des compétences sociales, de la maturité affective, du développement langagier et cognitif, et des aptitudes à communiquer.

Les résultats obtenus sont schématisés pour chaque quartier afin de mieux comprendre le rôle des facteurs communautaires dans le développement des jeunes enfants. Ces résultats sont ensuite transmis aux arrondissements scolaires dans le cadre d'assemblées publiques de façon à ce que chaque école connaisse le degré de préparation de sa population d'âge préscolaire, et aussi pour aider les différentes communautés à évaluer les projets de schématisation du développement du jeune enfant en place chez elles. On organise également dans la plupart des communautés des rencontres de groupes intersectoriels pour que chacun donne une interprétation plus détaillée des résultats.

Les participants à l'initiative sont le groupe HELP, le ministère des Enfants et de la Famille de la Colombie-Britannique, le ministre d'État de la Colombie-Britannique chargé du développement des jeunes enfants, les six grandes universités de la province et les 60 arrondissements scolaires responsables de l'administration de l'instrument auprès des enfants d'âge préscolaire. Le projet bénéficie du soutien et de la participation de la collectivité en Colombie-Britannique, et il a aidé les décideurs, les chercheurs, les fournisseurs de services et les membres de la communauté à observer, à comprendre et à planifier le soutien au développement du jeune enfant.

* On trouve de plus amples renseignements sur le projet HELP sur le site <http://www.earlylearning.ubc.ca>.

À titre d'ancienne directrice d'école, l'intérêt que je porte au projet ECD était empreint de scepticisme au départ face à cette union inhabituelle entre un chercheur médical et des centaines d'éducateurs de maternelle. En quoi ces données pouvaient-elles influencer sur la vie des bambins? Ma recherche, une étude d'impact sur l'EDI, a porté principalement sur ce que les arrondissements scolaires et leurs collectivités faisaient des données et schémas fondés sur l'indicateur, afin de déterminer si les programmes ou les politiques étaient ensuite modifiés pour le mieux. En fait, je souhaitais évaluer l'incidence de ce qui semblait être un modèle communautaire d'application des connaissances (AC).

L'initiative d'AC

Afin d'évaluer le taux de réussite des activités d'AC liées au projet, j'ai interrogé les membres des arrondissements scolaires participants qui avaient supervisé les évaluations des enfants et pris une part active à toutes les étapes du projet de schématisation. Quarante et un arrondissements scolaires ont accepté de participer à l'étude pendant une période de six mois. Des professionnels des milieux des services sociaux et de la santé, du projet de schématisation du jeune enfant et du secteur de l'éducation ont été interviewés.

Mon étude s'articulait autour de quatre grandes questions :

1. Quels processus employait-on pour diffuser les résultats du projet dans la communauté et quelle était la première réaction de celle-ci devant ces résultats?
2. Accordait-on de la valeur au processus, aux données et à la schématisation?
3. Quels enjeux ou problèmes ont été soulevés ou perçus?
4. Quels projets ou initiatives sont issus de l'expérience?

Le rapport consécutif¹ a été publié et présenté à tous les arrondissements scolaires participants, aux députés de l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique et à tous les sous-ministres; il a également été affiché sur le site Web de HELP.

Résultats de l'expérience d'AC

Parmi tous les arrondissements scolaires participants, un seul a jugé que l'EDI n'était plus nécessaire. En revanche, les autres arrondissements souhaitent pour la plupart poursuivre les efforts afin d'améliorer l'outil et d'aller de l'avant avec d'autres projets, par exemple relier les données tirées de l'indicateur du développement des jeunes enfants à d'autres instruments de mesure. Quelques arrondissements ont signalé que, malgré une résistance initiale de la part de quelques éducateurs face à l'indicateur du développement des jeunes enfants, la plupart ont vu dans le processus une validation de leur travail.

Les personnes présentes aux séances d'information communautaires ont été unanimes à dire que la présence du D^f Hertzman a eu un effet considérable. Le D^f Hertzman et les employés de HELP ont au départ visité toutes les régions et la plupart des communautés de la Colombie-Britannique afin de convaincre les enseignants, les administrateurs scolaires et les représentants de la communauté de l'importance de cette initiative, et ils y sont ensuite retournés afin de présenter et d'expliquer les résultats du projet. Presque tous les intéressés ont vanté l'importance de l'apport du D^f Hertzman, de ses connaissances, de sa passion et de son engagement à l'égard du projet sur l'EDI.

Les sujets interrogés ont apprécié l'expérience pour différentes raisons. Pour certains, les données ont permis une première rencontre des représentants intersectoriels au cours de laquelle ils ont discuté des enjeux et sujets d'intérêt communs et commencé à planifier un plan d'action. Pour quelques arrondissements, c'était la première fois qu'on leur présentait des données de référence justifiant leur implication dans le programme préscolaire, et ils se sont

servis des résultats pour réaffecter des crédits en fonction des besoins dans leurs écoles. Les éducateurs de maternelle ont particulièrement apprécié le congé pour activités professionnelles que leur a offert HELP aux fins de l'évaluation ainsi que les renseignements supplémentaires obtenus sur le développement des enfants sous leur responsabilité.

Un enjeu récurrent touchait à la complexité des schémas et aux complications nées du chevauchement des limites des zones scolaires et communautaires. Quelques arrondissements doutaient de la crédibilité de l'outil d'évaluation et, il s'ensuit, des données et de leur interprétation. Les arrondissements scolaires ont exprimé leur frustration face au fait que, même si les données les avaient sensibilisés aux enjeux, ils n'avaient toujours pas les moyens d'organiser une intervention en raison d'un financement insuffisant et d'un mandat limitant leur responsabilité aux enfants âgés de cinq à 18 ans.

Le plus important résultat du projet a été la fusion et le renforcement des coalitions communautaires intersectorielles qui se sont servies des données tirées de la schématisation pour élaborer des plans d'action et des services communautaires dans les régions géographiques où les besoins étaient les plus criants. Il en a résulté des centaines de nouveaux projets communautaires pour la famille et la petite enfance axés sur le renforcement du capital social et de la capacité familiale. On compte entre autres des programmes de formation au rôle de parent et des centres de ressources, des centres intersectoriels établis selon l'emplacement des écoles, des programmes de dépistage des troubles de l'ouïe, de la vue et des problèmes dentaires, des programmes de développement social, des études sur la nutrition, des maternelles de journée complète, des programmes spécialement destinés aux enfants autochtones d'âge préscolaire, des accords de réciprocité entre les Premières nations, la relocalisation de services récréatifs, des coordonnateurs communautaires en milieu préscolaire, des programmes d'intervention en alphabétisation, des projets d'alphabétisation en milieu familial et diverses formes de nouveaux réseaux de la petite enfance.

Il en a résulté des centaines de nouveaux projets communautaires pour la famille et la petite enfance axés sur le renforcement du capital social et de la capacité familiale.

Enseignements tirés

De quelle manière engage-t-on une province entière dans un projet de changement fondamental fondé sur une recherche guidée par les données? Comment rallier autour d'un objectif commun des professionnels aux mandats différents? Comment inspirer un changement à l'échelle locale?

Le projet ECD a incité les communautés de toutes les régions de la province à réaliser un changement au profit des jeunes enfants et leur a donné au moins trois leçons enrichissantes :

1. La passion du chercheur pour l'objet de son travail et les conclusions de sa recherche doivent être communiquées en personne, au moyen de messages percutants, à ceux qui partagent une même passion pour la cause commune.

Les chercheurs, c.-à-d. le D^r Hertzman et les employés de HELP, ont joué un rôle déterminant dans la réussite de l'application des connaissances liées à ce projet. Les chercheurs ont su convaincre les communautés de participer au projet et ont prouvé la valeur de leur initiative en retournant présenter les données issues de la recherche dans le cadre d'assemblées publiques, à l'aide de schémas visuels frappants pour chaque communauté. On a pu déterminer par la suite que la réussite du projet tenait principalement à cette démonstration d'engagement personnel.

2. Si les conclusions de la recherche sont présentées de manière convaincante aux principaux dirigeants de la communauté, avec engagement et responsabilité envers la cause, la communauté sera plus susceptible d'assumer la mise en œuvre des changements.

Un soutien extérieur, sous forme de données de référence et de cartes, a incité les dirigeants locaux à former et/ou à

consolider des coalitions intersectorielles pour planifier le partage des ressources et l'amélioration des services. Très souvent, ces dirigeants se proposaient eux-mêmes et provenaient de l'un des organismes participants. Les coalitions intersectorielles sont devenues des forces vives au sein des communautés britanno-colombiennes et ont instauré des centaines de projets à partir des données issues du projet ECD.

3. Des réseaux provinciaux doivent être mis sur pied afin de mettre en valeur et de communiquer des modèles inspirants qui contribueront à maintenir la lancée.

La création de réseaux provinciaux a renforcé la planification de l'action communautaire. Les organismes gouvernementaux préexistants ont modifié leurs programmes dans le but de soutenir les coalitions intersectorielles (et dans certains cas, ils y ont été fortement incités). Nous assistons à la naissance de nouveaux réseaux provinciaux et de nouveaux couplages entre anciens réseaux dans le but d'appuyer les coalitions sous la forme d'exposés à des conférences régionales, de bulletins, de rencontres en milieu universitaire* et d'un nouveau site Web pour HELP† conçu précisément pour soutenir les coalitions intersectorielles. Chaque réseau trouve son origine dans le projet de schématisation du développement du jeune enfant.

Conclusions et répercussions

Bon nombre d'initiatives novatrices continuent de se déployer dans les communautés de la Colombie-Britannique au nom des jeunes enfants. Inspirés par la recherche qui se poursuit en santé, menés par les coalitions intersectorielles et renforcés par les ressources communautaires, ces changements annoncent un avenir prometteur à nos plus jeunes apprenants. Tandis que le projet ECD continue de produire des données longitudinales et de parrainer d'autres recherches sur le développement du jeune enfant, la responsabilité de la mise en œuvre a été transférée du gouvernement aux communautés. Le développement collectif et l'utilisation pratique de la recherche sur la santé publique et des populations ont donné lieu à de puissantes stratégies qui visent tous les enfants en bas âge. Voilà un bel exemple d'AC!

Références

- ¹. Mort, J. N. 2004. The EDI (Early Development Instrument) Impact Study. *Human Early Learning Partnership*. http://www.earlylearning.ubc.ca/pub_map.htm.

* Par suite de la publication de l'étude d'impact sur l'EDI, l'Université de Victoria a parrainé un colloque, avec la participation financière du projet HELP, où les parties ont discuté des nombreuses initiatives élaborées dans les différentes communautés de la province.

† De plus amples renseignements sont accessibles sur le site <http://ecdportal.help.ubc.ca>.

ÉLABORATION CONJOINTE DE POLITIQUES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Nazeem Muhajarine, *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, Université de la Saskatchewan
Thomas McIntosh, *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, Université de la Saskatchewan
Ronald Labonte*, *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, Université de la Saskatchewan
Bryan Klatt, Université de Regina
Lan Vu, Université de la Saskatchewan
Fleur Macqueen Smith, *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*, Université de la Saskatchewan

En Saskatchewan, plusieurs conclusions complexes sont ressorties d'un projet de recherche sur l'incidence que la situation économique familiale peut avoir sur le développement du jeune enfant. Au lieu d'émettre des hypothèses sur les répercussions, les chercheurs ont convié à une table ronde des décideurs et des membres du personnel du programme pour formuler des recommandations en matière de politiques. La séance et les activités associées d'application des connaissances (AC) ont suscité un vif intérêt pour le projet de recherche et favorisé une meilleure compréhension de ses résultats. Elles ont de plus ouvert la porte à un dialogue continu entre les décideurs et les chercheurs et pourraient donner lieu à de futures recherches concertées.

Contexte

Nous savons que les enfants qui grandissent dans un milieu non sécuritaire, peu stimulant ou dysfonctionnel — dans leur famille, à leur école ou dans leur quartier — sont plus susceptibles de connaître des difficultés durant l'enfance et à l'âge adulte. Toutefois, nous connaissons moins les répercussions sur la santé des multiples conditions associées à un environnement changeant pendant l'enfance. Dans le cadre de ce projet de recherche financé par l'Initiative sur la santé de la population canadienne, nous avons cherché à comprendre le concept apparemment intuitif selon lequel le milieu familial et social favoriserait ou freinerait le développement des enfants durant les premières années de vie.

Au lieu d'émettre des hypothèses sur les répercussions d'ordre politique et pratique de nos conclusions, nous avons identifié un groupe de décideurs œuvrant dans le domaine du développement de la petite enfance et nous les avons rencontrés afin de discuter de recommandations aux fins de l'élaboration de politiques.

Nous nous sommes penchés sur l'incidence des conditions économiques familiales sur la santé des enfants, de la naissance à l'âge de huit ans, en nous appuyant sur le bassin de tous les enfants uniques nés à Saskatoon et à Regina entre 1992 et 1995 (soit un total de 17 544 enfants). Nos recherches ont principalement porté sur la santé à long terme des enfants vivant dans une famille à faible revenu, mais nous nous sommes également intéressés à la manière dont les facteurs liés à la famille et au quartier contribuaient à des résultats néfastes sur la naissance et la santé.

L'étude sur la cohorte de naissance a produit un grand nombre de conclusions complexes qu'il est difficile de rendre par des phrases simples. Au lieu d'émettre des hypothèses sur les répercussions d'ordre politique et pratique de nos conclusions, nous avons identifié un groupe de décideurs œuvrant dans le domaine du développement de la petite enfance et nous les avons rencontrés afin de discuter de recommandations aux fins de l'élaboration de politiques.

* Maintenant à l'Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa.

L'initiative d'AC

Nos objectifs en matière d'AC étaient de brosser, à l'intention des décideurs, un tableau plus complet du développement de la petite enfance en Saskatchewan, d'amorcer un processus visant à employer les conclusions de la recherche afin d'évaluer l'efficacité d'interventions stratégiques particulières (p. ex., en mettant en évidence des régions ou des quartiers peut-être mal desservis par certains programmes), et d'ouvrir la porte à un dialogue continu entre les décideurs et les chercheurs de la Saskatchewan dans ce domaine.

Afin de donner une représentation fidèle du développement de la petite enfance en Saskatchewan, nous avons d'abord effectué une analyse du contexte politique en Saskatchewan et au Canada.

Nous nous sommes ensuite réunis en compagnie d'un groupe de vingt-cinq décideurs du gouvernement provincial et de représentants d'organismes communautaires établis en Saskatchewan et au Canada. Parmi les participants, on trouvait des membres du personnel chargé de l'élaboration des politiques des ministères de la Santé, de l'Apprentissage et des Ressources communautaires et de l'Emploi (anciennement les Services sociaux), des responsables de la prestation de programmes comme *KidsFirst* (programme d'intervention précoce en Saskatchewan qui cible les familles et les régions à haut risque), des personnes participant à des initiatives de recherche communautaires et des chercheurs universitaires.

Nous avons amorcé la discussion avec un survol des conclusions et de quelques résultats clés de l'étude sur la cohorte de naissance. En premier lieu, certaines caractéristiques propres aux quartiers de Saskatoon et Regina semblaient avoir un lien avec des problèmes de santé pour la petite enfance. En deuxième lieu, un besoin en services ciblés se faisait sentir en certains quartiers non desservis par des programmes comme *KidsFirst*. En troisième lieu, le fait de toucher des prestations d'aide sociale de façon intermittente semblait entraîner davantage de conséquences négatives sur la santé des enfants que le fait d'en recevoir pendant de longues périodes. Préalablement à la rencontre, nous avons distribué un résumé de recherche de quatre pages décrivant les questions posées par les auteurs ainsi que leurs principales conclusions. Par la suite, nous avons présenté le paysage politique en nous appuyant sur notre analyse du contexte, après quoi nous avons discuté d'une série de questions que nous avons posées sur la meilleure panoplie de mesures pour les enfants et sur la manière de cibler les services et d'évaluer les programmes.

Nous avons présenté ultérieurement les conclusions de la table ronde et de l'étude sur la cohorte de naissance dans le cadre de l'assemblée annuelle de l'Association canadienne de santé publique, tenue en juin 2004. À l'automne, nous avons produit le rapport intitulé : *Understanding the Policy Landscape of Early Childhood Development in Saskatchewan*¹, qui faisait état autant de l'analyse du contexte que de la table ronde sur l'élaboration de politiques, et l'avons publié en même temps qu'un rapport de recherche détaillé² sur l'étude de la cohorte de naissance. Nous avons remis ces rapports à notre groupe de décideurs, aux sous-ministres délégués des ministères concernés et aux organismes de financement.

Résultats de l'expérience d'AC

La présentation des conclusions de notre recherche lors de la table ronde et par l'entremise d'activités associées nous a permis de réaliser nos objectifs au chapitre de l'application des connaissances. Le personnel chargé de l'élaboration des politiques et des programmes qui a pris part à nos rencontres s'est dit désireux de poursuivre un dialogue continu et plus poussé avec les chercheurs et empressé de se pencher sur l'analyse présentée tant dans l'étude sur la cohorte de naissance que dans notre analyse du contexte politique.

La table ronde a de plus éclairé notre compréhension de quelques-unes des conclusions de notre recherche. Alors que notre analyse du contexte semblait indiquer que les politiques de la Saskatchewan en matière de développement

de la petite enfance sont conçues, financées et exécutées de manière coordonnée, il est apparu que la situation réelle est moins cohésive, que la coordination entre les services est déficiente et que les responsables des programmes communautaires ont peu d'occasions de participer à l'élaboration des politiques.

Un tel manque de cohésion entre l'élaboration des politiques aux échelons supérieurs de gouvernement et la mise en œuvre des programmes au niveau communautaire se traduit par d'importants écarts et recoupements dans les services, en particulier pour les peuples autochtones. Le tout est davantage compliqué par le conflit opposant les gouvernements fédéral et provincial à propos de la responsabilité et du financement des services aux peuples autochtones, en plus du dédoublement des services dans certaines populations ciblées (p. ex., les mères célibataires ayant de jeunes enfants). Dans quelques régions de la province, certains groupes ont accès à de nombreux programmes offerts par des organismes régionaux ou provinciaux, tandis que d'autres groupes identifiables n'y ont qu'un accès limité.

Malgré ces irritants, les participants ont clairement indiqué que nombre d'initiatives en place dans la province apportent des changements dans la vie des enfants. Certains programmes, en particulier *KidsFirst* et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, étaient perçus comme des pas dans la bonne direction et méritaient le soutien financier additionnel annoncé au dernier budget provincial. En particulier, les participants se disaient d'avis que de tels programmes portent leurs fruits non seulement en raison de leur contenu ou de la panoplie de services, mais aussi parce que les communautés participent activement à leur conception et à leur mise en œuvre.

Nos discussions ont également fait la lumière sur des conclusions qui nous paraissaient contre-intuitives, soit que les enfants sont en moins bonne santé dans les familles qui touchent des prestations d'aide sociale de façon intermittente (sur une période de huit années) que dans celles qui en reçoivent à long terme (pendant trois années consécutives ou plus). Ces conclusions semblaient sensées aux yeux des décideurs, car le fait de toucher de l'aide sociale pendant une longue période apporte un revenu stable, quoique maigre, avec lequel les familles peuvent concevoir des stratégies d'adaptation. Le fait d'entrer et de sortir du marché du travail ajoute à l'instabilité financière et au degré de stress dans la famille, et cela se reflète sur la santé des enfants.

Nous avons espéré formuler un ensemble de recommandations stratégiques à la table ronde, mais nous nous sommes rendu compte qu'il s'agissait d'un objectif trop ambitieux pour une première rencontre. Nous avons plutôt opté pour un objectif plus réaliste, soit de maintenir un « espace » de dialogue continu et inventif entre les chercheurs et les décideurs, afin que des recommandations soient élaborées méthodiquement de façon à coïncider avec le moment où les décideurs seront prêts à amorcer la mise en application.

Enseignements tirés

En faisant appel à des utilisateurs potentiels des résultats de la recherche, nous avons appris que ces conclusions, quoique parfois complexes et contre-intuitives, sont comprises par un auditoire diversifié et peuvent inciter un large éventail de personnes à participer à des discussions de haut niveau. Pour qu'un dialogue utile ait lieu, quelques conditions préalables doivent cependant être réunies.

Premièrement, les conclusions de la recherche doivent être claires, à propos et bien présentées. Nous avons rédigé et distribué notre résumé de recherche aux participants de la table ronde longtemps avant la rencontre. Nous avons pris soin de mettre en évidence les questions sur lesquelles portait la recherche et

Ces conclusions, quoique parfois complexes et contre-intuitives, sont comprises par un auditoire diversifié et peuvent inciter un large éventail de personnes à participer à des discussions de haut niveau.

avons utilisé plusieurs schémas et cartes géomatiques pour résumer et présenter nos conclusions. Notre auditoire s'est dit particulièrement intéressé par les cartes des régions couvertes par l'étude qui présentaient les conclusions pour les différents quartiers.

Deuxièmement, les participants doivent être sélectionnés avec soin, car la composition du groupe de discussion est un élément déterminant de réussite. Nous voulions réunir un groupe assurant une bonne représentation des ana-

*La composition
du groupe de
discussion est
un élément
déterminant de
réussite.*

lystes principaux en matière de politiques, des gestionnaires de programmes des différents ministères provinciaux, d'intervenants communautaires et de chercheurs universitaires.

Bon nombre de participants connaissaient le chercheur principal et l'équipe de recherche et se connaissaient les uns les autres. Pareille familiarité fait naître un climat de confiance et de sécurité qui favorise une discussion franche et honnête.

Troisièmement, il faut animer le dialogue à l'aide de quelques questions qui emportent l'intérêt général. Nos questions reposaient sur les conclusions de notre recherche et aussi sur un examen des politiques en matière de développement de la petite enfance, offrant ainsi un bon contexte dans lequel inscrire nos résultats et la discussion qui a suivi.

Conclusions et répercussions

Cette expérience a confirmé, pour nous, l'importance d'entretenir des rapports plus étroits entre les chercheurs et les décideurs. La nature même de l'étude la rendait particulièrement intéressante aux yeux des décideurs et du personnel de programme, et plusieurs ont demandé à être informés des futurs travaux dans ce domaine et à participer aux prochaines études.

Il reste cependant beaucoup de travail à accomplir pour ce qui est de créer et de maintenir des liens durables entre les chercheurs et les décideurs. Parfois, ces liens doivent être établis au cas par cas, ainsi que nous l'avons fait pour ce projet. En d'autres occasions, ils doivent être formés à partir de comités consultatifs existants pour l'élaboration de politiques, comme le comité intergouvernemental de la Saskatchewan sur le forum d'intégration des services à la personne. Quoi qu'il en soit, nous devons tenter de forger ces liens plus tôt dans le processus de recherche (afin qu'ils puissent influencer sur la nature des questions à l'étude) et de les employer pour valider les conclusions de la recherche d'une manière qui conduit à un approfondissement des analyses existantes et à l'établissement d'orientations pour la recherche future.

Références

1. McIntosh, T., N. Muhajarine et B. Klatt. 2004. *Understanding the Policy Landscape of Early Childhood Development in Saskatchewan*. Rapport sur la politique. *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*. <http://www.spheru.ca/PDF%20Files/ECD%20Policy%20Report%20McIntosh%20Muhajarine%202004%20Final.pdf>.
2. Muhajarine, N., L. Vu, R. Labonte, L. Dodds, D. Fell et G. Kephart. 2004. *Community and Family Characteristics, Income Dynamics and Child Health Outcomes: Researching across the boundaries*. Technical Report. *Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit*. <http://www.spheru.ca/PDF%20Files/ECD%20Technical%20Report%20Muhajarine%20March%202005.pdf>.

CANADIAN ADOLESCENTS AT RISK RESEARCH NETWORK : UN PROJET POUR LES JEUNES RÉALISÉ AVEC LES JEUNES

Diane Davies, M.Sc., *Social Program Evaluation Group*, Université Queen's

Will Boyce, Ph.D., *Social Program Evaluation Group*, Université Queen's

Le Canadian Adolescents at Risk Research Network (programme CAARRN) est un programme de recherche interdisciplinaire axé sur la santé des adolescents. La vaste stratégie d'application des connaissances (AC) du programme CAARRN cible de nombreux intéressés dans les secteurs de l'éducation et de la santé, notamment des chercheurs, des décideurs, des responsables de l'élaboration de programmes, des cliniciens, des organismes communautaires, des conseils scolaires, des éducateurs et des jeunes. Le programme CAARRN intègre également un volet d'implication jeunesse pour la recherche effectuée par des jeunes et pour des jeunes. Les nombreuses activités d'AC ont entraîné la mise en œuvre des conclusions de la recherche dans nombre d'organismes et le développement d'un réseau national de recherche consacrée à la jeunesse.

Contexte

L'adolescence est une période charnière où se vivent des changements physiques, psychologiques et professionnels. Mais peu d'attention a été accordée à l'élaboration de politiques en santé fondées sur les plus récentes données canadiennes pour cet important groupe de la population. La recherche qui montre l'influence du milieu scolaire et du quartier, de la famille et des groupes affinitaires, des habiletés d'adaptation et des facteurs sociodémographiques sur les comportements et les résultats liés à la santé a été particulièrement sous-utilisée aux fins de la formulation des politiques.

Le *Canadian Adolescents at Risk Research Network* (programme CAARRN)* est un programme de recherche interdisciplinaire axé sur la santé des adolescents. Il facilite l'échange de connaissances, la communication et la collaboration entre les jeunes, les chercheurs, les décideurs et les responsables de l'élaboration des programmes, dans le but d'améliorer la qualité de vie des jeunes gens. Par l'entremise d'études des données nationales et internationales couvrant sept thèmes d'importance — l'intimidation, la santé en matière de sexualité, les blessures, la culture en milieu scolaire, l'invalidité et les états chroniques, le capital social et l'obésité, et l'activité physique — le programme CAARRN vise à mieux comprendre les rapports mutuels complexes qui ont une incidence sur la santé et la vie quotidienne des adolescents, et à faciliter l'élaboration de politiques pertinentes. Outre sa valeur intrinsèque en tant que recherche fondamentale, la connaissance acquise par l'entremise du programme CAARRN aide à mieux comprendre le choix de la cible et du moment des interventions préventives ainsi que la mesure dans laquelle ces interventions doivent être spécialement adaptées aux sous-groupes d'adolescents¹.

Le programme CAARRN rassemble des chercheurs, des spécialistes en matière de politiques et des jeunes gens de l'Université Queen's, de l'Université de Toronto, du *Bloorview MacMillan Children's Centre*, de l'Agence de santé publique du Canada, de l'Association canadienne d'éducation et du Centre d'excellence pour la participation des jeunes. Le programme reçoit une aide financière (2001-2006) de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC).

* Pour de plus amples renseignements sur le CAARRN, rendez-vous sur le site www.educ.queensu.ca/~caarrn/.

L'initiative d'AC

Le programme CAARRN, de concert avec l'ISPC, a élaboré une vaste stratégie d'AC. De par leur portée générale, les thèmes relatifs à la santé des adolescents abordés dans le programme ciblent beaucoup de groupes dans les secteurs de la santé et de l'éducation, notamment des chercheurs, des décideurs, des responsables de l'élaboration de programmes, des cliniciens, des organisations de santé publique, des organismes communautaires, des organismes gouvernementaux, des organisations non gouvernementales, des conseils scolaires, des éducateurs et des jeunes. Chaque rencontre représente une occasion d'AC, et nous avons toujours des produits de diffusion (habituellement des feuillets d'information) à remettre aux participants. Nous invitons également les intervenants à participer à l'élaboration et à la diffusion de nos produits d'AC.

Notre gamme d'activités d'AC inclut :

- *Des publications spécialisées et des conférences théoriques* : Nous présentons les conclusions de nos recherches dans des publications spécialisées et lors de conférences tenues aux échelles provinciale, nationale et internationale.
- *Autres publications* : Nous produisons des rapports de recherche, un cyberbulletin semestriel, des feuillets d'information sur les recherches et des articles vulgarisés dans les publications des agences régionales, provinciales et nationales.
- *Relations avec les médias* : Nous avons établi des liens avec les représentants des médias de l'Université Queen's et de l'Institut canadien d'information sur la santé dans le but de faciliter la couverture des résultats de nos recherches par la presse. Par exemple, deux publications récentes — dans lesquelles on comparait la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants d'âge scolaire de trente-quatre pays, et les liens entre l'obésité et l'intimidation infligée aux enfants d'âge scolaire — ont beaucoup retenu l'attention des médias.
- *Site Web* : Nous avons conçu et nous enrichissons un site Web réunissant l'information relative au programme, les conclusions de nos recherches et des produits de diffusion téléchargeables.
- *Listserv* : Nous utilisons un gestionnaire Listserv pour distribuer à tous les intervenants des résultats, des produits de diffusion et des communiqués touchant à la politique et à la recherche sur la santé des adolescents.
- *Équipe d'intervention rapide* : Notre équipe d'intervention réagit rapidement aux enjeux soulevés par les médias ou dans le domaine politique. Par exemple, nous avons fourni des conseils à Santé Canada au sujet de l'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle et le VIH/sida au Canada, et nous avons agi à titre de consultants auprès de conseils scolaires pour l'élaboration d'une politique contre l'intimidation.
- *Rencontres de réseautage* : Les rencontres de réseautage du programme CAARRN permettent de définir des objectifs de recherche et offrent des possibilités de collaboration, de partage de données et de mise au jour des lacunes de la recherche.
- *Ateliers stratégiques régionaux* : Nous organisons des ateliers régionaux où nous partageons les conclusions de nos recherches avec les décideurs et les chercheurs de l'ensemble du pays, ainsi que pour développer le réseau national de chercheurs intéressés à la santé des jeunes.
- *Conférence stratégique nationale* : Nous organisons une conférence stratégique nationale sur la santé des jeunes qui cible les décideurs locaux, provinciaux et fédéraux, ainsi que les organismes/groupes d'intérêt et les chercheurs intéressés par cet enjeu.
- *Activités éducatives destinées aux étudiants* : Nous avons préparé des activités éducatives pour le milieu scolaire qui sont fondées sur les données et conclusions sur les comportements à risque pour la santé.
- *Rayonnement régional/engagement local* : Nous présentons les conclusions de nos recherches dans les écoles et aux conseils scolaires, et nous produisons sur demande des produits de diffusion ciblés.

Le programme CAARRN comprend également un volet jeunesse, financé séparément par le Fonds pour la santé de la population de l'Agence de santé publique du Canada. Ce volet vise non seulement à favoriser la recherche faite par les jeunes et par l'intermédiaire des organismes jeunesse, mais également à apprendre des jeunes et à s'inspirer des méthodes de travail avec les jeunes. Le projet *Youth Engagement in Health Research and Policy* (engagement des jeunes en matière de politique et de recherche sur la santé) offre une possibilité d'échange plus soutenu avec des jeunes gens qui vise l'acquisition d'habiletés, une formation sur la recherche fondamentale et un apprentissage mutuel dans le cadre de projets autodirigés de recherche en santé qui portent sur des sujets d'intérêt pour les jeunes.

Chaque activité d'application des connaissances comporte un volet d'évaluation. On évalue les rencontres et les ateliers au moyen de questionnaires, et des entrevues téléphoniques ont été menées auprès de jeunes chercheurs afin de recueillir une rétroaction sur leurs expériences. On effectue également un suivi du nombre d'abonnés à Listserv et de la diffusion des produits CAARRN.

Résultats de l'expérience d'AC

Les conclusions des recherches du programme CAARRN ont été utilisées par un grand nombre d'organismes, dont l'Association canadienne pour la santé mentale, pour élaborer un programme de prévention de l'intimidation.

Les conclusions des recherches du programme CAARRN ont été utilisées par un grand nombre d'organismes, dont l'Association canadienne pour la santé mentale, pour élaborer un programme de prévention de l'intimidation, les conseils scolaires régionaux aux mêmes fins et l'Alliance nationale pour les enfants, pour préparer un exposé de principe sur la nécessité d'une politique pour la jeunesse au Canada. De plus, Statistique Canada utilise les données du programme CAARRN pour alimenter son didacticiel E-STAT, un outil d'enseignement et d'apprentissage interactif destiné au monde de l'enseignement, et la Division de l'enfance et de l'adolescence de l'Agence de santé publique du Canada utilise les données du programme pour soutenir l'élaboration de ses politiques et programmes, ainsi que pour observer de près les comportements liés à la santé des adolescents.

Plusieurs des projets de *Youth Engagement in Health Research and Policy*, tous menés à terme, ont produit une importante recherche qui a été diffusée et utilisée à l'échelle du pays. La recherche portant sur l'engagement des jeunes de la rue et les stéréotypes a été bien accueillie par les pairs et les chercheurs, et a suscité une demande de la part des travailleurs de première ligne un peu partout au Canada.

Un réseau national, qui regroupe notamment des réseaux régionaux des provinces de l'Atlantique, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, vient d'être instauré, et des accords d'échange de données ont été préparés avec des universités et des organismes communautaires. De plus, les intervenants communiquent désormais au programme CAARRN leurs besoins en information, ainsi que des demandes de tableaux et de fichiers de données. Le programme existe depuis longtemps et a forgé des relations avec différents secteurs et communautés.

Enseignements tirés

Bien que nos activités d'AC soient en cours, jusqu'ici, nous pouvons tirer plusieurs grandes leçons de nos expériences.

Pour qu'ils soient des plus pertinents, les produits d'AC doivent être élaborés avec des représentants des groupes cibles. Des documents concis et faciles à lire sont très appréciés. Les produits les plus populaires jusqu'ici sont les feuillets d'information sur la recherche. Ces feuillets d'une page qui résument les conclusions des recherches sur un

sujet donné ont la faveur de tous les auditoires, les chercheurs, les décideurs, les responsables de l'élaboration des programmes et les jeunes gens. Nous inspirant d'un article paru dans une revue, nous avons produit un modèle à partir duquel les chercheurs peuvent rapidement rédiger des feuillets d'information (similaires aux résumés structurés, mais plus conviviaux et pertinents).

Le programme CAARRN s'est également occupé de promouvoir des partenariats égaux entre les différents intervenants sur la santé des adolescents. Les activités d'AC les plus efficaces ont été sans conteste nos ateliers stratégiques régionaux, où chercheurs, décideurs locaux et responsables de l'élaboration de programmes ont discuté des répercussions de nos résultats de recherche. Nous avons souvent collaboré avec d'autres organismes et chercheurs en vue d'assurer la réussite et la visibilité des activités. Par exemple, le programme CAARRN s'est affilié à des chercheurs de l'Université Dalhousie, de l'Université de Waterloo et de la McCreary Youth Foundation pour tenir des ateliers stratégiques régionaux partout au pays. Nos évaluations révèlent que les participants ont trouvé particulièrement utiles les courts exposés (quinze minutes) et les discussions de groupe.

Impliquer les jeunes gens dans la recherche qui les concerne — aux étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'analyse jusqu'aux étapes de l'AC, de la promotion et de la participation à l'élaboration des politiques — constitue une expérience à la fois ambitieuse et enrichissante. L'un des principaux indicateurs de réussite tient au renforcement des capacités des jeunes eux-mêmes grâce aux leçons tirées qui touchent à tous les aspects de leur existence, plus précisément dans les secteurs scolaire et professionnel.

Nous avons également beaucoup appris sur la nature évolutive de la recherche, en collaboration avec les jeunes, par opposition aux démarches universitaires habituellement plus linéaires. La recherche menée conjointement avec des jeunes gens présente plusieurs leçons et difficultés, dont la plupart tiennent au caractère complexe de l'existence des jeunes. Il faut juger la réussite de la recherche fondée sur l'action participative en fonction de critères autres que les indicateurs traditionnels de réussite universitaire. L'autonomisation des jeunes est l'un de ces nouveaux indicateurs :

« Le processus en soi me plaît, car il donne aux jeunes les aptitudes nécessaires pour effectuer de la recherche sur les sujets de leur choix. C'est fantastique de pouvoir monter son propre projet, d'effectuer une recherche sur un sujet de réel intérêt et d'avoir du soutien pour le faire. »

Conclusions et répercussions

Même si le programme CAARRN ne touchera plus de financement à compter de mars 2006, on espère que le réseau survivra et tirera profit des relations et des nouvelles collaborations entre les jeunes, les chercheurs, les décideurs et les responsables de l'élaboration des programmes afin d'améliorer la qualité de vie des jeunes gens. Le programme CAARRN continuera d'appuyer l'initiative d'élaboration d'un programme d'action national pour les jeunes à titre de membre de l'Alliance nationale pour les enfants.

Références

1. Boyce, W. 2004. *Les jeunes au Canada, leur santé et leur bien-être*. Ottawa (Ontario), Santé Canada. http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbsc-2004/pdf/hbsc_report_2004_f.pdf.

FAUT-IL ENSEIGNER LA RÉDUCTION DES MÉFAITS AUX ADOLESCENTS DANS LES ÉCOLES? PRODUCTION ET APPLICATION DE NOUVELLES CONNAISSANCES CONTROVERSÉES SUR LA TOXICOMANIE

Christiane Poulin, M.Sc., FRCPC, titulaire d'une chaire de recherche du Canada en santé des populations et en toxicomanie, Université Dalhousie

Jocelyn Nicholson, B.Ed., B.Sc.H., coordonnateur du programme SCIDUA, Université Dalhousie

Des chercheurs de l'Université Dalhousie se sont associés au ministère provincial de la Santé, aux services régionaux en toxicomanie, aux conseils scolaires et aux écoles de la Nouvelle-Écosse dans le cadre d'un projet de recherche participative (SCIDUA) visant à déterminer s'il faut adopter le modèle de réduction des méfaits en prévention de la toxicomanie auprès des élèves des écoles secondaires. L'application des connaissances (AC) faisait partie intégrante du projet SCIDUA et a semblé mener à un changement d'orientation chez deux institutions partenaires. Par contre, la réussite de l'AC pourrait avoir contribué à l'adoption précoce de politiques sur la réduction des méfaits qui ne tenaient pas compte de certaines conclusions, aussi importantes qu'inattendues, dégagées après la fin de la recherche.

Contexte

Bien qu'il existe peu de données empiriques sur l'acceptabilité et l'efficacité du modèle de réduction des méfaits, on tend de plus en plus à l'intégrer aux programmes de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. Nous avons mené une étude intitulée *Integrated School- and Community-Based Demonstration Intervention Addressing Drug Use Among Adolescents* (SCIDUA) afin de déterminer s'il faut adopter le modèle de réduction des méfaits en prévention de la toxicomanie auprès des élèves des écoles secondaires de la Nouvelle-Écosse¹. Le projet SCIDUA a été financé conjointement par les IRSC, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, les services en toxicomanie des autorités régionales de santé 1, 2, 3 et 9, le conseil scolaire de la région de Halifax, le conseil scolaire de la région de la vallée de l'Annapolis, quatre écoles et l'Université Dalhousie. Le principal objectif de SCIDUA était de faire diminuer l'usage néfaste de l'alcool, du tabac et autres stupéfiants et d'en atténuer les conséquences nocives. Le travail sur le terrain s'est déroulé entre 1998 et 2002.

L'initiative d'AC

Comme il fallait permettre et favoriser un dialogue ouvert entre élèves, enseignants, administrateurs et parents à propos de cette nouvelle politique controversée et inédite en matière de prévention de la toxicomanie, nous avons opté pour une approche de recherche participative et coopérative². Dans une enquête coopérative, il revient aux participants de déterminer dans une assez grande part leur plan d'action et leurs expériences.

Les comités directeurs de la communauté scolaire, qui regroupent des élèves, des enseignants, le conseiller scolaire, un employé des services en toxicomanie et un coordonnateur du projet SCIDUA, se sont réunis aux deux semaines au cours de l'année scolaire. Plusieurs de ces comités comptaient également des parents, des responsables de l'exécution de la loi ainsi que des représentants du gouvernement local et de groupes communautaires. Les comités directeurs de la communauté scolaire étaient chargés de créer et de mettre en œuvre les initiatives de prévention de la toxicomanie qu'ils jugeaient pertinentes dans leurs écoles respectives. Il s'agissait entre autres d'annonces d'intérêt public, d'exposés livrés par des étudiants, de séances d'information destinées aux parents et de vidéocassettes éducatives. Un protocole d'entente et les comités consultatifs prévoyaient une collaboration entre les institutions partenaires, les comités consultatifs se réunissant chaque mois durant l'année scolaire. Ainsi, à l'intérieur d'un processus global commun, les quatre écoles ont déterminé le choix et le contenu de leurs interventions.

Notre évaluation officielle de l'acceptabilité d'un programme de prévention de la toxicomanie fondé sur un modèle de réduction des méfaits a porté sur une analyse de 491 documents produits entre 1998 et 2002 par près de 150 sources impliquées dans les comités directeurs de la communauté scolaire ou rattachées à leurs activités. Notre évaluation officielle de l'efficacité était fondée sur une enquête réalisée auprès de 1 117 et de 849 élèves présents dans les écoles où avait lieu l'intervention, comparativement à 3 755 et à 4 247 élèves dans le reste de la province, en 1998 et en 2002, respectivement.

Ces évaluations ont dégagé des conclusions différentes selon que les élèves étaient au premier ou au deuxième cycle du secondaire. Au deuxième cycle du secondaire, on a constaté un taux de prévalence plus faible de certains risques et des conséquences néfastes de la consommation d'alcool et de cannabis, et une preuve qualitative de l'acceptabilité de la réduction des méfaits. Au premier cycle du secondaire par contre, le projet SCIDUA a révélé que la réduction des méfaits n'était pas acceptable et n'avait pas été mise en œuvre, et l'on n'a pas réussi à montrer une amélioration quant à la prévalence de certains risques et méfaits liés à la toxicomanie. Nous en avons conclu que la réduction des méfaits en milieu scolaire peut être acceptable et efficace au deuxième cycle du secondaire, mais qu'elle n'est peut-être pas acceptable ou efficace au premier cycle.

Résultats de l'expérience d'AC

En raison de l'approche participative de la recherche, l'AC faisait partie intégrante du projet SCIDUA dès le départ. Les activités d'AC ont eu lieu à grande échelle, pendant et après le travail sur le terrain. Des représentants des institutions associées au projet y ont pris une part active et ont reçu une somme importante de documentation sous forme de procès-verbaux, d'exposés, de mises à jour, de résumés d'activité, de rapports officiels et d'ateliers régionaux. À la lumière du taux élevé d'implication de nombreux intéressés à différents niveaux au cours des quatre années qu'a duré le travail sur le terrain, qui a produit un total de 3 000 dossiers de données qualitatives, il ne fait aucun doute que le processus de recherche participative du projet SCIDUA a été fructueux.

Mais comment savoir si les activités d'AC associées au projet SCIDUA, qui constituaient une partie intégrante de la recherche participative, ont véritablement mené à l'élaboration d'une politique sur la santé ou l'éducation?

Deux documents de politique rédigés par des institutions participant au SCIDUA donnent à penser que nos activités d'AC ont su influencer sur la formulation de politiques. Le premier document, qui traite de la politique sur la toxicomanie chez les élèves, a été publié en novembre 2002 par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. On y explique que l'approche préconisée en matière de politique et de sensibilisation à la consommation de stupéfiants repose sur la réduction des méfaits, et aussi que la démarche usuelle centrée sur la politique de tolérance zéro n'est pas indiquée³. Il s'agit à notre connaissance du premier document issu des services provinciaux en toxicomanie qui privilégie nettement la réduction des méfaits comme solution en vue de sensibiliser les jeunes aux problèmes de la toxicomanie. Les services provinciaux en toxicomanie ont été parmi les premiers à participer au projet SCIDUA dans l'intention précise de répondre à cette question stratégique, et le document renvoie à des individus et à des organismes impliqués dans le projet SCIDUA.

Le second document est une politique sur la toxicomanie adoptée par la commission scolaire dans laquelle on parle de réduction des méfaits⁴. Cette politique a été élaborée au cours des deux dernières années de travail sur le terrain par l'une des commissions scolaires participant au projet SCIDUA, par l'entremise d'un comité comptant entre autres plusieurs des membres du comité consultatif du projet SCIDUA.

Bien que l'on puisse considérer, du moins en partie, ces politiques comme des produits des activités d'AC, elles ont été formulées avant qu'il ne soit possible de tirer des conclusions définitives du projet SCIDUA. En fait, elles ont

été énoncées avant la diffusion, en octobre 2002, des conclusions préliminaires sur l'efficacité douteuse d'un programme de prévention de la toxicomanie auprès des jeunes adolescents axé sur la réduction des méfaits.

Enseignements tirés

Alors, pourquoi deux institutions participant au projet SCIDUA ont-elles adopté le modèle de réduction des méfaits en l'absence de preuves réelles de son efficacité en prévention de la toxicomanie? Il convient ici de faire une distinction entre le soutien à l'égard du processus participatif sur lequel s'appuyait le projet SCIDUA et le soutien envers la politique qui faisait l'objet d'une recherche par l'intermédiaire de ce même processus. En se fondant sur notre analyse approfondie des données qualitatives recueillies dans le cadre du projet SCIDUA, il semble que la réussite de SCIDUA, comme projet participatif, a été mal interprétée par quelques participants comme un signe d'acceptabilité de l'orientation stratégique, c.-à-d. l'approbation d'un programme de prévention de la toxicomanie fondé sur la réduction des méfaits.

La deuxième raison pour laquelle la réduction des méfaits a été avalisée tôt en cours de processus tient au fait que certains partenaires ont pu voir les activités du SCIDUA liées à l'évaluation et à l'établissement de rapports comme des preuves concluantes en faveur de la réduction des méfaits. Par exemple, au mitan du travail sur le terrain, une équipe externe a procédé à une évaluation intérimaire du processus qui a révélé que l'on progressait vers l'objectif principal. L'équipe externe a conclu que « [...] nombre d'adolescents signalent une consommation d'alcool et de drogues moins fréquente et/ou moins risquée. [...] Certains intervenants se disent favorables à l'idée et à la mise en œuvre d'un modèle axé sur la réduction des méfaits » [traduction libre]. Quelques partenaires du projet SCIDUA ont peut-être vu dans ce genre d'affirmations une preuve d'acceptabilité et d'efficacité du modèle de réduction des méfaits dans la prévention de la toxicomanie. En réalité, les conclusions de l'équipe externe se fondaient sur une seule visite et les opinions d'un petit nombre de gens en un moment précis, sans le bénéfice d'une évaluation antérieure ou postérieure des résultats, pourtant un élément clé de l'évaluation officielle. De même, deux ateliers tenus avant la fin du travail sur le terrain semblent avoir laissé à certains participants l'impression que la réduction des méfaits était la bonne approche pour la prévention de la toxicomanie en milieu scolaire. En fait, les conférenciers invités à ces ateliers ont insisté sur le fait qu'il fallait encore procéder à l'évaluation des résultats et que l'information préliminaire était partagée à ce moment-là seulement parce que l'année scolaire et le travail sur le terrain arrivaient à terme.

Enfin, le modèle de réduction des méfaits pourrait avoir été adopté rapidement du fait que la formulation d'une politique ne dépend pas de la disponibilité de données empiriques. En ce qui concerne le projet SCIDUA, notre conclusion selon laquelle une même solution ne convient pas aux élèves des premier et deuxième cycles du secondaire tenait de la nouveauté; la documentation à l'échelle internationale en faveur de la réduction des méfaits n'a pas tracé de distinction entre les groupes d'adolescents. Manifestement, cette conclusion propre au projet SCIDUA pose un défi pour les institutions et les particuliers en santé ou en éducation, qui souhaitent adopter une seule politique de prévention de la toxicomanie pour l'ensemble des élèves, de la première à la dernière année du secondaire.

Conclusions et répercussions

Nous avons fini par comprendre qu'une nouvelle approche comme la réduction des méfaits pouvait plaire aux décideurs en matière de santé et d'éducation, en particulier si elle semble offrir une panacée contre un problème aussi difficile à résoudre que la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescents. Ainsi, on peut tirer une

Il semble que la réussite de SCIDUA, comme projet participatif, a été mal interprétée par quelques participants comme un signe d'acceptabilité de l'orientation stratégique, c.-à-d. l'approbation d'un programme de prévention de la toxicomanie fondé sur la réduction des méfaits.

Une AC précoce ou continue peut écarter deux étapes essentielles du contrôle de la qualité dans la sphère scientifique.

importante leçon du projet SCIDUA, à savoir que le processus participatif, s'il est utile pour favoriser l'engagement à un processus de recherche et impliquer des intervenants dans des activités continues d'AC, risque également d'entraîner l'adoption prématurée de conclusions de recherche peu probantes, dont certaines pourraient ultérieurement se révéler mal avisées. En réalité, une AC précoce ou continue peut écarter deux étapes essentielles du contrôle de la qualité dans la sphère scientifique : l'utilisation d'une information complète plutôt que sélective, et un examen impartial des conclusions de la recherche par des pairs. Par conséquent, l'AC doit intégrer des mécanismes

pour que les utilisateurs de la recherche puissent réexaminer les conclusions et les enjeux. En ce qui concerne le projet SCIDUA, les activités d'AC ont été planifiées après la fin de l'étape de l'analyse, et la diffusion des conclusions définitives ciblait les partenaires du projet de même qu'un public plus vaste.

L'AC doit intégrer des mécanismes pour que les utilisateurs de la recherche puissent réexaminer les conclusions et les enjeux.

Références

1. Poulin, C. et J. Nicholson. À paraître. *Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools?* Données empiriques tirées de « *An Integrated School-and Community-based Demonstration Intervention Addressing Drug Use Among Adolescents (SCIDUA)* ». *International Journal of Drug Policy*.
2. Reason, P. 1994. *Three approaches to participative inquiry*. Dans *Handbook of qualitative research*, sous la direction de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln, 324-39. Thousand Oaks, Californie, Sage Publications.
3. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, Integrated Primary/Population Health Branch, Addictions Services. 2002. *When drugs come to school: A resource manual for student substance use and school-based policy development*. Halifax (Nouvelle-Écosse), ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.
4. Annapolis Valley Regional School Board. Board Policy—BP 402.9: Substance Abuse. <http://www.avrsb.ednet.ns.ca/forms/policy/BP402.9.PDF?PHPSESSID=974dd8cba4aa6c9ae86fa2add94c82db>.





SANTÉ
DES FEMMES

HEALTHY BALANCE RESEARCH PROGRAM : APPLICATION DES CONNAISSANCES À LA SITUATION DES FEMMES SOIGNANTES NON RÉMUNÉRÉES

Carol Amaratunga, titulaire de la *Ontario Women's Health Council Chair*, Université d'Ottawa
Brigitte Neumann, Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse
Barbara Clow, *Atlantic Centre of Excellence on Women's Health*, Université Dalhousie

Abordant la production et l'application de connaissances (AC) comme un processus continu, le Healthy Balance Research Program (programme de recherche sur l'équilibre - HBRP) réunit des chercheurs, des décideurs, des professionnels de la santé et des membres de la collectivité afin de dresser un tableau détaillé du travail non rémunéré et généralement invisible des dispensatrices de soins en Nouvelle-Écosse. Le programme HBRP a tissé un vaste réseau de ressources communautaires par l'entremise de groupes de référence représentant les groupes de femmes marginalisées. Ces derniers donnent une perspective sociale au processus de recherche et assurent la surveillance des activités liées à l'AC et à la mise en œuvre des politiques. La réussite des activités d'AC a donné lieu à la mise en œuvre à l'échelle nationale des conclusions de la recherche menée dans le cadre du programme HBRP.

Contexte

Les femmes ont toujours été les protectrices de la santé publique et les dispensatrices de soins pour leurs proches dans le besoin. Les décideurs et les professionnels de la santé reconnaissent d'emblée que ce sont en général les femmes qui dispensent les soins. Toutefois, l'ampleur de ce travail, ses répercussions sur l'économie et la santé, de même que la politique et les programmes qui apporteraient un appui à celles qui dispensent des soins ne sont pas bien définis ou compris. Cela est particulièrement vrai dans le cas des femmes qui sont marginalisées en fonction de la race, de l'origine ethnique, du statut d'autochtone ou d'une invalidité. Devant la préoccupation croissante des décideurs face à la dénatalité d'un côté et au vieillissement de la population de l'autre, on reconnaît de plus en plus que le soutien accordé aux femmes et aux familles doit être plus efficace.

Le programme de recherche sur l'équilibre (programme HBRP)* a pour but de dresser un tableau détaillé du travail non rémunéré et généralement invisible des dispensatrices de soins au sein des familles de la Nouvelle-Écosse. Il réunit plus de vingt-cinq chercheurs, décideurs, professionnels de la santé, spécialistes des communications et membres de la collectivité afin de fournir des renseignements utiles aux dispensatrices de soins et à leurs communautés ainsi qu'aux intervenants dans les domaines des soins de santé et de la politique publique. Le programme vise en particulier l'inclusion et la participation des femmes dont les préoccupations ne sont pas souvent prises en compte.

Le programme HBRP est financé et administré dans le cadre du Programme des alliances communautaires pour la recherche en santé des IRSC, par l'intermédiaire du *Atlantic Centre of Excellence for Women's Health*, Université Dalhousie, mais ses bureaux se trouvent dans les locaux du Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse, organisme du gouvernement provincial. Le Conseil consultatif, dont le mandat est prescrit par la loi, conseille les gouvernements et transmet les préoccupations des femmes; il encadre l'élaboration de politiques et la recherche, la diffusion d'information et l'éducation communautaire, la liaison avec les communautés et le rayonnement en région rurale. Ses objectifs stratégiques sont axés sur l'inclusion sociale, l'égalité économique et

* On peut obtenir de plus amples renseignements et des publications sur le site <http://www.healthyb.dal.ca>.

l'amélioration de la santé des femmes. Le troisième partenaire du programme est le Centre de recherche sur la santé des femmes rattaché à l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa.

L'initiative d'AC

Le programme HBRP conçoit la production et l'application de connaissances comme un processus continu. Une grande partie de la recherche en sciences sociales, en particulier lorsqu'elle est ancrée dans des principes de recherche-action, porte sur la nécessité d'inclure les intéressés dans le processus de recherche, depuis la formulation de la question de départ, l'élaboration d'une mise en œuvre opportune, efficace et conforme à l'éthique et, enfin, jusqu'à l'utilisation des conclusions sur les plans politique, communautaire et de l'élaboration de politiques.

Le programme HBRP a vu le jour sous la forme d'un partenariat entre une chercheuse principale du milieu universitaire (Carol Amaratunga), en poste au *Atlantic Centre of Excellence for Women's Health*, et une chercheuse principale du milieu communautaire (Brigitte Neumann) attachée au Conseil consultatif sur la condition féminine de la Nouvelle-Écosse. Lorsque Carol Amaratunga s'est installée à l'Université d'Ottawa, le partenariat de recherche est devenu un triumvirat réunissant trois codirectrices (Barbara Clow, directrice du centre d'excellence, est alors devenue la troisième chercheuse principale).

Les directrices se partagent la responsabilité et la gestion de la politique liée au projet global. Nous réunissons des particuliers et des organismes qui s'intéressent à la recherche sur la prestation de soins, qui y voient un enjeu politique et qui considèrent le projet comme un réseau interactif de participants se partageant la propriété. Le programme HBRP compte des équipes qui s'intéressent à la recherche qualitative, à la recherche quantitative, à l'analyse de données secondaires et à la description ethnographique des ménages.

Les membres des groupes de référence font des critiques utiles, soulignant les faiblesses des données secondaires qui traduisent mal le degré d'habileté et la situation réelle des dispensatrices de soins provenant de milieux culturels différents.

Afin d'aborder les questions d'inégalité et de marginalisation décuplées, nous avons également quatre groupes de référence en matière d'égalité : les femmes d'origine africaine, les femmes atteintes d'invalidité, les femmes autochtones et les femmes immigrantes. Les membres de l'équipe de recherche ont rencontré les groupes de référence pour leur présenter les conclusions et intégrer leurs commentaires aux travaux de recherche. Les membres des groupes de référence ont contribué à formuler les questions de recherche, à recruter des participantes aux fins de la recherche qualitative et à interpréter les conclusions de la recherche. Elles font des critiques utiles, soulignant les faiblesses des données secondaires qui traduisent mal le degré d'habileté et la situation réelle des dispensatrices de soins provenant de milieux culturels différents. Elles jouent également un rôle important lorsqu'il s'agit de diffuser les conclusions de la recherche dans leurs communautés, lesquelles sont ensuite en mesure d'attirer l'attention des médias, des élus et des responsables de l'élaboration des politiques et programmes sur les enjeux et les solutions potentielles.

Nous avons utilisé trois stratégies pour communiquer les conclusions de notre recherche aux communautés intéressées. Dans un premier temps, nous avons présenté nos conclusions et les orientations recommandées aux médias au moyen de conférences de presse et de communiqués. Nous avons également organisé des rencontres avec des décideurs et des groupes de réflexion pour examiner les résultats de la recherche et en analyser l'incidence sur les politiques en place et l'intervention. Ces derniers ont, à leur tour, présenté les rapports, feuillets d'information et résultats de recherche du programme HBRP aux membres de leurs réseaux et groupes communautaires respectifs. Nous avons enfin organisé des journées de réflexion semestrielles et annuelles, des séances de discussion et des

rencontres avec les chefs de nos quatre groupes de référence. Par l'intermédiaire de ses membres désignés et de ses employés, le Conseil consultatif livre également les conclusions des recherches à des groupes comme l'*African United Baptist Association Women's Institute*, la *Nova Scotia Native Women's Association*, la *Nova Scotia League for Equal Opportunities* et la *Human Resources Association of Nova Scotia*.

Résultats de l'expérience d'AC

À ce jour, les résultats de la recherche démontrent que les mesures disponibles doivent être revues entièrement, de façon à ce que tous les Canadiens, hommes et femmes, obtiennent un juste soutien dans leur rôle de soignant. Tant en milieu urbain qu'en région rurale, les fournisseurs de soins connaissent les écueils de l'épuisement, de l'isolement et de la difficulté de transiger avec les bureaucrates. Les attentes à l'endroit des femmes de nos groupes de référence sont peut-être plus élevées que celles auxquelles font face les femmes dans la société en général. Des mesures concrètes et efficaces doivent être adoptées au niveau des organisations et des professionnels de la santé, à l'égard des pratiques d'embauche et au chapitre des politiques fiscales, afin de transmettre une plus grande reconnaissance et un meilleur soutien pour les personnes soignantes et de démontrer une compréhension plus juste des aspects relationnels et réciproques de la prestation de soins.

Le financement du programme HBRP prendra fin en mars 2006. Nos quatre projets de recherche qualitative et quantitative arrivant à terme, nous saurons tabler sur notre travail préliminaire pour rédiger des énoncés de politique à l'intention des représentants provinciaux et fédéraux. Par exemple, les travaux relatifs à la politique fiscale touchant les fournisseurs de soins ont été présentés aux ministres responsables de la condition féminine lors du forum annuel de 2004. De plus, nous avons codirigé un atelier national où chercheurs et décideurs ont examiné différents modèles de rémunération des personnes soignantes. Cet atelier servira à son tour de tremplin à une table ronde nationale qui réunira les membres du programme HBRP et les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), où l'on se penchera sur la structure de la politique canadienne en matière de santé et de services sociaux par rapport à la prestation de soins non rémunérée. Cet événement réunira des chercheurs et des décideurs du gouvernement, de la communauté et des secteurs clinique et universitaire; on y fera la synthèse des données et des conclusions du programme HBRP et d'un autre projet financé par le gouvernement fédéral sur la marginalisation des adultes à charge.

Enseignements tirés

La couverture des résultats de recherche par les médias sensibilise le grand public et attire l'attention d'autres groupes cibles, entre autres des associations professionnelles, des organismes communautaires, les personnes touchées et les militants sur la scène politique. Notre expérience a été des plus positives en ce qui a trait à la communication de nos résultats de recherche qui confirment que la somme de travail rémunéré et non rémunéré effectuée par les femmes est très élevée et, en certaines situations de soin, plutôt stressante; ces résultats ont été livrés au niveau local devant des salles pleines et mises en application à l'échelle nationale. Cependant, si une bonne couverture médiatique est souhaitable pour porter un enjeu sur la place publique, d'autres démarches doivent suivre.

La couverture des résultats de recherche par les médias sensibilise le grand public et attire l'attention d'autres groupes cibles.

Les groupes de référence en matière d'égalité constituent probablement le plus important mécanisme d'application des connaissances du programme HBRP. Ils nous ont donné de précieux conseils au fil du projet, depuis la conceptualisation des groupes de discussion qualitative et la conception d'une enquête quantitative et de portraits ethnographiques des ménages jusqu'au forum national sur la formulation de politiques des RCRPP. Les femmes des groupes de référence ont joué un rôle prépondérant lorsqu'il a fallu aider les membres de l'équipe de recherche à

Les femmes des groupes de référence ont joué un rôle prépondérant lorsqu'il a fallu aider les membres de l'équipe de recherche à établir des liens au sein des communautés.

établir des liens au sein des communautés, en particulier au chapitre du recrutement de ménages et de particuliers pour participer à la recherche et aux rencontres communautaires. Elles ont de plus donné une importante rétroaction à l'équipe de recherche sur la question de la « responsabilité » et aidé à ce que la recherche demeure adaptée à leur réalité culturelle.

Conclusions et répercussions

Au chapitre de l'AC, diverses aptitudes sont requises pour communiquer aux collectivités, aux professionnels et aux responsables de l'élaboration des politiques les résultats de la recherche sur la situation des personnes soignantes. Au nombre des éléments essentiels : un bon soutien médiatique, une volonté de

collaboration interculturelle et intersectorielle, une capacité de mettre en présence les groupes communautaires concernés et les responsables des politiques, un talent pour le réseautage et la coordination, et une volonté d'explorer hors des sentiers battus.

Il faut se rappeler que ce mode d'AC ne trouvera pas forcément sa récompense à l'intérieur du cadre universitaire; on conseillera assurément aux jeunes universitaires de rédiger des articles destinés à paraître dans des publications prestigieuses plutôt que de consacrer de rares moments à analyser l'incidence des conclusions de la recherche avec un groupe de femmes de milieu rural. Mais l'avantage d'œuvrer au sein d'un partenariat tient au fait qu'à la périphérie du mandat d'un organisme se trouve l'essentiel du mandat d'un autre groupe, ce qui signifie que du temps et des ressources peuvent être consacrés à de précieuses activités d'AC.



RAPPORT DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DES FEMMES : DE LA RECHERCHE À LA FORMULATION DE POLITIQUES

Marie DesMeules, Agence de santé publique du Canada
Claudia Lagacé, Agence de santé publique du Canada
Donna Stewart, Université de Toronto et *University Health Network*
Arminée Kazanjian, Université de la Colombie-Britannique
Heather MacLean, Centre de recherche sur la santé des femmes
Bilkis Vissandjée, Université de Montréal

Le Rapport de surveillance de la santé des femmes, initiative multisectorielle, a grandement contribué à la compréhension des écarts liés au sexe en rapport avec des aspects importants de la santé des femmes. Ce rapport constitue un exemple éloquent d'application des connaissances (AC), car il repose sur un examen systématique pluridisciplinaire de la recherche existante, l'élaboration de recommandations en vue d'améliorer les activités de surveillance de la santé, la formulation de politiques axées sur les priorités en matière de santé des femmes et le recours à une panoplie de stratégies de diffusion pour joindre différents groupes cibles. Beaucoup de conclusions et de recommandations du rapport ont été mises en application par les professionnels, les décideurs, les chercheurs et le grand public.

Contexte

En 1999, le rapport final du Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes insistait sur la nécessité d'effectuer une analyse approfondie du sexe comme facteur déterminant de la santé au chapitre de la surveillance de la santé à l'échelle nationale¹. Tablant sur cet ouvrage, le *Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes* a grandement contribué à la compréhension des écarts liés au sexe en rapport avec d'importants aspects de la santé des femmes, notamment les déterminants de la santé, l'état de santé physique et psychologique et l'utilisation des services de santé.

Le rapport visait à déterminer la mesure dans laquelle on peut utiliser les données existantes pour se faire une meilleure idée de la santé des femmes en lien avec leurs rôles et responsabilités sociaux et culturels. On souhaitait également produire des données pertinentes sur la santé des femmes à l'intention des professionnels de la santé, des décideurs, des responsables de la santé publique, des organismes non gouvernementaux, des groupes d'intérêt et des chercheurs, ainsi que diffuser ces renseignements au grand public. Nous sommes parties des conclusions tirées de vastes enquêtes nationales et de bases de données sur la santé pour étudier les écarts liés au sexe dans les facteurs déterminants de la santé, les comportements en matière de santé et les résultats sur la santé. Plus de 30 chapitres traitent d'enjeux de tous genres, dont l'espérance de vie et de santé, l'invalidité, les maladies chroniques, la santé génésique et sexuelle, et les comportements en matière de santé. À plus long terme, l'initiative vise à évaluer l'utilisation réelle du rapport aux fins de la prise de décision et ainsi que dans l'élaboration de programmes et de politiques, et elle servira de fondement à un meilleur système de surveillance de la santé des femmes au Canada.

Le projet est le fruit d'une collaboration entre l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), Santé Canada, les IRSC, Statistique Canada, Condition féminine Canada, les Centres d'excellence pour la santé des femmes, des départements universitaires, ainsi que des professionnels et des spécialistes de la santé des femmes de tout le Canada. Des collaborateurs étrangers ont également participé à l'élaboration et à l'examen du rapport. Le financement a été assuré par l'ISPC et Santé Canada.

L'initiative d'AC

Afin que les conclusions du Rapport de surveillance aient une incidence sur les politiques et les pratiques liées à la santé des femmes, il fallait s'assurer la participation du plus grand nombre possible d'intéressés, tant pendant la recherche qu'après la mise au point définitive du rapport.

Un comité directeur de 14 membres, formé de partenaires du projet et de spécialistes de différents secteurs liés à la santé féminine, a vu le jour pendant la première année du financement. On a tenu une réunion de consultation afin de déterminer les thèmes qu'aborderait le rapport et de choisir les spécialistes de la santé féminine qui seraient chargés de mener l'enquête et de rédiger les chapitres. Dans l'ensemble, les auteurs proviennent des milieux universitaire, gouvernemental, non gouvernemental et clinique de différentes régions du Canada. Chacun des chapitres a été systématiquement revu par des pairs, et trois évaluateurs externes ont évalué l'ensemble du document pour en analyser l'approche globale, le contenu et les principaux messages.

En octobre 2002, alors que nous disposions d'ébauches et de résultats fondés sur des données préliminaires/d'essai pour la plupart des chapitres, nous avons organisé un atelier de consultation externe réunissant près de quarante intervenants et spécialistes de la santé féminine afin de connaître leurs points de vue sur la démarche à suivre pour préparer le Rapport de surveillance et obtenir leurs suggestions quant au meilleur moyen de le diffuser et de le faire connaître. Les participants, entre autres des professionnels de la médecine et de la santé publique spécialisés en santé féminine, des organismes non gouvernementaux, des décideurs et d'autres intéressés, ont formulé de nombreuses recommandations utiles, dont plusieurs ont servi à la mise au point définitive et à la diffusion du rapport.

Nos communiqués de presse présentant les grandes lignes du rapport figuraient parmi les dix fichiers les plus consultés le jour de la parution.

Le Rapport de surveillance a été terminé et publié en 2003. Notre vaste stratégie de diffusion incluait la distribution d'un grand nombre d'exemplaires gratuits par l'entremise d'organismes nationaux et internationaux, une publication par *BioMed Central*², maison d'édition spécialisée dans la recherche scientifique qui compte un vaste lectorat dans Internet, l'affichage du rapport complet sur les sites Web de l'Agence de santé publique du Canada, de Santé Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, en plus de l'installation de liens sur les sites Web des autres organismes associés au projet, et une vaste couverture médiatique incluant la publication des principales conclusions du rapport dans *Châtelaine*, magazine féminin de tirage national. Nos communiqués de presse présentant les grandes lignes du rapport figuraient parmi les dix fichiers les plus consultés le jour de la parution.

Nos collaborateurs ont également pris part à la diffusion du rapport en distribuant des exemplaires à leur lieu de travail (p. ex., centres de santé pour femmes) et par l'intermédiaire d'organismes professionnels.

L'une des prochaines étapes pour poursuivre la mise en place d'un système national de surveillance de la santé des femmes consiste à déterminer si le rapport est un outil pratique et utile pour l'élaboration de programmes et de politiques sur la santé des femmes. Les recommandations sont-elles jugées valables et mènent-elles à la prise de mesures? Après l'étape de la diffusion, nous avons donné aux principaux intervenants le temps d'évaluer comment intégrer les recommandations du Rapport de surveillance à leurs plans et activités. Nous en sommes à planifier un sondage auprès des intervenants. Nous souhaitons également définir des normes en vue d'évaluer si la mise en œuvre des recommandations a entraîné les résultats voulus.

Résultats de l'expérience d'AC

Dans le cadre du Rapport de surveillance, nous avons présenté des renseignements tirés de plusieurs bases de données nationales servant aux fins d'administration et d'enquêtes afin de cerner de plus près les écarts liés au sexe en

rapport avec les aspects importants de la santé des femmes. Par exemple, un examen du rapport entre les facteurs socioéconomiques, les rôles multiples de la femme et la santé mentale a révélé que, indépendamment de leur situation professionnelle, les mères seules sont plus exposées à la pauvreté, aux difficultés financières et à l'insécurité alimentaire que les mères qui vivent en couple.

Les questions liées à la santé abordées dans le Rapport de surveillance reflètent les recommandations qui ont été formulées en 1998 par le Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes. Bien que nous ayons reconnu que les forces politiques, sociales et économiques comptent parmi les plus importants déterminants de la santé, il nous a été impossible de procéder à une analyse approfondie de ces facteurs sociaux par comparaison des sexes. Pour cela, il faudrait rassembler des données de vastes études de suivi conçues pour mesurer plus précisément les facteurs socio-économiques ayant une incidence sur la santé des femmes, lesquelles sont rares au Canada. Dans les ateliers de consultation externes, les participants ont souligné que le rapport était surtout axé sur la maladie et ont proposé de le compléter en s'intéressant davantage aux enjeux propres à la situation et à la vie des femmes.

Les conclusions du Rapport de surveillance ont depuis été diffusées à un très large public. Les groupes et organismes féminins du Canada s'appuient sur ces informations pour poursuivre leurs revendications (p. ex., initiatives sur les femmes et la violence); ceux qui s'occupent de recherche connaissent mieux les lacunes qu'il reste à combler et les décideurs sont davantage en mesure de formuler des politiques qui répondent aux besoins cernés. La publication du rapport a entraîné le déploiement d'efforts semblables auprès des femmes autochtones et des femmes dans les forces armées du Canada, et la Fédération des femmes médecins du Canada s'en est inspirée pour structurer l'ordre du jour scientifique de ses deux dernières assemblées annuelles.

Peu après la publication du rapport, le premier ministre de l'Alberta a annoncé l'élaboration d'une stratégie pour s'attaquer au problème de la violence faite aux femmes. Plus récemment, dans un discours célébrant la Semaine internationale de la femme en 2005, l'Honorable Carolyn Bennett, ministre d'État à la Santé publique, a parlé du Rapport de surveillance en affirmant qu'il s'agissait de l'une des importantes mesures mises en place par le Canada pour l'égalité des femmes dans le domaine de la santé.

Enseignements tirés

Les données interdisciplinaires ayant servi à la préparation du Rapport de surveillance sont essentielles au cycle d'élaboration de politiques d'un système durable de surveillance de la santé des femmes. La consultation externe nous a fourni plusieurs bonnes idées sur le contenu, la diffusion et l'utilisation du rapport. Quelques-unes ont été retenues alors que d'autres ont été notées en prévision de futurs rapports. Par exemple, on nous a suggéré de mener une recherche sur différents enjeux liés à la santé des femmes, mais nous ne possédions pas toujours de données fiables pour aborder ces sujets. On nous a également dit qu'il aurait fallu, dès l'amorce du processus de recherche, établir un meilleur consensus autour d'un cadre conceptuel afin d'orienter le choix des thèmes traités dans le rapport.

Alors que les processus de collaboration et de consultation qui ont servi à la préparation du Rapport de surveillance se sont révélés d'une très grande valeur, il a parfois été difficile de concilier une approche quantitative/statistique — c.-à-d. procéder à l'analyse des données disponibles et chercher à formuler des recommandations en s'appuyant sur une preuve d'efficacité — avec les disciplines et l'expertise que l'on trouve plus souvent dans la recherche sur le genre et la santé, comme en sciences sociales. Rétrospectivement, d'autres mesures auraient pu être prises afin de

*L'Honorable Carolyn Bennett,
ministre d'État à la Santé
publique, a parlé du Rapport
de surveillance en affirmant
qu'il s'agissait de l'une des
importantes mesures mises en
place par le Canada pour
l'égalité des femmes dans le
domaine de la santé.*

préparer les auteures, par exemple leur offrir de courtes séances de formation sur les méthodes de rédaction appropriées et leur distribuer un « chapitre modèle ».

Conclusions et répercussions

Le Rapport de surveillance a présenté ce que l'on sait et, ce qui importe davantage, ce que l'on ignore sur de nombreux aspects de la santé des femmes, ainsi que des recommandations pour l'avenir. Nous imaginons un cycle continu de connaissances transposées en politiques à l'intérieur duquel les données issues de la recherche et de la surveillance orientent l'élaboration de politiques en santé. Dans la foulée des nouvelles politiques et de leurs retombées, les décideurs seront en mesure de cerner de nouvelles sphères où une surveillance et/ou une analyse serait souhaitable.

Les recommandations formulées dans le rapport en vue d'améliorer la surveillance de la santé des femmes et de formuler des politiques serviront à la production d'autres rapports; les réseaux de collaboration entre chercheurs, professionnels et décideurs poursuivront leurs activités et seront élargis aux fins de l'évaluation et de la planification des activités futures; on tentera de conclure une entente portant sur différentes démarches conceptuelles visant à guider dorénavant le choix et l'étude des enjeux rattachés à la santé des femmes; enfin, on développera un ensemble d'indicateurs de la santé qui sont propres aux femmes dans le but de surveiller les progrès et de rendre compte de l'amélioration de la santé des femmes au Canada.

Références

1. Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes. 1999. *La surveillance de la santé des femmes : Un plan d'action pour Santé Canada*. Ottawa (Ontario), Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
2. DesMeules, M., D. Stewart, A. Kazanjian, H. McLean, J. Payne et B. Vissandjée. 2004. *Rapport de surveillance de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. *BMC Women's Health* 4 (Suppl. 1): S1-S36.



PROJET SUR LA MONDIALISATION, LA SANTÉ, LES FEMMES ET LES HOMMES

Heather MacLean, Centre de recherche sur la santé des femmes

Suzanne Sicchia, Centre de recherche sur la santé des femmes

Miriam Stewart, directrice scientifique, Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC

Elizabeth McGregor, ancienne directrice adjointe, Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC

Gloria Bonder, chaire UNESCO sur les femmes, la science et la technologie en Amérique latine

Zo Randriamaro, expert-conseil

Le Globalization, Gender and Health Project (projet GGH), importante initiative en matière de recherche concertée internationale, visait à cerner divers enjeux touchant simultanément à la mondialisation, à la santé, aux femmes et aux hommes, en vue de définir les priorités des prochains programmes de formation et de recherche. L'équipe a tiré d'importantes leçons de ces partenariats internationaux. Forger des liens de confiance entre des participants provenant des nations développées et du monde en développement n'a pas été sans difficultés, pas plus qu'il n'a été facile de dégager un consensus sur les enjeux prioritaires. La récompense est venue sous la forme de réseaux du savoir durables qui continuent de soutenir le programme de recherche original.

Contexte

En 2002, dans le cadre d'une initiative plus vaste, l'Institut de la santé des femmes et des hommes (ISFH) des IRSC a convié le Centre de recherche sur la santé des femmes à l'Université de Toronto afin de préparer un document de travail sur des enjeux touchant simultanément à la mondialisation, à la santé, aux femmes et aux hommes. Les principaux objectifs liés à l'élaboration du document — *Globalization, Gender and Health Project* — étaient d'inviter des décideurs, des universitaires et des activistes provenant des pays en développement et des nations développées à définir les grands enjeux, en vue d'établir un programme de recherche et de formation sur la santé des femmes et des hommes à l'échelle internationale et de déceler des occasions de recherche et de partenariat.

Le projet a rassemblé de nombreux partenaires, notamment les *National Institutes of Health*, la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale, l'Université Harvard, l'Université Yale, l'Université McMaster, l'Université de Toronto, l'UNESCO, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et la Banque mondiale. Le projet incluait notamment un important volet de consultations avec des collaborateurs des pays en développement. L'intégration à grande échelle de l'expertise des intervenants internationaux a rendu ce projet unique et donné d'importantes leçons sur le travail collectif à l'intérieur de partenariats internationaux, comme elle a permis de construire des structures à cette fin. Il s'agit là de deux concepts essentiels en matière d'application des connaissances (AC) en santé mondiale.

L'initiative d'AC

Notre recherche a commencé par une étude documentaire de questions d'intérêt et la rédaction de quelques documents de discussion préliminaires sur des enjeux possibles. À ces ébauches s'est ajouté un appel international d'études de cas sur ces sujets, à la suite de quoi nous avons reçu des propositions d'universitaires et de fournisseurs de service du monde entier. Nous avons ensuite tenu une série de rencontres et de consultations régionales avec des intervenants afin de connaître les points de vue d'un

Nous avons impliqué les intervenants en jumelant les groupes de discussion et les rencontres avec les forums internationaux existants.

vaste échantillon représentatif d'universitaires, de décideurs et de représentants d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux (ONG).

Le projet reposait sur une approche participative et itérative. Nous avons mené un sondage en boule de neige afin d'identifier dans différents pays des spécialistes de sphères de recherche et de politique pertinentes, et nous avons impliqué les intervenants en jumelant les groupes de discussion et les rencontres avec les forums internationaux existants. Nous avons également formé de petits groupes de réflexion sur chacun des enjeux afin de définir le processus de recherche, et nous avons organisé des symposiums régionaux réunissant des universitaires, des professionnels de la santé, des décideurs et des organismes donateurs afin de recueillir plus d'information sur les enjeux propres aux régions. Dans le but d'assurer une véritable participation des intervenants des pays en développement, nos partenaires régionaux ont dirigé des cyberforums qui portaient sur des questions propres à l'Amérique latine et à l'Afrique. Chaque appel de commentaires nous a permis de peaufiner notre document de discussion et nous a fourni des thèmes pour d'éventuelles discussions.

Les organismes associés ont pris les devants dans différents volets du projet en plus de livrer leur rétroaction sur la préparation du document de travail. Les partenaires provenant des pays en développement associés à l'UNIFEM et à l'UNESCO ont structuré, mis en œuvre et dirigé les consultations régionales. D'autres ont participé à des séances de planification, apporté un soutien technique concret, coordonné les dialogues régionaux, organisé des consultations dans le cadre des forums internationaux existants et parrainé le projet afin de le faire mieux connaître et d'attirer l'attention d'autres partenaires éventuels. Le Conseil consultatif de l'ISFH a agi comme comité directeur de l'ensemble du projet.

Nous avons misé sur une utilisation optimale du réseau Internet, du courrier électronique et des téléconférences, doublée de rencontres en personne et d'une série de symposiums, pour faciliter le dialogue à l'échelle internationale, diffuser les conclusions de l'étude, faire connaître les annonces de financement et encourager une collaboration future entre les organismes partenaires et les participants.

Résultats de l'expérience d'AC

Dans l'ensemble, le projet a rassemblé 250 chercheurs, professionnels et décideurs représentant 80 organismes œuvrant dans le domaine de la santé des femmes et des hommes dans plus de 30 pays.

Nous avons ainsi défini huit enjeux prioritaires (la sécurité alimentaire et la nutrition, le VIH/sida, la santé au travail, la santé génésique, la santé mentale, la toxicomanie, la violence et les maladies infectieuses) et quatre sujets d'intérêt particulier (le bien collectif international, les mouvements migratoires et la santé, la gouvernance mondiale de la santé et la santé des peuples autochtones dans le monde) qui se recoupent avec la mondialisation, la santé, les femmes et les hommes. Des documents de discussion sur chacun de ces sujets, qui peuvent servir à orienter les programmes de recherche, de formation et de formulation de politiques, ont été joints au document de travail qui a fait l'objet d'une vaste diffusion en français, en anglais et en espagnol. Nombre de nos organismes partenaires ont diffusé d'autres produits du projet, notamment une série d'articles, de documents et d'exposés portant sur les conclusions du projet, par le truchement des réseaux formés par les universitaires, les ONG et les gouvernements.

Enseignements tirés

Au fil des nombreuses collaborations qui ont appuyé le projet, nous avons tiré d'importantes leçons sur la création de partenariats et le processus de collaboration dans le cadre d'initiatives mondiales en santé.

Cultiver la confiance

L'un de nos plus grands défis aura été d'instaurer un climat de confiance. Même si le soutien de partenaires comme la Banque mondiale a incité quelques collaborateurs à croire que nos résultats serviraient à l'élaboration de politiques, certains craignaient de participer à l'initiative d'un organisme qu'ils percevaient comme un défenseur de formes injustifiées de mondialisation. De plus, certains partenaires des pays en développement estimaient que, dans le passé, des nations développées s'étaient servies d'eux et hésitaient à investir de leur temps et de leur expertise dans un projet financé par des organismes nord-américains. Des réserves semblables ont été exprimées par des partenaires de pays riches qui estimaient que pareils projets ne débouchent habituellement sur rien, engouffrent des ressources et n'apportent rien de concret.

Afin de surmonter ces objections, il a véritablement fallu écouter et comprendre les préoccupations exprimées par les partenaires éventuels et les participants. Il importait d'informer les parties intéressées et de les laisser libres de choisir leur degré d'implication, mais il a fallu beaucoup de temps pour renseigner chacun des 250 collaborateurs sur les nouveaux projets. Nous avons également appris que les personnes totalement engagées dans une étape du projet peuvent se sentir exploitées si on ne sollicite pas constamment leur avis au fil du processus. Les retards dans la production de résultats étaient une autre source de frustration potentielle. Préserver la confiance des participants exige beaucoup de temps et d'argent, même après l'achèvement du projet.

Apprécier la diversité

Les définitions de la mondialisation et de son incidence sur la santé sont des sujets qui ne font pas l'unanimité et les points de vue divergent sur plusieurs points. Le clivage idéologique entre les intervenants était accentué par un sentiment de territorialité à savoir quelle expertise devait faire autorité. Quelques partenaires ont directement contesté la légitimité du savoir et de l'apport des autres, faisant valoir qu'ils étaient trop néophytes en matière de recherche sur la santé ou mettant en doute la valeur de leurs opinions. Gagner la confiance et un consensus dans un tel climat de séparation n'a pas été une mince affaire. N'ayant pas trouvé une solution définitive à ces problèmes, nous avons néanmoins imaginé des stratégies utiles : nous avons adopté les définitions des Nations Unies sur la santé, les femmes et les hommes et la mondialisation, et nous avons défini les paramètres du projet en fonction des engagements internationaux, comme Les objectifs du Millénaire pour le développement.

Dégager un consensus

Étant donné l'étendue des résultats du projet, les bailleurs de fonds ont exigé que l'équipe de recherche dégage un consensus sur quelques enjeux clés à l'intérieur desquels s'entrecroisent la mondialisation, la santé, les femmes et les hommes, aux fins de formuler des recommandations pour les activités futures de recherche et de formation. Toutefois, comme les priorités varient grandement entre les régions et à l'intérieur de celles-ci, il a fallu beaucoup de temps et d'efforts pour parvenir à un consensus. Avant d'en arriver à une liste principale d'enjeux et de recommandations emportant l'adhésion de tous les partenaires, il a fallu mettre de côté des idées que certains défendaient avec passion. En dernier ressort, tous les participants ont dû faire un compromis. Ils en sont arrivés à une liste d'enjeux prioritaires très diversifiés, reflétant le plus possible la diversité des régions et des contributions.

Comme les priorités varient grandement entre les régions et à l'intérieur de celles-ci, il a fallu beaucoup de temps et d'efforts pour parvenir à un consensus.

Emploi des technologies

Afin de favoriser la participation d'intervenants étrangers, le projet a grandement utilisé les technologies de l'information et des communications (TIC) : forums de discussion sur le Web, bénévoles en ligne*, courrier électronique, ressources électroniques et serveurs de liste. Les TIC coûtent beaucoup moins cher que les déplacements et les appels interurbains. Toutefois, le recours aux TIC a limité le nombre d'individus et d'organismes qui pouvaient prendre part à cette initiative, en particulier chez nos collègues en Afrique où subsistent des problèmes d'accès au réseau et d'infrastructure. Les TIC ont parfois posé problème lorsque les communications se déroulaient en plusieurs langues.

Réciprocité

Nous voyons dans le soutien officieux et les réseaux du savoir que ce projet a mis en place entre nos collaborateurs internationaux une énorme récompense pour le temps et les efforts consacrés à la création d'un climat de confiance. Une correspondance régulière entre les collaborateurs au sujet des possibilités de financement, des événements internationaux et des ressources utiles se poursuit, même après la fin des consultations. La qualité des échanges et des

La réussite d'un partenariat ou d'une collaboration repose toujours, dans une certaine mesure, sur la diversité des personnalités en cause et sur la souplesse des organismes de financement.

liens de confiance qui se sont établis entre eux est mise en évidence par le fait que l'équipe de recherche est régulièrement sollicitée par des collaborateurs afin d'étudier des demandes de subvention, de commenter des propositions de recherche et d'identifier des sources de financement potentielles, ou des publications ou des forums où les collaborateurs peuvent présenter leurs travaux. Il importe de souligner que l'échange d'information a lieu dans les deux sens; les partenaires qui vivent dans les pays industrialisés sont tout autant susceptibles de demander conseil et soutien à leurs collègues des pays en développement que l'inverse.

Conclusions et répercussions

S'il est possible de généraliser quelques-unes des leçons que nous avons tirées de cette collaboration internationale, on ne saurait réduire une collaboration fructueuse à un seul ensemble d'outils uniformisés. Plutôt, ainsi que l'a souligné l'un de nos partenaires étrangers, la réussite d'un partenariat ou d'une collaboration repose toujours, dans une certaine mesure, sur la diversité des personnalités en

cause et sur la souplesse des organismes de financement.

Néanmoins, nous espérons que ce que nous avons appris à propos de la somme de temps et d'énergie investie dans l'établissement d'une solide collaboration internationale aidera d'autres groupes à mener des activités mondiales de recherche et d'AC en santé. À ce niveau, l'AC repose sur un équilibre constant des intérêts, des cultures et des valeurs. À défaut de préserver la confiance, de respecter la diversité, de recourir aux technologies appropriées et de rendre la pareille à nos collègues, cet équilibre peut se rompre.

* Le Programme des Nations Unies pour le développement, par l'entremise de l'initiative NetAid, nous a permis de collaborer avec deux bénévoles exceptionnels : George Gopal au Kenya et Sahar Saquib en Afghanistan. Cette expérience virtuelle s'est avérée tellement positive qu'en 2003, l'équipe de recherche du Centre de recherche sur la santé des femmes a proposé la candidature de George Gopal au prix des Nations Unies pour le bénévole virtuel de l'année, qui a d'ailleurs été retenue.



SANTÉ
AU TRAVAIL

L'APPLICATION DES CONNAISSANCES PAR L'ENTREMISE D'UNE PRODUCTION THÉÂTRALE FONDÉE SUR LA RECHERCHE

Joan M. Eakin, Université de Toronto

Marion Endicott, *Injured Workers Consultants* et le *Bancroft Institute*

Ce dossier documente la transformation en un projet de théâtre communautaire d'un projet universitaire sur la santé publique portant sur la mise en œuvre des pratiques et politiques de l'Ontario en matière de retour au travail, c.-à-d. la production d'une pièce intitulée « Easy Money ». Cela a donné lieu à une initiative très réussie d'application des connaissances (AC). Des travailleurs accidentés, objet de l'étude universitaire, se sont fortement identifiés aux personnages de la pièce et ont reçu l'espoir que leurs expériences personnelles pouvaient servir au plus grand nombre. En ce qui concerne les chercheurs, l'entreprise a dégagé de nouvelles perspectives sur l'objet premier de la recherche, validé leurs hypothèses initiales et produit plusieurs sujets en vue de recherches subséquentes.

Contexte

Joan Eakin, secondée par les chercheuses Ellen MacEachen et Judy Clarke de l'Institut de recherche sur le travail et la santé de Toronto, ont récemment bouclé une étude portant sur un nouveau système visant à réduire les invalidités attribuables à des accidents de travail et à retourner au travail les personnes accidentées*. Ce système préconise un retour hâtif au travail (avant le rétablissement), un poste modifié (des tâches adaptées à la blessure) et l'autonomie du lieu de travail (l'auto-administration des lieux de travail par les intéressés).

L'étude a cerné plusieurs répercussions problématiques pour les lieux de travail de petite envergure, entre autres les effets indésirables sur les travailleurs accidentés et sur les rapports sociaux entre collègues de ce que les chercheurs appellent un « discours de l'abus », qui renvoie à la conception généralement répandue selon laquelle les travailleurs feront une utilisation abusive du système d'indemnisation.

Les conclusions de la recherche ont été publiées¹ et présentées à d'autres chercheurs, aux administrateurs de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario, à des décideurs, à des professionnels de la santé et à des travailleurs accidentés. Le projet a produit de nombreux résultats tangibles, dont une modification du formulaire de signalement des accidents de travail en Ontario, et a suscité un intérêt exceptionnel chez les travailleurs accidentés. La réussite de ces premières initiatives d'AC nous a incitées à étendre la portée des conclusions de la recherche d'une manière novatrice : par l'entremise du théâtre.

L'initiative d'AC

On reconnaît de plus en plus le théâtre comme un instrument de communication de la recherche et de changement social². Dans le secteur de la recherche sur la santé au Canada, les pièces de Ross Gray et compagnie³ sur l'expérience de personnes atteintes de cancer sont probablement inégalées aux chapitres de la portée et de l'incidence.

Inspirées par ces pièces de théâtre fondées sur la recherche, en collaboration avec la firme *Injured Workers Consultants* (clinique d'aide juridique qui a soutenu l'étude dès le départ) et le *Ontario Network of Injured Workers Groups*, nous avons dégagé une somme d'argent en puisant à d'autres subventions de recherche pour embaucher une dramaturge et metteuse en scène d'expérience. Avec son aide, nous avons obtenu des subventions

* Financée par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario.

des Conseils des arts de l'Ontario et de Toronto ainsi que de plusieurs syndicats dans le but de financer l'étape de l'élaboration du projet, qui s'est étalée sur près d'un an pour se terminer par la récente mise en scène de la pièce « *Easy Money* ».

La pièce vise, d'une part, à communiquer les conclusions de la recherche aux travailleurs accidentés, aux administrateurs du système, aux décideurs, aux législateurs et au grand public, et, d'autre part, à mobiliser les travailleurs accidentés dans l'initiative d'AC. La pièce a été élaborée de façon progressive; dans un premier temps, l'auteure et metteuse en scène a lu les conclusions du rapport de recherche pour ensuite tenir des séances de remue-méninges en compagnie des chercheurs et du groupe chargé de la production; cet exercice a permis de dégager les grandes idées autour desquelles s'articulait la recherche et trouver le meilleur moyen de les transposer à la scène.

C'est ainsi qu'à vu le jour le *Injured Workers Theatre Collective* (collectif théâtral des travailleurs accidentés), un groupe réunissant des travailleurs accidentés clients de la clinique d'aide juridique; le collectif a rencontré l'auteure à plusieurs reprises pour que chacun puisse, par son témoignage, étoffer la pièce. Un vidéographe a enregistré les histoires des travailleurs qui ont pris part à cette étape du projet. Sept acteurs professionnels[†], un musicien et des concepteurs ont été embauchés pour la mise en scène de la pièce.

L'élément central de la pièce, un jeu kafkaïen de serpents et échelles doublé d'une représentation satirique des accidentés perçus comme des gens qui touchent facilement de l'argent, a été dégagé de la convergence des résultats de la recherche, de la participation des travailleurs et de l'expression artistique. Les principaux arguments et concepts analytiques de la recherche ont trouvé une expression grâce aux dialogues, à la musique, aux chansons, aux mouvements et aux accessoires.

Résultats de l'expérience d'AC

La pièce a été présentée pour la première fois dans le cadre du *Toronto Mayworks Festival of the Arts* en mai 2005. Tout de suite après la représentation, on a tenu une discussion avec le public (près de cent personnes, pour la plupart des travailleurs accidentés et leurs familles) afin de recueillir leurs commentaires et leurs idées pour améliorer la pièce. En plus d'apporter de précieuses suggestions à propos de la pièce, les réactions du public ont jeté un nouvel éclairage sur certains aspects de la recherche et de l'analyse et ont permis de dégager de nouveaux sujets de recherche. Parmi les activités de suivi prévues, soulignons l'adaptation de la pièce pour le grand public, les fournisseurs de service et les décideurs, la production de vidéos et la transmission du scénario à d'autres communautés en prévision de productions locales.

La production a connu un immense succès si l'on en juge par la réaction immédiate de l'auditoire. Les travailleurs accidentés se sont reconnus dans le contenu de la pièce. Beaucoup se sont sentis compris pour la première fois. La transposition sur la scène et la présence d'acteurs professionnels ont semblé élever et légitimer leurs expériences personnelles, et leur ont donné l'espoir que les systèmes institutionnels, à l'intérieur desquels plusieurs s'étaient sentis prisonniers et mal servis, pouvaient être révélés tels qu'ils étaient à la population. La réaction face à la pièce a également été gratifiante pour les chercheurs (car elle appuyait le caractère véridique de la recherche) et les partenaires juridiques de la communauté (car elle témoignait de l'efficacité de leur activisme).

[†] Les opinions divergent sur les avantages et les inconvénients relatifs à l'embauche d'acteurs professionnels plutôt que des travailleurs accidentés pour interpréter les rôles. Dans « *Easy Money* », la présence d'acteurs professionnels a grandement contribué à mieux faire passer le message, de l'avis des travailleurs accidentés, en accentuant l'importance sociale perçue de leurs expériences personnelles.

Enseignements tirés

Qu'advient-il de la connaissance scientifique lorsqu'on la transforme en art et en véhicule de revendication et de changement?

Malgré le succès manifeste de la pièce, il importe de s'interroger du point de vue plus abstrait de l'AC.

En premier lieu, qu'advient-il de la connaissance scientifique lorsqu'on la transforme en art et en véhicule de revendication et de changement? La science s'en trouve-t-elle enrichie? Appauvrie? La théorie devient-elle sans essence? Dans le cas qui nous occupe, la pièce avait la double capacité de transformer une recherche abstraite en une forme concrète et de produire un savoir abstrait généralisable à partir des conclusions d'une recherche empirique (p. ex., elle a synthétisé l'expérience générique, universelle derrière les histoires de chacun).

Ainsi, s'appuyant sur les techniques de la métaphore, du dialogue et de la fiction, la caractérisation de l'expérience véhiculée dans la pièce est devenue personnelle et générique, individuelle et collective, particulière et universelle.

Un enjeu connexe découle de l'observation voulant que la connaissance acquise par la voie scientifique ne produise pas nécessairement du théâtre intéressant ou ne fasse pas un bon outil de sensibilisation ou de changement. Est-ce qu'un public nombreux choisirait d'assister à la représentation d'une pièce portant seulement sur les misères et le désespoir de travailleurs accidentés? Mais que se passe-t-il lorsque les conclusions d'une recherche sont retouchées en fonction de la scène ou d'une autre forme de communication, ou lorsqu'on met de côté des idées qui ne passent pas la rampe? En quoi le recours à l'humour et l'ironie, par exemple, a-t-il à voir avec la connaissance scientifique de départ? Sans aucun doute, nous en apprendrons davantage sur le rapport entre la science, les arts et les fins politiques au moment où nous adapterons la pièce en fonction d'auditoires différents, soit le grand public, les administrateurs du système, les fournisseurs de service et les décideurs.

En deuxième lieu, comment évaluer le rendement de l'investissement de telles initiatives d'AC? Quels avantages personnels devraient former les axes de pivotement de l'évaluation? Dans ce cas, il était possible de mesurer l'efficacité de la pièce « *Easy Money* », comme forme d'AC, de plusieurs points de vue : comme un baume et une voix prêtée aux travailleurs accidentés, comme un catalyseur de réforme auprès des législateurs et des administrateurs, comme une source de pression populaire en faveur de changements institutionnels et comme une source d'orientation des recherches à venir. Mais peut-elle accomplir tout cela sans un conflit d'intérêt et sans fin politique? Et le théâtre véhicule-t-il certains buts mieux que d'autres?

En troisième lieu, quelle est l'importance des préoccupations d'ordre pragmatique plutôt que théorique liées à l'AC? Indépendamment de toute théorie abstraite, sa réalisation efficace est largement subordonnée aux considérations d'ordre pratique et aux ressources disponibles. Par exemple, l'AC peut trouver un obstacle pratique dans un mauvais synchronisme et la non-disponibilité de sources de financement. Dans notre cas, une politique restrictive de subvention à la recherche nous a fait perdre l'argent que nous n'avons pas consacré à l'AC et qui aurait pu servir à démarrer le projet de pièce de théâtre. Établir une collaboration en vue de ce genre d'activité créatrice exige davantage de souplesse du côté financement que celle que l'on trouve en général.

L'AC peut se buter à un autre obstacle : la faible valeur qu'on lui accorde à titre de capital universitaire. Pareilles activités (plus particulièrement les entreprises peu orthodoxes comme la pièce « *Easy Money* ») peuvent entraîner les chercheurs sur des terrains méconnus où il leur faut du temps et de l'effort pour se retrouver (p. ex., s'assurer d'un financement dans la sphère artistique, apprendre à produire une pièce) et où les risques et les résultats sont inconnus. De plus, une véritable collaboration peut signifier dans l'esprit du chercheur une perte de « contrôle » sur l'usage et l'interprétation que l'on fera de sa propriété intellectuelle (quelle horreur dans le monde universitaire!).

Conclusions et répercussions

L'AC, essentiellement un exercice de collaboration multidisciplinaire, ne peut être efficace que si toutes les parties en tirent quelque chose de concret.

L'expérience autour de la production de « *Easy Money* » souligne que l'AC, essentiellement un exercice de collaboration multidisciplinaire, ne peut être efficace que si toutes les parties en tirent quelque chose de concret. Elle ne peut se produire sous l'effet de la seule pression normative (p. ex., la conviction que la recherche qui profite d'un financement public doit absolument être utile en dehors du milieu universitaire), pas même par nécessité (p. ex., l'AC qui fait l'objet d'une demande de la part des organismes de financement de la recherche).

Dans le cas qui nous occupe, la pièce « *Easy Money* » s'alignait clairement avec la mission organisationnelle des collaborateurs de la clinique d'aide juridique, qui consistait à améliorer l'existence des travailleurs accidentés et à promouvoir une réforme législative. En ce qui touchait les travailleurs accidentés qui participaient au projet, la pièce prêtait voix à leur expérience personnelle, lui donnait un sens et faisait

naître un sentiment d'appartenance à la communauté. En ce qui concernait les artistes, en particulier l'auteure et metteuse en scène, la pièce a été l'occasion de s'impliquer au plan politique et de prendre part à une nouvelle expérience de théâtre communautaire. Pour ce qui est des chercheurs, l'entreprise a dégagé de nouvelles perspectives en rapport au problème initial posé par la recherche et fourni ample matière à réflexion pour la recherche à venir. Une telle convergence d'intérêts nous paraît être un élément prépondérant de ce qui a fait de « *Easy Money* » un modèle à suivre en matière d'AC. La réussite que connaîtra la pièce à cet égard, lorsqu'elle sera adaptée en fonction d'enjeux différents et présentée devant d'autres publics qui ne souhaiteront pas forcément entendre ces messages, devra faire l'objet d'un témoignage dans une prochaine édition de ce recueil.

Références

1. Eakin, J., E. MacEachen et J. Clarke. 2003. 'Playing it smart' with return to work: Small workplace experience under Ontario's policy of self-reliance and early return. *Policy and Practice in Health and Safety*, 1 (2): 19-41.
2. McCall, M. 2000. *Performing ethnography: A brief history and some advice*. Dans *Handbook of qualitative research*, sous la direction de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln, 421-33. Thousand Oaks, Californie, Sage Publications.
3. Gray, R. et C. Sinding. 2002. *Standing ovation: Performing social science research about cancer*. Walnut Creek, Californie, AltaMira Press.



RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AGRICOLES

Louise Hagel, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan
Helen McDuffie, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan
James Dosman, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan
Lori Lockinger, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan
Julie Bidwell, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan
Sean Siever, Institut de la santé agricole, rurale et environnementale, Université de la Saskatchewan

Le réseau de la santé et de la sécurité agricoles de la Saskatchewan est un programme d'application des connaissances (AC) qui vise à promouvoir la santé et la sécurité dans les établissements agricoles par la prestation de formation et de service et la recherche. Fruit d'un partenariat entre l'Institut de la santé agricole, rurale et environnementale et de la Saskatchewan Association of Rural Municipalities, le réseau s'est développé depuis 1988 et dessert à présent quelque 26 000 familles agricoles. La gamme d'activités d'AC proposée par le réseau inclut des programmes de dépistage et d'éducation offerts à l'échelle locale pour sensibiliser les gens aux dangers et identifier les fermiers qui risquent de subir des blessures ou des maladies liées à leur travail, et la prestation de ressources éducatives pratiques, rédigées dans un langage clair et simple, portant sur les enjeux liés à la santé et à la sécurité agricoles.

Contexte

Les agriculteurs et leur famille sont exposés à nombre de risques potentiels : pesticides et autres produits chimiques servant à l'agriculture, virus, moisissures et endotoxines, poussières organiques, zoonoses, vibration et bruit excessifs, et accidents de travail. La recherche a clairement démontré une incidence accrue dans cette population d'effets nocifs particuliers sur la santé (maladies respiratoires, certaines formes de cancer, surdité, blessures) associés aux facteurs professionnels et environnementaux, comparativement aux secteurs non agricoles.

Le réseau de la santé et de la sécurité agricoles est un programme centré d'AC qui vise à prévenir les invalidités et les maladies professionnelles chez les agriculteurs de la Saskatchewan. Établi en 1988 dans le cadre d'une initiative conjointe de l'Institut de santé agricole, rurale et environnementale (auparavant appelé le Centre de médecine agricole), d'une unité de recherche de l'Université de la Saskatchewan et de la *Saskatchewan Association of Rural Municipalities*, le réseau a pour mandat de transposer les fruits de la recherche en renseignements pratiques et utiles pour les agriculteurs.

Le réseau renseigne les agriculteurs, leur famille et les travailleurs des industries connexes sur les risques potentiels qui existent dans leur milieu de travail et sur les méthodes de gestion réduisant leur exposition à ces risques. Tablant sur les conclusions de nos propres études, de même que sur celles de la recherche menée aux échelles nationale et internationale, nous concevons, mettons en place et évaluons des renseignements et des services sur la santé à l'intention des communautés agricoles, en collaboration avec les producteurs et divers spécialistes rattachés à plusieurs organismes.

L'initiative d'AC

L'évolution du réseau représente une occasion de coopération, de créativité, d'imagination et de détermination. Nos employés, en poste à l'Institut de santé agricole, rurale et environnementale, échangent des communications et prennent part à des consultations avec une variété d'intervenants, dont des agriculteurs et leur famille, des chercheurs, des décideurs et des bénévoles ruraux, afin d'élaborer et de mettre en œuvre des techniques pour

améliorer la santé et la sécurité dans tous les secteurs de l'industrie agricole. Chaque intéressé offre du temps, de l'expertise, de l'argent et un soutien en nature dans un cadre amical et interactif.

L'adhésion au réseau est volontaire et fait l'objet d'un droit annuel versé par les conseillers municipaux au nom des familles d'agriculteurs de leur arrondissement. Les sommes sont ensuite utilisées comme source de financement de contrepartie ainsi que pour appuyer l'élaboration de matériel et la prestation de services aux membres du réseau. D'ordinaire, le réseau emploie une infirmière soignante chargée d'appliquer les programmes, de coordonner les activités, de communiquer avec les membres et de contribuer à l'élaboration de matériel didactique.

Le réseau est doté d'un comité directeur et de comités consultatifs dont les membres, des agriculteurs et professionnels agricoles, proposent de nouvelles idées, communiquent les préoccupations des producteurs et donnent des conseils quant à l'utilisation du vocabulaire et des techniques propres à l'AC à la communauté agricole, aux décideurs et aux professionnels de la santé. Le réseau compte également des bénévoles, dont des universitaires, des agriculteurs, des professionnels de la santé au travail et de la santé publique, et des décideurs qui examinent, éprouvent et évaluent les programmes, documents et interventions proposés. La réussite du réseau est grandement rehaussée par la volonté de ces bénévoles qui donnent de leur temps, de leur expertise et de leurs ressources à cette initiative de collaboration.

Le réseau offre aux agriculteurs et à leur famille plusieurs programmes d'éducation et de dépistage, dont le *Respiratory Health Maintenance Program* (programme de préservation de la santé des voies respiratoires) et le programme pour la protection de l'ouïe, dont la prestation est assurée par un personnel qualifié dans la

Nous offrons également un cours de préparation aux accidents qui enseigne aux agriculteurs et aux membres de leur famille quoi faire en cas d'urgence en milieu de travail.

communauté et qui comporte un suivi médical, au besoin. Les programmes visent à mieux sensibiliser les intéressés aux risques agricoles, à promouvoir des méthodes pour réduire l'exposition aux risques et à identifier les agriculteurs qui risquent de subir des blessures et des maladies professionnelles. Nous offrons également un cours de préparation aux accidents qui enseigne aux agriculteurs et aux membres de leur famille quoi faire en cas d'urgence en milieu de travail.

Le réseau parraine et coordonne des assemblées régulières et annuelles, des séminaires, des ateliers et des sommets, et offre des kiosques de présentation et des exposés un peu partout en Saskatchewan. Chaque année, nous organisons un sommet portant sur le contrôle des blessures en milieu agricole à l'intention des producteurs, des professionnels de la santé et de la sécurité et des décideurs gouvernementaux. Ce sommet a pour objectif de faire décroître la fréquence et la gravité des blessures en milieu agricole, et nous avons recommandé aux gouvernements, aux agriculteurs, aux régisseurs et aux familles d'agriculteurs des modifications à apporter aux politiques. Ainsi, en 2005, le sommet portait sur le manque de sommeil et le stress comme

facteurs prédisposant aux accidents en milieu agricole et présentait des renseignements à jour sur des techniques d'adaptation. On y présentera également des dispositifs de sécurité inventés par des agriculteurs. Les employés du réseau sont également actifs au sein d'organismes locaux, provinciaux, nationaux et internationaux qui ont un volet touchant à la santé et à la sécurité agricoles, dans le cadre d'initiatives liées à la promotion de la santé, aux activités éducatives, à la surveillance des blessures et à la recherche ciblée.

Nous fournissons de plus aux membres du réseau des feuillets d'information, des présentations PowerPoint (qui sont préparées, éprouvées et fournies à des conférenciers régionaux), des livrets et des vidéos, et nous distribuons chaque année aux familles d'agriculteurs des trousseaux didactiques sur différents sujets tels que la vérification de la

sécurité des fermes. Les membres du réseau reçoivent un bulletin semestriel qui leur livre de l'information sur la santé et la sécurité et les renseigne sur les activités et programmes du réseau. Nous nous appuyons également sur l'imprimé, la radio et la télévision pour annoncer les événements, faire connaître les conclusions de nos recherches et promouvoir la sécurité en milieu agricole. Les rédacteurs en chef de journaux ruraux et agricoles spécialisés, par exemple, nous consentent des prix réduits lorsque nous publions dans leurs pages.

Nous sommes dotés de stratégies d'évaluation formelles et structurées, qui comportent notamment des questionnaires, des subventions accordées après évaluation par des pairs, des comités consultatifs et des évaluations faites par des étudiants de la viabilité économique des différentes initiatives. Nous communiquons avec les familles membres du réseau par l'entremise du téléphone, du courrier électronique, du télécopieur, de la poste et en personne. Nos coordonnées figurent sur chaque article que nous distribuons et toutes nos publications contiennent une carte-réponse. Ce sont toutefois les six conseillers municipaux des 154 municipalités rurales qui procèdent à notre plus importante évaluation et qui décident chaque année de faire une priorité de la santé et de la sécurité en milieu agricole.

Le réseau a vu son effectif augmenter depuis 1988 de cinq à 154 municipalités rurales et de 1 000 à 26 000 familles d'agriculteurs de la Saskatchewan, ce qui représente plus de la moitié des exploitations agricoles de la province.

Résultats de l'expérience d'AC

Le réseau affiche une croissance soutenue malgré les difficultés liées à une économie agricole anémique et a vu son effectif augmenter depuis 1988 de cinq à 154 municipalités rurales et de 1 000 à 26 000 familles d'agriculteurs de la Saskatchewan, ce qui représente plus de la moitié des exploitations agricoles de la province. On est à même d'observer une plus grande sensibilisation aux enjeux liés à la santé et à la sécurité et un changement des comportements, mais on les a peu quantifiés à l'échelle provinciale.

Enseignements tirés

Au fil des années, le réseau nous a fourni plusieurs enseignements en matière d'application des connaissances. Le réseau est né d'un besoin et d'une association naturelle entre une unité de recherche intéressée à la santé et la sécurité en milieu agricole et la *Saskatchewan Association of Rural Municipalities*, qui déjà se présentait comme le défenseur de la santé et de la sécurité des producteurs agricoles. Une vision nette des enjeux en cause,

combinée à l'engagement des intéressés, peut maintenir un partenariat fructueux et de longue durée. Le réseau survit et se développe grâce à la confiance qui règne entre ses partenaires, à la libre circulation des connaissances et au partage de la responsabilité quant à l'élaboration et à la planification des programmes.

Lorsque le réseau a vu le jour, nous savions que les agriculteurs souhaitaient obtenir des renseignements pratiques d'une source fiable. L'un de nos premiers défis a consisté à trouver un moyen d'apporter l'information à la ferme sous une forme appropriée et nous nous sommes vite aperçus que les agriculteurs souhaitaient plus que des documents écrits. Nos programmes mobiles d'éducation et de dépistage sont issus d'un tel besoin et ont permis de communiquer personnellement avec les membres du réseau, ce qui devenait plus difficile à mesure que le réseau grandissait. C'est dire toute l'importance de la communication et de l'écoute active face aux utilisateurs de la recherche, et aussi de faire montre de souplesse et d'une volonté d'adaptation aux premières initiatives d'AC proposées.

Le réseau survit et se développe grâce à la confiance qui règne entre ses partenaires, à la libre circulation des connaissances et au partage de la responsabilité quant à l'élaboration et à la planification des programmes.

La réaction devant ces difficultés illustre parfaitement l'esprit rural : la persévérance et le dévouement des bénévoles provenant des secteurs universitaire, agricole et gouvernemental, la mise en place d'un mécanisme original de collecte de fonds, et la volonté d'apprendre à faire beaucoup avec peu.

Il a été primordial de former des partenariats avec les conseils locaux afin d'instaurer ces programmes mobiles. Le soutien de leaders respectés de la localité était perçu comme un témoignage de la valeur des programmes et en a incité plusieurs à s'impliquer. À son tour, la réussite des programmes, comme en font foi une participation nombreuse et des commentaires positifs, a fait naître au sein de la communauté un sentiment d'appartenance face au programme et au réseau en général.

Dans une province agricole aussi vaste et diversifiée que la Saskatchewan, le réseau demeure en sous-effectif. À mesure qu'augmente le nombre de nos membres, il devient de plus en plus difficile d'offrir des services à proximité de la ferme et de recueillir, classer et faire connaître aux décideurs les idées des producteurs sur des sujets tels que les pratiques rattachées à la santé et la sécurité, l'assurance et l'innovation, et de réagir prestement aux nouvelles initiatives.

La réaction devant ces difficultés illustre parfaitement l'esprit rural : la persévérance et le dévouement des bénévoles provenant des secteurs universitaire, agricole et gouvernemental, la mise en place d'un mécanisme original de collecte de fonds, et la volonté d'apprendre à faire beaucoup avec peu.

Conclusions et répercussions

Il reste encore à élaborer et à exécuter des programmes de prévention efficaces et ciblés destinés aux producteurs disséminés sur un vaste territoire. Des professionnels de la santé, en collaboration avec des producteurs, des chercheurs et des décideurs, ont conçu, évalué et uniformisé des modèles pour exécuter les programmes à la ferme ou à proximité. Nous dispensons à présent des journées de formation en santé aux infirmières de la santé publique en association avec chacune des régions sanitaires et nous leur fournissons des ressources en matière de santé et de sécurité agricoles qui leur sont utiles dans le cadre de leur travail. Toutefois, la transformation rapide du paysage agricole apporte sans cesse de nouvelles difficultés, mais aussi de nouvelles possibilités, pour préserver la santé et la sécurité des agriculteurs et de leur famille.



LE RÉSEAU EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL DU QUÉBEC : LE DÉFI DE L'APPLICATION DES CONNAISSANCES ET MISE EN ŒUVRE D'UN PROGRAMME EN CLINIQUE

Patrick Loisel, M.D., Université de Sherbrooke
Josée Labelle, M.Sc., erg., Université de Sherbrooke

Le Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ) a vu le jour en 2001 dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de prévention et de réadaptation fondés sur des données probantes qui visent à accélérer le retour au travail des travailleurs accidentés. Le RRTQ visait également à encourager le développement de nouvelles connaissances et pratiques en matière de réadaptation au travail par l'intermédiaire de la recherche et de la formation. Malgré la réussite globale d'une étude pilote sur la mise en œuvre d'un programme basé sur les données probantes menée dans quatre établissements de réadaptation, le caractère impératif de l'implantation du programme a suscité une vive opposition de la part de certains partenaires. Le réseau n'a pas vu son financement renouvelé, ce qui met en évidence combien il importe d'impliquer toutes les personnes concernées à chaque étape du processus d'application des connaissances (AC).

Contexte

Au Québec, comme dans de nombreux pays industrialisés, les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail sont fréquents et coûtent cher. Selon les données les plus récentes dans le domaine de la santé au travail, il est de plus en plus reconnu que les programmes de réadaptation ciblant l'incapacité des travailleurs victimes de TMS doivent s'inscrire dans une approche globale de la problématique en tenant compte de l'environnement réel du travailleur (milieu de travail, système d'indemnisations, système de santé et acteurs respectifs)^{1,2}. Toutefois, la mise en place de tels programmes peut se heurter à divers obstacles liés à des enjeux et des perceptions différents de la part des acteurs concernés (travailleurs, professionnels de la santé, conseillers en réadaptation, employés et syndicats). La recherche sur la collaboration peut apporter des pistes de solution à de telles difficultés.

Patrick Loisel et son équipe ont élaboré et éprouvé, par un essai randomisé, le modèle de Sherbrooke³, un programme de réadaptation préconisant une approche intégrée dirigée autant vers le travailleur que son milieu de travail. S'appuyant sur les résultats de cet essai et sur dix années de pratique dans ce domaine, ils ont effectué les premières démarches en vue d'établir un réseau provincial de santé publique pour la réadaptation des travailleurs. Dès lors, divers établissements publics ont manifesté leur intérêt et une alliance a vu officiellement le jour au Québec.

En 1999, nous avons présenté un plan de diffusion d'un programme de réadaptation au travail au conseil d'administration de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), organisme responsable d'administrer le régime québécois de santé et de sécurité au travail. En décembre 2000, la CSST a décidé de soutenir le démarrage du Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ) avec le déploiement d'une étude pilote de mise en œuvre du programme de réadaptation dans quatre établissements partenaires du RRTQ (l'Hôpital Charles LeMoine, le Centre de réadaptation La Maison, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec). Un financement de la CSST a été dégagé à cet effet pour payer les coûts liés aux services offerts en réadaptation et à la coordination du réseau. Par ce partenariat, le RRTQ mettait

l'expertise du réseau public de santé et d'une équipe de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine et de l'Université de Sherbrooke à la disposition des employeurs, des syndicats et de la CSST pour les aider dans leurs efforts de réduction des incapacités d'origine musculo-squelettique liées au travail.

L'initiative d'AC

Officiellement fondé le 1^{er} octobre 2001, le RRTQ est un réseau horizontal représentant un consortium de dix centres de réadaptation du Québec et d'un centre hospitalier de courte durée. Sa mission consiste à :

- prévenir les absences prolongées du travail par la création et la mise en œuvre de programmes de prévention et de réadaptation basés sur les données probantes, à l'intention des particuliers et des entreprises;
- promouvoir l'acquisition de nouvelles pratiques et connaissances sur la réadaptation au travail par la recherche et la formation.

Le premier programme mis en œuvre par le RRTQ a été le programme PRÉVICAP^{4,5}, un programme de réadaptation fondé sur les conclusions de l'étude du modèle de Sherbrooke. Il visait le retour au travail rapide, durable et sécuritaire des travailleurs accidentés en misant sur un déplacement progressif de la réadaptation du milieu clinique vers le milieu de travail. Le programme ciblait les travailleurs dont la douleur persistante rendait le travail difficile ou impossible, mais pour qui le retour au travail demeurait l'objectif.

Au cours des trente mois qu'a duré l'étude pilote, chacun des quatre établissements de réadaptation disposait d'une équipe interdisciplinaire composée de coordonnateurs de programme, d'ergothérapeutes, d'éducateurs physiques, de médecins, d'ergonomes et de physiothérapeutes. Chaque équipe a reçu une formation théorique et pratique sur le programme et sur les plus récentes données probantes en matière de réadaptation des travailleurs. Cette formation a été renforcée par des visites du directeur du RRTQ dans les sites pilotes, de séminaires de formation présentés sous forme de vidéoconférences et d'un colloque de perfectionnement professionnel qui a réuni les cliniciens des quatre établissements.

La mise en œuvre du programme PRÉVICAP a nécessité la collaboration du personnel de la CSST. Il leur était demandé de référer aux équipes des quatre établissements de l'étude pilote tous les travailleurs répondant à certains critères d'admissibilité. De plus, la direction du RRTQ, en collaboration avec les responsables du projet provenant de la direction de l'expertise-conseil de la CSST, a donné une formation aux gestionnaires et aux conseillers en réadaptation de chacune des directions régionales de la CSST qui participaient à l'essai. Des discussions et des séances de mise en commun de l'information ont été organisées entre les cliniciens et les gestionnaires et conseillers de la CSST afin de favoriser une référence précoce des travailleurs accidentés.

Trois comités ont été formés afin de superviser l'élaboration, la coordination et le suivi des activités entourant la mise en œuvre du programme dans les établissements de réadaptation :

- le comité exécutif (formé des directeurs généraux de tous les établissements, du directeur du RRTQ et du directeur adjoint) avait pour mandat de proposer au consortium la structure et les modalités de fonctionnement, d'administrer le consortium et de se charger des négociations avec les organismes payeurs;
- le comité de direction (formé des directeurs des services cliniques, des chefs de programme ou responsables cliniques des établissements, du directeur du RRTQ et du directeur adjoint) veillait à ce que les activités autour de la programmation du RRTQ soient bien coordonnées et harmonisées entre elles;
- enfin, le comité de coordination (formé des coordonnateurs de programmes des quatre établissements du projet pilote, du directeur du RRTQ et du directeur adjoint) supervisait la gestion et la mise en œuvre du programme.

En plus de ces comités, un système d'information et de gestion (SIG) du projet a été développé, ce qui a permis au directeur une surveillance étroite des interventions auprès des travailleurs, tel que prévu dans l'entente, de manière à conseiller adéquatement les équipes. Grâce au SIG, le directeur pouvait également suivre le déroulement du projet et remettre des mises à jour régulières à la CSST. Pour terminer, un site Web a été conçu pour présenter la structure du RRTQ, son fonctionnement, la liste de ses membres, son programme clinique et ses activités de recherche et de formation. En plus de renseigner le grand public sur le réseau, ce site Web a également servi à diffuser aux cliniciens de nouvelles évidences sur la réadaptation au travail.

Résultats de l'expérience d'AC

En général, la mise en œuvre du programme s'est bien déroulée à l'intérieur des quatre établissements de réadaptation. Des équipes interdisciplinaires ont été formées, tel que prévu, et l'expertise a pu être développée et partagée. Au 31 décembre 2003, la CSST avait référé 501 travailleurs, et 437 répondant aux critères d'admissibilité avaient fait l'objet d'une évaluation par les équipes du RRTQ. Pour 259 d'entre eux, la décision conjointe du travailleur, de l'équipe PRÉVICAP, du conseiller en réadaptation de la CSST et du médecin traitant a été d'offrir le programme de réadaptation, ce qui a été réalisé. Le taux de retour à l'emploi pré-lésionnel a été de 62 p. 100 pour une moyenne d'absence complète du travail de 24 semaines.

Une difficulté rencontrée au cours de la mise en œuvre du programme était le faible nombre de références admissibles de travailleurs qui était inférieur à la prévision de départ de la CSST (soit 437 au lieu de 630). Nous croyons que cette difficulté peut être attribuable à la résistance des conseillers en réadaptation face au projet. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela : le sentiment que l'indépendance du processus décisionnel pouvait être menacée, l'impression de voir augmenter la charge de travail par suite d'une collaboration avec les équipes de cliniciens et la crainte de voir naître des conflits de rôles et de voir supprimer des emplois. En juin 2003, aux prises avec ces difficultés, la direction de la CSST a déclaré qu'elle ne prévoyait pas renouveler l'entente avec le RRTQ après l'échéance, qui avait été devancée d'avril 2004 au 31 décembre 2003.

C'est ainsi que le RRTQ a mis fin à ses activités en décembre 2003. Le programme n'a pas été mis en œuvre dans les autres établissements comme prévu. De plus, seuls deux des quatre établissements où s'est déroulée l'étude pilote offrent encore le programme PRÉVICAP. En l'absence de financement et de garantie face au nombre suffisant de références, ces établissements ne peuvent conserver des équipes interdisciplinaires aux seules fins de ce programme.

Enseignements tirés

Une leçon que nous retenons de cette expérience au chapitre de l'AC est qu'il importe d'impliquer dans le processus de planification et de mise en œuvre tous les participants au projet, à tous les niveaux hiérarchiques et dans tous les établissements. Le fait d'agir contre la volonté du personnel de la CSST a causé énormément de tort au processus de mise en œuvre du RRTQ. Par exemple, contrairement aux cliniciens dont la participation était volontaire tous les gestionnaires et conseillers en réadaptation attachés aux directions régionales participantes étaient tenus de référer les travailleurs répondant aux critères d'admissibilité vers les équipes chargées du

programme PRÉVICAP. Or, les gestionnaires et les conseillers en réadaptation jouissent en général d'un degré élevé d'indépendance pour faire leur travail; l'imposition d'une pareille contrainte a fait naître chez eux une forte opposition au programme. Il aurait mieux valu impliquer le personnel de la CSST dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme, de sorte qu'il aurait mieux compris le rôle qu'il était censé tenir et aurait été rassuré sur son

Le fait d'agir contre la volonté du personnel de la CSST a causé énormément de tort au processus de mise en œuvre du RRTQ.

Il aurait mieux valu impliquer le personnel de la CSST dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme, de sorte qu'il aurait mieux compris le rôle qu'il était censé tenir.

rôle dans le programme. De plus, la collaboration avec la CSST dans l'implantation du projet avait lieu avec la direction à l'expertise-conseil qui tient un rôle d'influence, de développement des programmes et de formation plutôt qu'un rôle hiérarchique auprès du personnel ayant à collaborer avec les cliniciens. Dans le cadre de l'implantation du projet pilote, l'implication de la direction des opérations qui assure un leadership auprès des conseillers en réadaptation aurait probablement permis de mieux cerner les difficultés éventuelles et de les prévenir.

Conclusions et répercussions

Bien que le RRTQ n'existe plus, une retombée de ce consortium est d'avoir sensibilisé les cliniciens à l'importance de la mise à jour de leurs connaissances dans ce domaine. Depuis la fin du RRTQ, nous avons reçu plusieurs demandes de formation de la part de cliniciens et d'établissements de réadaptation.

La mise en œuvre au sein d'un organisme d'un programme de réadaptation complexe fondé sur les données probantes nécessite dès l'étape de l'élaboration la participation de l'ensemble du personnel, en particulier ceux qui sont directement responsables des interventions. En nous fondant sur l'expérience du RRTQ, nous jugeons souhaitable qu'aucun effort de mise en œuvre à grande échelle ne soit déployé sans l'accord préalable de toutes les personnes concernées.

La mise en œuvre au sein d'un organisme d'un programme de réadaptation complexe fondé sur les données probantes nécessite la participation de l'ensemble du personnel, en particulier ceux qui sont directement responsables des interventions.

Références

1. Krause, N., L. K. Dasinger et F. Neuhauser. 1998. *Modified work and return to work: A review of the literature. J Occup Rehabil* 8:113-39.
2. Loisel, P., M. J. Durand, D. Berthelette, N. Vézina, R. Baril, D. Gagnon, C. Larivière et C. Tremblay. 2001. *Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. Dis Manag Health Out* 9:351-60.
3. Loisel, P., L. Abenhaim, P. Durand, J. M. Esdaile, S. Suissa, L. Gosselin, R. Simard, J. Turcotte et J. Lemaire. 1997. *A population-based, randomized clinical trial on back pain management. Spine* 22:2911-8.
4. Durand, M. J., B. Vachon, P. Loisel et D. Berthelette. 2003. *Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. Work* 21:233-42.
5. Loisel, P., M. J. Durand, B. Diallo, B. Vachon, N. Charpentier et J. Labelle. 2003. *From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. Clin J Pain* 19:105-13.

APPLICATION DES CONNAISSANCES ENTRE LES PROVINCES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Robert Parent, Ph.D., Université de Sherbrooke

Barbara Neis, Ph.D., Université Memorial de Terre-Neuve et codirectrice, SafetyNet

Alain Lajoie, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

Mario Roy, Ph.D., Université de Sherbrooke

Stephen Bornstein, Ph.D., Université Memorial de Terre-Neuve et codirecteur, SafetyNet

Lise Desmarais, Ph.D., Université de Sherbrooke

Scott MacKinnon, Ph.D., chaire de recherche de SafetyNet sur la santé et la sécurité au travail

Le Consortium de l'Est du Canada en santé et sécurité au travail soutient la recherche sur la santé et la sécurité au travail et son application à des contextes réels. Dans l'optique de la création d'une capacité de recherche dans la région du Canada atlantique et au Québec, les principales activités d'application des connaissances (AC) du consortium comprennent l'application des cas de réussite du Québec à Terre-Neuve-et-Labrador et une approche d'historique d'apprentissage qui permettra au consortium de relever les défis posés par ses membres, dans plusieurs secteurs, plusieurs provinces et deux langues. L'expérience du consortium fait ressortir l'importance de la capacité — capacité de produire, de diffuser et d'absorber de nouvelles connaissances, et capacité de s'y adapter — dans la réussite ou l'échec des initiatives d'AC.

Contexte

Les coûts annuels liés à la santé et la sécurité dans l'industrie au Canada sont estimés à plus de 10 milliards de dollars, et des centaines de milliers de travailleurs sont impliqués dans des accidents du travail chaque année. Les maladies professionnelles touchent un plus grand nombre encore de travailleurs¹. Pourtant, la recherche sur les causes et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est relativement sous-développée au Canada, en comparaison avec d'autres pays comme la Suède, la Norvège, l'Allemagne et la France. Ajoutons que les disparités régionales dans la capacité de recherche et l'application limitée des connaissances entre les provinces nuisent à la mise en œuvre de stratégies de prévention connues. Dans les provinces atlantiques du Canada, il manque, tout particulièrement, la capacité de recherche en matière de santé et sécurité au travail (SST) et notamment les ressources humaines nécessaires pour faciliter l'application courante des conclusions de la recherche.

Pour remédier à ces problèmes en soutenant les initiatives de recherche liées à la création de nouvelles connaissances sur la SST et leur application, du contexte de recherche à des situations réelles, on a établi le Consortium de l'Est du Canada en santé et sécurité au travail. Il s'agit d'un projet multisite, interprovincial et bilingue qui permettra à des chercheurs du Québec et du Canada atlantique d'accomplir un travail interdisciplinaire sur l'analyse et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, puis de transmettre les résultats de la recherche nouvelle et actuelle aux décideurs et dans les lieux de travail. La recherche effectuée par le consortium porte principalement sur les façons de lever les obstacles à l'AC en SST.

Le consortium est financé par les IRSC, l'Université Memorial de Terre-Neuve, l'Université de Sherbrooke, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) — important institut de recherche canadien en santé et sécurité au travail, au Québec — et INCO, producteur international de nickel. Les trois organismes qui forment le consortium sont SafetyNet, une alliance communautaire pour la recherche en santé à Terre-Neuve-et-Labrador, l'IRSST et le Centre d'étude en organisation du travail (CÉOT), un centre de recherche universitaire québécois spécialisé dans le transfert des connaissances.

L'initiative d'AC

Une des principales activités du consortium consiste à déterminer les réussites en recherche au Québec, où il existe une longue tradition de collaboration entre les universités, les gouvernements et les lieux de travail, et à les appliquer aux chercheurs, aux partenaires sociaux et aux milieux de travail de T.-N.-L. Ces projets très ciblés permettent de favoriser la SST dans un secteur particulier et de rendre les chefs de file terre-neuviens en SST réceptifs aux produits de recherche. Sous l'angle de l'AC, la logique, empruntée aux ouvrages sur la gestion du changement, est la suivante : cette approche nous permettra d'apprendre comment réussir l'AC en SST d'une province à une autre et de produire rapidement des réussites qui permettront de soutenir d'autres activités d'AC ainsi que la recherche locale par les chefs de file en SST à Terre-Neuve-et-Labrador.

Dans une liste de projets et de produits fructueux de recherche du Québec, les membres du consortium ont retenu, en collaboration avec les chefs de file en SST à Terre-Neuve-et-Labrador, une première liste de onze projets très ciblés. Nous avons toutefois éprouvé des difficultés parce que certains des projets ne répondaient pas nécessairement aux besoins perçus dans le milieu des praticiens : la réussite de l'AC exige l'adhésion des groupes locaux (y compris des investissements financiers et en nature). Sur l'avis de notre comité consultatif, nous avons donc modifié notre approche « push » (« faire connaître » des exemples du Québec dans les communautés de T.-N.-L.) en une approche « pull », en suscitant l'intérêt des organismes de la collectivité dans l'AC avant de choisir ensemble des projets très ciblés.

Nous avons modifié notre approche « push » en une approche « pull », en suscitant l'intérêt des organismes de la collectivité dans l'AC avant de choisir ensemble des projets très ciblés.

Mentionnons entre autres la *Newfoundland and Labrador Construction Safety Association* (NLCSA), la plus grande association sectorielle à Terre-Neuve et la seule à fonctionner comme celle du Québec. SafetyNet a facilité le réseautage interprovincial entre les deux associations et, grâce à ce processus, deux produits de recherche du Québec ont été retenus. Nous travaillons actuellement à appliquer ces produits à la prévention en SST dans l'industrie terre-neuvienne. Même si cette façon de procéder a allongé les délais des projets, elle a réduit les coûts dans son ensemble et multiplié les chances de succès.

Un deuxième exemple de projet très ciblé, un programme modèle de formation du formateur pour l'affûtage de couteaux, devait être relativement simple à appliquer aux usines de traitement de viande et de poisson de Terre-Neuve. Toutefois, il a lui aussi pris plus de temps que prévu pour des raisons financières. Deux entreprises étaient intéressées par ce programme, mais ni l'une ni l'autre n'était en mesure de payer les coûts totaux de l'AC. Elles ont donc établi un partenariat avec SafetyNet pour présenter une demande de financement à la *Workplace Health, Safety and Compensation Commission of Newfoundland and Labrador*. La demande a été acceptée, et le projet, qui est entièrement financé, sera bientôt lancé.

La deuxième principale activité du consortium est un effort d'AC visant à évaluer le succès du consortium lui-même, et à surveiller et améliorer la communication entre les membres. Nous utilisons un « historique d'apprentissage » — un document ou une série de documents dont la diffusion vise à aider les systèmes, les participants et les organismes à prendre conscience des efforts qu'ils font eux-mêmes pour apprendre et changer². L'historique d'apprentissage présente les expériences et le point de vue des participants, y compris de ceux qui sont à l'origine des efforts de transformation de l'organisme, qui les ont mis en œuvre et y ont pris part, et de ceux qui n'y ont pas participé, mais sur qui ces efforts ont eu des répercussions.

Résultats de l'expérience d'AC

À la suite des activités d'AC du consortium, nous avons conclu que la réussite de l'AC en santé et sécurité exige un système ou un réseau d'intervenants qui travaillent ensemble pour atteindre les résultats désirés. Cette conclusion contraste nettement avec de nombreux modèles antérieurs d'AC dans lesquels les connaissances étaient vues comme quelque chose (un objet) qui pouvait être transféré du créateur à un utilisateur, de façon mécaniste. Ces modèles, qui supposent une relation hiérarchique descendante entre le producteur de connaissances et l'utilisateur, ont été critiqués pour ne pas tenir compte de la réalité à la fois du contexte de production de ces connaissances et de celui de leur utilisation^{3,4}.

L'AC est maintenant davantage perçue comme un processus. Pensons notamment à Szulanski, qui a constaté, après avoir étudié le rôle du contexte de l'AC et des caractéristiques des connaissances à appliquer, que la majeure partie des difficultés liées à l'AC émanait principalement de l'unité réceptrice⁵. Notre expérience d'une grande variété de structures organisationnelles, depuis les organismes de santé et sécurité très créateurs jusqu'aux fournisseurs de soins de santé plus pragmatiques, corrobore l'importance de la capacité de réception constatée par Szulanski. Toutefois, cette étude de cas indique aussi que, outre le contexte, la capacité d'AC au sein de l'ensemble du système ou du réseau social peut faire la différence entre le succès et l'échec de l'application.

La capacité d'AC au sein de l'ensemble du système ou du réseau social peut faire la différence entre le succès et l'échec de l'application.

Nos exercices avec des projets très ciblés ont fait ressortir que la principale différence entre la situation de l'AC au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador réside dans le fait que le réseau québécois de SST est régi par des lois qui précisent les rôles et les responsabilités des différents intervenants et que ses activités sont coordonnées et officialisées. À Terre-Neuve-et-Labrador, le réseau de SST est plus informel et moins coordonné, et les mesures financières directes visant à inciter les employeurs à investir dans l'AC y sont moins nombreuses. Par conséquent, pour appliquer des connaissances du Québec à T.-N.-L., le consortium doit trouver des moyens pour renforcer le réseau de SST à Terre-Neuve-et-Labrador et pour établir de nouvelles relations entre le Québec et T.-N.-L. Grâce aux efforts du consortium, un réseau intégré de capacités commence à émerger.

Enseignements tirés

De nombreux enseignements peuvent être tirés du travail du consortium sur les projets très ciblés au cours des deux premières années :

- Une approche « push » d'AC — faire connaître des exemples de réussite québécoise dans les collectivités de T.-N.-L. — a eu moins de succès qu'une approche « pull », dans laquelle on détermine les besoins de la communauté de T.-N.-L. et on cherche des solutions appropriées élaborées au Québec. En d'autres mots, nous avons d'abord recherché des réussites québécoises susceptibles d'être utiles pour T.-N.-L., plutôt que de nous pencher sur les besoins de T.-N.-L. pour lesquels des produits du Québec pourraient être utiles.
- Les projets très ciblés ont accentué la nécessité de viser le renforcement du système ou du réseau d'intervenants. Ces systèmes ou réseaux doivent disposer de capacités précises d'AC pour réussir, notamment la capacité de générer, de diffuser et d'absorber les nouvelles connaissances, et de s'y adapter.
- Les projets très ciblés ne doivent pas nécessairement être immédiats ou

Nous avons d'abord recherché des réussites québécoises susceptibles d'être utiles pour T.-N.-L., plutôt que de nous pencher sur les besoins de T.-N.-L. pour lesquels des produits du Québec pourraient être utiles.

évidents, mais sont très importants pour la formation du système ou du réseau nécessaire à la réussite des cas d'AC.

Quoique encore au stade préliminaire, notre évaluation de la méthodologie de l'historique d'apprentissage permettra de fournir un précieux historique, dans les mots mêmes des participants, des réussites et des ratés du projet. Elle constitue un outil diagnostique supplémentaire dont les dirigeants du consortium pourront se servir pour corriger des problèmes qui pourraient nuire à la réussite du projet, et nous permettra de comprendre en profondeur ce qu'il faudra retenir et éviter à l'avenir dans des situations semblables. Même si elle prend du temps, elle constitue une excellente source d'information pour de futurs articles et études de cas concernant le projet.

Conclusions et répercussions

Des membres du projet sont à élaborer un modèle de capacité d'AC qui précisera les capacités nécessaires à la réussite de l'AC. Tout en reconnaissant la valeur de la recherche antérieure, nous croyons que l'étude des capacités nous permettra d'envisager l'AC sous un nouvel angle et qu'elle constitue un gage de nouvelle recherche sur les capacités d'AC et leur application dans une économie du savoir.

Références

1. Développement des ressources humaines Canada. 1999. Les accidents du travail au Canada et leurs coûts : 1993-1997. Ottawa (ON) : DRHC.
2. Kleiner, A., G. Roth et le Learning Historian Pioneer's Group at the Center for Organizational Learning, Massachusetts Institute of Technology. 1996. Field Manual for a Learning Historian. Cambridge, MA: MIT-COL and Reflection Learning Associates.
3. Inkpen, A. C. et A. Dinur. 1998. The transfer and management of knowledge in the multinational corporation: Considering context. Document de travail 98-16. Carnegie Bosch Institute. http://cbi.gsia.cmu.edu/papers/cbi_workingpaper-1998_16.html.
4. Roy, M., R. Parent et L. Desmarais. 2003. Knowledge networking: A strategy to improve workplace health and safety knowledge transfer. *Electronic Journal of Knowledge Management* 1, no. 2: 159-66. <http://www.ejkm.com/volume-1/volume1-issue-2/issue2-art16-roy.pdf>.
5. Szulanski, G. 1996. Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm. *Strategic Manage J* 17 (Winter special issue): 27-43.



APPLICATION DES CONNAISSANCES DE RECHERCHE AUX INTERVENANTS : LE CAS DE LA SÉCURITÉ DES CHARIOTS ÉLÉVATEURS

Jean Guy Richard, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

Steeve Vigneault, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

Lise Desmarais, Université de Sherbrooke

Robert Parent, Université de Sherbrooke

Cette initiative visait à renforcer les capacités de mise en commun des connaissances entre des chercheurs de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) du Québec et des intervenants ayant reçu le mandat d'appliquer la législation québécoise sur la santé et la sécurité au travail. À l'origine, le projet devait porter sur la recherche complexe et commune nécessaire pour évaluer l'efficacité des dispositifs de sécurité pour les chariots élévateurs, et l'application des connaissances (AC) était limitée à la diffusion des résultats scientifiques. Lorsque les responsables ont su que les intervenants n'avaient pas obtenu les réponses qu'ils attendaient, ils ont investi dans un agent de transfert des connaissances et axé ses activités d'AC sur le renforcement des capacités, ce qui a grandement amélioré l'efficacité du projet.

Contexte

En 1990, le coroner en chef du Québec a noté un taux élevé d'accidents de travail mortels mettant en cause des chariots élévateurs (quatorze accidents au cours des cinq années précédentes, dont plusieurs étaient attribuables au renversement du véhicule) et a ordonné une enquête sur les risques associés à l'utilisation de ce type de véhicule. Aussi alertée, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), l'organisme chargé d'administrer le régime québécois de santé et sécurité du travail, de concert avec plusieurs autres associations sectorielles axées sur la prévention, a demandé à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) d'examiner la question de la protection des opérateurs de chariots élévateurs en cas de renversement du véhicule.

Durant les études préliminaires, les chercheurs de l'IRSST ont noté qu'il existait déjà un grand nombre de dispositifs de sécurité pour les chariots élévateurs. Ils ont présumé que le défi serait de déterminer les différences d'efficacité de ces dispositifs de façon à adapter les règlements (par exemple, exiger l'installation et le port de ceintures de sécurité). Les intervenants voulaient que les chercheurs tranchent la question en se basant sur des preuves scientifiques, de la même façon qu'une recherche semblable avait permis de réglementer le port de la ceinture de sécurité dans les automobiles. L'IRSST a accepté de relever ce défi, en collaboration avec l'Institut national de recherche scientifique (INRS) en France. C'est ainsi que cinq équipes ont utilisé des outils ergonomiques, de modélisation et de simulation numérique afin de mieux comprendre les risques de renversement et de collision en vue d'améliorer la conception du milieu de travail et, par la suite, d'émettre une opinion sur l'efficacité des dispositifs de protection pour les opérateurs de chariots élévateurs.

L'initiative d'AC

L'IRSST accorde une grande importance à l'application des résultats de la recherche qu'il finance à des changements de l'aménagement du milieu de travail et à des améliorations à la santé et sécurité du travail (SST). Pour l'IRSST, il est essentiel d'aller au-delà de la simple diffusion des connaissances : des capacités doivent aussi être en place pour traduire ces connaissances en actions concrètes. Ce projet a donc porté sur le renforcement des capacités de mise en commun des connaissances entre des chercheurs de l'IRSST et les intervenants ayant reçu le mandat d'administrer le régime québécois de santé et sécurité du travail.

Le modèle dynamique d'AC fondé sur les capacités, développé par le Laboratoire de transfert des connaissances de l'Université de Sherbrooke, semble indiquer que l'efficacité du processus d'AC est intimement lié à quatre capacités : capacité de générer, de diffuser et d'absorber des connaissances, et capacité de s'y adapter. La génération est la capacité de créer de nouvelles connaissances. La diffusion est la capacité de distribuer de nouvelles connaissances. L'absorption fait référence à la capacité de l'utilisateur d'apprécier la valeur des nouvelles connaissances et d'utiliser celles-ci pour modifier son comportement. Enfin, l'adaptation est la capacité d'apprendre sans cesse et de suivre le rythme des besoins d'une situation qui évolue. Par conséquent, une hypothèse qui peut expliquer l'échec initial de l'AC entre les chercheurs et les praticiens dans le projet des chariots élévateurs pourrait être le fait que, dès le début du projet, on n'a fait appel qu'à une seule capacité — la génération de connaissances. Aucune attention particulière n'avait été accordée aux trois autres capacités.

Nous avons donc modifié notre stratégie d'AC, en commençant par produire et diffuser des connaissances au moyen de rapports de recherche et de communications scientifiques, et en passant ensuite à des activités visant à cerner et officialiser les besoins et mettre en commun les connaissances provenant aussi bien du milieu de la recherche que des intervenants en SST. Le changement d'orientation des efforts vers le renforcement des capacités d'absorption s'est très bien concrétisé dans des activités d'analyse des pratiques et des connaissances résultant de l'expérience des intervenants (principalement des inspecteurs sur les lieux de travail et des conseillers en prévention).

Résultats de l'expérience d'AC

Au début, les échanges avec les intervenants se résumaient à des réunions du comité sur le suivi des recherches, dirigées par des chercheurs et axées surtout sur la génération et la diffusion des connaissances. Après six ans, les intervenants estimaient qu'ils n'obtenaient pas de réponses satisfaisantes à leurs demandes, malgré la grande qualité de la recherche. Cette situation a donné lieu, entre autres, à des malentendus entre les principaux acteurs du projet, en plus de l'expression d'une certaine insatisfaction des intervenants.

Les chercheurs alléguaient qu'il leur fallait plus de temps, compte tenu de la complexité des problèmes sous enquête (l'efficacité des dispositifs de retenue et leur impact sur les activités des opérateurs de chariot) et de l'obligation de fournir des preuves scientifiques aux intervenants. Par ailleurs, les législateurs et les travailleurs s'impatientaient devant la lenteur du processus et ont fait remarquer que, en attendant les résultats, les opérateurs de chariots continuaient de mourir. Le projet se ressentait de l'absence de deux capacités : l'absorption des connaissances et l'adaptation de la stratégie de transfert.

Devant la complexité et la diversité extrêmes des besoins exprimés par les intervenants et les milieux de travail, et ayant découvert que seule une partie des attentes serait satisfaite par la recherche malgré les ressources substantielles qui lui avaient été consacrées, l'IRSST a redéfini sa stratégie en investissant dans une personne-ressource pour favoriser les échanges et la communication au sein du réseau chercheurs-utilisateurs. En plus de poursuivre les activités de génération et de diffusion des connaissances, des efforts considérables ont été déployés dans l'analyse des contextes et des procédures afin d'acquérir et d'utiliser ces connaissances (capacités d'absorption et d'adaptation), notamment :

- la collecte d'information technique et scientifique, la réalisation d'une base de données et la diffusion d'information aux intervenants. Cette utilisation de toutes les connaissances disponibles dans la documentation scientifique et technique a permis la publication périodique de bulletins, par voie électronique ou au moyen de divers types de rapports-synthèses;

- l'analyse des besoins et des procédures d'utilisation des connaissances à l'intention des intervenants, au moyen d'entrevues, de participation à des séances de formation, de visites des lieux de travail, de présentations à des groupes de prévention régionaux, etc.;
- la création et la tenue d'un forum d'échange qui réunissait les principaux intervenants;
- la présentation, au comité de suivi de la recherche et aux chercheurs, de divers résumés des connaissances acquises durant les activités précédentes.

L'expérience montre que les résultats de la recherche sont souvent plus efficaces lorsque les chercheurs connaissent mieux les réalités sur le terrain.

L'expérience montre que les résultats de la recherche sont souvent plus efficaces lorsque les chercheurs connaissent mieux les réalités sur le terrain. Les chercheurs qui ont accès à l'expérience des praticiens responsables de la diffusion et de l'absorption de nouvelles connaissances peuvent ainsi enrichir leur expérience et ajuster la présentation de leurs résultats à la capacité d'absorption des utilisateurs de la recherche.

Enseignements tirés

Ce projet de recherche et les activités connexes d'AC nous ont permis de faire plusieurs découvertes. Voici les trois principaux enseignements qui en ont été tirés.

1. L'AC exige de déployer des efforts constants, comme encourager les échanges et tisser des liens. De ce point de vue, le rôle de l'agent de transfert consiste à transmettre l'information dans les deux sens : non seulement entre les chercheurs et les intervenants, mais aussi entre les intervenants et les chercheurs.
2. L'efficacité de l'AC dépend du degré de compréhension des besoins et des procédures opérationnelles des trois univers en présence : la recherche, l'intervention et le décideur. Il est important de bien connaître le travail, le contexte, les besoins et les capacités d'AC de l'autre partie. Les responsables de l'AC doivent être capables de circuler librement entre les différentes sphères et favoriser les interactions. Ils doivent pouvoir expliquer les limites et les possibilités de la recherche, aider à prioriser les besoins, déterminer ce qui peut être diffusé dans le public et sous quelle forme, concevoir la présentation de l'information et superviser la voie empruntée par les connaissances, jusqu'à leur application dans divers contextes de travail.
3. Les agents de transfert ou d'échange acquièrent leurs propres connaissances par la pratique. Ainsi, ils deviennent des experts dans les secteurs visés et peuvent alors fournir de l'information autant aux chercheurs qu'aux intervenants. Une analyse de ce nouveau mode de fonctionnement dans l'AC illustre les défis que doivent relever les parties prenantes aux activités de recherche : dans ce cas, les chercheurs, qui désirent répondre aux besoins des décideurs et praticiens en SST, et les praticiens eux-mêmes, qui doivent acquérir ces connaissances scientifiques et les concrétiser. Une troisième partie, l'agent de transfert, a considérablement amélioré les échanges entre ces deux autres sphères, ce qui a permis d'accroître l'efficacité de la recherche, un élément primordial dans l'amélioration de la santé et de la sécurité du travail.

L'AC exige de déployer des efforts constants, comme encourager les échanges et tisser des liens.

Conclusions et répercussions

Les activités d'AC associées à ce projet nous ont permis de créer une base de données que les chercheurs et les praticiens en SST peuvent consulter. Elles ont aussi contribué à créer notre approche dynamique de la mise en commun de l'information, qui accroît le rendement de l'investissement en recherche. L'agent de transfert ou

d'échange joue maintenant un rôle clé dans ce projet, en nous apportant de nombreuses demandes de collaboration pour la production de documents techniques et éducatifs. L'émergence de ces demandes représente une excellente mesure du succès de ces initiatives et exige que nous adaptions une fois encore notre stratégie d'AC. Les résultats obtenus avec ce projet, entre autres, seront utiles à l'équipe de gestion de l'IRSSST lorsqu'elle procédera à un examen en profondeur de sa stratégie globale afin d'améliorer l'utilisation des conclusions de la recherche.





MALADIES INFECTIEUSES
ET CHRONIQUES

PLAN D'ACTION DE L'ONTARIO CONTRE L'ASTHME : COMBLER LE FOSSÉ ENTRE LES CONNAISSANCES ET LA PRATIQUE

Nancy Garvey, coordonnatrice du programme de l'asthme, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

En 2002, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé un financement annuel de 4 millions de dollars pour le plan d'action provincial contre l'asthme, une stratégie intégrant 13 initiatives fondée sur les Principes directeurs du Consensus canadien sur l'asthme et les directives de la Société canadienne de thoracologie pour l'asthme professionnel. D'importants partenariats regroupant des chercheurs, des cliniciens, des organismes communautaires et des décideurs ont été constitués en vue d'élaborer ces initiatives pilotes, de les mettre en œuvre et de les évaluer. Les premières évaluations démontrent des améliorations notables dans l'adhésion aux lignes directrices sur l'asthme et dans leur application, et permettront d'étendre le plan d'action contre l'asthme en Ontario.

Contexte

L'asthme est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes au Canada. Au cours des deux dernières décennies, la prévalence de l'asthme a connu une hausse marquée en Ontario et ailleurs dans le monde. Cette hausse est particulièrement évidente chez les enfants d'âge scolaire. En Ontario, l'asthme est diagnostiqué chez environ 12 p. 100 des enfants et 7 p. 100 des adultes. L'asthme est la première cause d'hospitalisation des enfants en Ontario et une cause importante d'absentéisme à l'école et au travail¹.

En 2000, à la suite des recommandations faites au terme d'une enquête sur le décès d'un jeune asthmatique, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée a mis sur pied un comité directeur d'experts et trois groupes de travail chargés de fournir des conseils sur une approche par étapes en vue d'établir une stratégie provinciale sur l'asthme. Leurs recommandations ont servi à l'élaboration d'un plan fondé sur des données probantes — le Plan d'action contre l'asthme (PAA) — qui préconise des pratiques exemplaires pour traiter l'asthme dans divers contextes de pratique et milieux sociaux, où on retrouve des asthmatiques qui doivent vivre, jouer, aller à l'école et travailler.

En janvier 2002, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a annoncé un financement annuel de 4 millions de dollars pour le PAA, une stratégie intégrant 13 initiatives fondée sur les Principes directeurs du Consensus canadien sur l'asthme^{2,3} et les directives de la Société canadienne de thoracologie pour l'asthme professionnel⁴. Le PAA a pour objectif de réduire la mortalité, la morbidité et les coûts des soins de santé pour les enfants et les adultes souffrant d'asthme, grâce à des initiatives intégrées axées sur la promotion de la santé et la prévention, la gestion et le traitement ainsi que la recherche et la surveillance. Des projets pilotes doivent prendre fin en mars 2006.

Les partenariats qui ont été formés en vue de l'établissement, de la mise en œuvre et de l'évaluation de ces initiatives pilotes sont un élément unique du PAA. Quatre ministères ontariens, cinq unités de santé publique, cinq municipalités, douze conseils scolaires, neuf centres de soins primaires, douze organismes non gouvernementaux ainsi que des chercheurs de quatre universités ontariennes, en plus de l'Institut de recherche en services de santé, ont été mis à contribution pour l'étape pilote du projet. Chacune des 13 initiatives est guidée par un comité consultatif qui compte sur les participants, les fournisseurs de soins de santé et les chercheurs pour lui donner leurs commentaires sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation.

L'initiative d'AC

Le PAA a adopté une approche transdisciplinaire, qui permet aux chercheurs, aux cliniciens, aux organismes représentatifs et aux décideurs d'intégrer leurs divers points de vue à des programmes et des services pertinents. Des activités de diffusion et de mise en œuvre liées aux principes directeurs sur l'asthme visent à susciter des changements dans le comportement des patients, des fournisseurs de soins et des publics visés (enseignants et personnel scolaire, travailleurs agricoles et industriels). L'évaluation des besoins, les cheminements multidisciplinaires, les programmes d'autogestion, l'enseignement individualisé en groupe restreint et l'établissement de programmes dans la collectivité et les médias sont quelques-unes des activités liées à l'application des connaissances (AC) visant à promouvoir l'adhésion aux principes directeurs et la capacité de recherche.

Au nombre des initiatives, il y a un programme de soins pour l'asthme qui préconise des pratiques exemplaires pour les soins primaires, de nombreux programmes d'éducation sur l'asthme donnés dans les écoles qui visent à soutenir les enfants dans la prise en charge de leur asthme, des campagnes d'éducation dans la collectivité portant sur la fumée secondaire dans les maisons et les véhicules; des initiatives de sensibilisation à l'asthme professionnel dans les industries à risque élevé et dans l'agriculture, un cheminement standardisé pour la gestion d'urgence de l'asthme chez l'adulte, de la formation sur l'asthme et l'asthme professionnel pour les fournisseurs de soins; du matériel éducatif pour les patients et les fournisseurs de soins, ainsi que des projets de surveillance de l'asthme et de l'asthme professionnel.

Une initiative clé du PAA qui cible les patients et leur famille est le projet pilote sur les soins primaires de l'asthme, qui vise à faciliter l'application des lignes directrices sur l'asthme dans les milieux de soins primaires par l'intermédiaire du programme de soins pour l'asthme (PSA). Le PSA a été mis au point en collaboration avec l'*Ontario Thoracic Society*, le groupe de travail sur la conception du projet pilote sur les soins primaires de l'asthme et l'équipe de recherche. Il comprend un plan de soins standard pour l'asthme, un plan d'action, un graphique et les normes générales du programme. Le plan de soins standard pour l'asthme préconise des mesures objectives pour le diagnostic, la surveillance, le contrôle de l'environnement et l'évitement des facteurs déclencheurs, l'autogestion, les médicaments, l'éducation et l'évaluation régulière des paramètres de contrôle conformément aux lignes directrices sur l'asthme. Le matériel éducatif est revu et approuvé par le groupe de travail du projet pilote, qui comprend des représentants administratifs et cliniciens de chaque milieu de soins primaires. Neuf centres de soins primaires, qui couvrent 16 localités ontariennes, participent au projet⁵.

Le PSA a été présenté dans chaque centre au moyen d'une deuxième initiative apparentée appelée projet d'éducation des fournisseurs de soins. Un coordonnateur sur place en facilite l'orientation. Dans le cadre du projet d'éducation des fournisseurs de soins, dirigé par l'*Ontario Thoracic Society* et l'*Ontario Lung Association*, des ateliers ont été offerts à de petits groupes de fournisseurs de soins de santé partout en Ontario. Dans le cadre de ces ateliers, des spécialistes de la région présentaient brièvement les lignes directrices pour l'asthme chez l'adulte et l'enfant au moyen d'une trousse standardisée de diapositives. La présentation était suivie de discussions de cas animées par un médecin de famille.

Une troisième initiative du PAA est le projet communautaire Maisons sans fumée et asthme, dirigé par le Centre de formation et de consultation. L'exposition à la fumée secondaire est un facteur déclencheur connu de l'asthme, qui contribue à l'exacerbation, souvent la cause de visites à l'urgence et d'hospitalisations. Les intervenants communautaires, de par leur travail à l'unité de santé publique de la localité, contribuent à la diffusion d'une brochure d'information en français et en anglais ainsi que d'autocollants pour la maison et l'auto. Dans le cadre de sa campagne, la *Northwestern Health Unit* a fait des annonces à la radio et des expositions dans la communauté, a distribué des brochures, des feuillets d'information et des autocollants dans des « enveloppes pourpres ». Les publicités

radiophoniques faisaient mention de ces enveloppes pourpres, qui ont été distribuées dans les écoles, les pharmacies, les garderies et les bibliothèques⁶.

Résultats de l'expérience d'AC

Le plan de chaque initiative comporte une évaluation objective. Les résultats sont mesurés en termes de changements chez le patient et/ou dans la pratique du fournisseur de soins, de résultats chez le patient, de satisfaction du patient et/ou du fournisseur de soins et/ou de recours aux soins de santé. Les premières évaluations démontrent des améliorations statistiquement notables dans l'adhésion aux lignes directrices sur l'asthme et leur application, et permettront d'étendre le plan d'action contre l'asthme en Ontario.

Entre septembre 2002 et mars 2003, 351 fournisseurs de soins de santé (247 médecins et 104 fournisseurs de soins de santé assimilés) ont assisté aux ateliers. Les ateliers ont été très bien cotés : 94 p. 100 des participants ont indiqué avoir une plus grande confiance dans la prise en charge de l'asthme et 98 p. 100 ont indiqué qu'ils les recommanderaient à un collègue. Au nombre des modifications de la pratique déclarées volontairement trois mois après les ateliers, mentionnons le changement des habitudes de prescription, les interventions d'éducation et l'utilisation de plans d'action écrits⁷.

En ce qui concerne le projet Maisons sans fumée et asthme, une entreprise indépendante de recherche a mené un sondage téléphonique avant et après la campagne auprès de résidents choisis au hasard. Sur les 292 répondants qui se souvenaient de la campagne, 23 p. 100 ont indiqué en avoir parlé à des gens par la suite et 12 p. 100 ont indiqué qu'ils ont diminué leur consommation de tabac après avoir vu, entendu ou lu de l'information à ce sujet. Sur les 96 répondants fumeurs qui se souvenaient de la campagne, 30 p. 100 ont indiqué qu'ils ont modifié leurs habitudes tabagiques après avoir vu, entendu ou lu de l'information sur le projet Maisons sans fumée.

Enseignements tirés

- Le travail en équipes multidisciplinaires peut être très efficace et donner de très bons résultats. Cependant, une courbe d'apprentissage s'établit à mesure que les membres commencent à apprécier d'autres points de vue et d'autres enjeux et qu'ils reconnaissent que leurs rôles doivent être complémentaires plutôt que concurrentiels. Il existe tout de même des possibilités de conflits. C'est notamment le cas des cliniciens pour qui la longueur du processus de recherche peut souvent entrer en conflit avec leur motivation pour rapidement mettre en œuvre une initiative.
- Les organismes qui ne font pas partie du système de soins de santé voient les initiatives axées sur le client d'un point de vue non médical et font souvent ressortir des lacunes dans le processus médical. Mentionnons par exemple la *Farm Safety Association*, qui a contribué à l'information éducative sur l'asthme pour les milieux agricoles et horticoles, en découvrant que le bout des plumes et les spores fongiques étaient des éléments déclencheurs dont on n'avait pas jusque-là tenu compte dans l'éducation sur l'asthme.
- Les efforts communautaires sont à la base de programmes durables. Il est possible de façonner des normes de programme générales appuyées sur des données probantes au moyen d'une approche communautaire qui tient compte des ressources et des processus locaux, ce qui permet de bâtir une capacité locale en vue de prendre en charge l'asthme.
- Les partenariats engendrent de nouveaux partenariats, et la somme de leurs effets est plus grande que les effets d'un seul groupe. Citons par exemple la stratégie communautaire de traitement de l'asthme du comté

Une courbe d'apprentissage s'établit à mesure que les membres commencent à apprécier d'autres points de vue et d'autres enjeux et qu'ils reconnaissent que leurs rôles doivent être complémentaires plutôt que concurrentiels.

d'Essex (ECCACS), financée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires et partenaire d'un certain nombre d'initiatives du PAA. Cette stratégie a donné lieu à une initiative conjointe d'appui au programme *Working Toward Wellness* de Daimler-Chrysler Canada Inc. et des Travailleurs canadiens de l'automobile, qui s'est mérité un prix. Une de leurs initiatives de santé au travail pour 2005 est le *Asthma Wellness Program*, planifié en collaboration avec l'ECCACS et les organismes du PAA.

Conclusions et répercussions

L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives du PAA sont à la base de programmes et de pratiques qui tiennent compte des ressources locales et des besoins de la population locale de patients, et visent à intégrer les pratiques exemplaires dans les établissements de soins médicaux, à la maison, au travail, à l'école et dans la collectivité. Les efforts de promotion de la santé et d'intervention précoce, qui sont axés principalement sur les environnements de soins primaires ainsi que sur les milieux scolaires et de travail, visent à réduire le recours aux soins de santé et améliorer les résultats chez le patient.

Des chercheurs de certaines initiatives du PAA travaillent en collaboration avec du personnel d'autres provinces afin de mettre leurs expériences en commun. À l'Université de Toronto, par exemple, des chercheurs collaborent avec d'autres chercheurs du *Alberta Asthma Centre* d'Edmonton à la mise en œuvre de deux initiatives d'éducation sur l'asthme en milieu scolaire. D'autres provinces s'intéressent également à l'utilisation de systèmes de surveillance comme outil principal pour assurer une surveillance continue des indicateurs de rendement.

On continuera d'examiner les initiatives du PAA, de les réviser et de les réévaluer afin d'en assurer la pertinence. De même, des mises à jour régulières des lignes directrices pour les fournisseurs de soins de première ligne, les patients et les publics cibles continueront de soutenir l'application des connaissances de recherche à la pratique. Les résultats des projets pilotes seront intégrés à la prochaine étape de la stratégie ontarienne contre l'asthme.

Références

1. Ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée. Taking Action on Asthma: Report of the Chief Medical Officer of Health. http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/asthma/asthma.html.
2. Boulet, L.-P., A. Becker, D. Bérubé, R. Beveridge et P. Ernst au nom du Canadian Asthma Consensus Group. 1999. Canadian asthma consensus report. *CMAJ* 161 (11 Suppl.): S1-61.
3. Boulet, L.-P., T. R. Bai, A. Becker, D. Bérubé, R. Beveridge, D. M. Bowie, K. R. Chapman et al. 2001. What is new since the last (1999) Canadian Asthma Consensus Guidelines? *Can Respir J* 8 (Suppl A): 5A-27A.
4. Tarlo, S. M., L.-P. Boulet, A. Cartier, D. Cockcroft, J. Côté, F. E. Hargreave, L. Holness, G. Liss, J. L. Malo et M. Chan-Yeung. Canadian Thoracic Society guidelines for occupational asthma. 1998. *Can Respir J* 5 (4): 289-300.
5. To, T., L. Cicutto, M. Ghulmiyyah, A. Wajja, R. Henderson et A. Shahsavari. 2005. Clinical asthma management programs. Poster discussion session: A924, American Thoracic Society International Conference, San Diego.
6. McLean, K. et J. d'Avernas. 2005. What can we learn about campaigns to promote smoke-free homes? Résultats de huit centres pilotes en Ontario. Distribution d'une affiche, Conférence nationale sur le tabagisme et la santé, Ottawa.
7. Lougheed, M. D., S. Finlayson, W. Hopman, D. Johnson, T. Merritt et J. Reisman. 2004. Health care provider continuing education in asthma care project: Baseline needs and reported impact on practice patterns. Affiche présentée à la conférence internationale de l'American Thoracic Society, en Floride.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE LA DIFFUSION ET DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DANS L'INITIATIVE CANADIENNE EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Kerry Robinson, Université McMaster
D^{re} Susan Elliott, Université McMaster
D^{re} Jennifer O'Loughlin, Université McGill
D^r Roy Cameron, Université de Waterloo
D^r John Eyles, Université McMaster
D^r Dexter Harvey, Université du Manitoba

Le Canadian Heart Health Dissemination Project (CHHDP) rassemble des enseignements tirés de nombreux projets provinciaux portant sur des recherches et des interventions en vue de faire connaître les politiques et les pratiques de prévention des maladies cardiovasculaires. Le CHHDP, qui est axé sur les relations entre la diffusion et le renforcement des capacités, met en relief des occasions de soutenir des efforts de promotion de la santé qui tiennent compte à la fois des facteurs organisationnels et environnementaux. Il semble que, pour que le renforcement des capacités et la diffusion soient efficaces, du personnel suffisamment formé capable de s'investir, de solides voies de communication dans des réseaux étendus, un engagement autant des chercheurs que des décideurs et des praticiens et l'adhésion par les hauts dirigeants soient nécessaires.

Contexte

Le *Canadian Heart Health Dissemination Project* (CHHDP) est un projet de six ans (2000-2006), financé par les IRSC, qui fait la synthèse des enseignements tirés des projets de diffusion provinciaux qui constituent l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire (ICSC). Depuis 15 ans, l'ICSC, sous la direction de Santé Canada, a réuni des chercheurs et des chefs de file de la santé publique dans chaque province pour effectuer des recherches et des interventions visant à faire connaître les politiques et les pratiques en matière de prévention des maladies cardiovasculaires.

Il est possible de réduire le nombre de décès dus à des maladies chroniques, mais pour cela il faut diffuser dans les réseaux de santé publique des approches fondées sur des données probantes. Nous devons également renforcer nos capacités de diffuser des stratégies pratiques et efficaces de promotion de la santé. L'objectif premier du CHHDP consiste à mieux comprendre la recherche sur la diffusion et le renforcement des capacités afin de mieux faire la promotion de la santé cardiovasculaire au Canada.

Le CHHDP porte sur le lien qui existe entre la diffusion et les capacités, et puise dans les connaissances tirées des divers systèmes de santé provinciaux, types d'organismes de santé publique et approches d'intervention. Nos auditoires clés comprennent l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), le Réseau de santé publique pancanadien, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) et le Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, ainsi que les ministères provinciaux de la santé et les organismes de santé régionaux responsables de planifier et de mettre en œuvre des activités de prévention des maladies chroniques et de promotion de modes de vie sains.

L'initiative d'AC

Le CHHDP est guidé par cinq objectifs :

- comprendre les concepts de capacités et de diffusion;
- mesurer les niveaux actuels de capacités et de diffusion relativement à la prévention des maladies chroniques;
- explorer des interventions efficaces pour guider la diffusion et constater leur influence sur le renforcement des capacités;
- examiner les facteurs contextuels qui nuisent aux interventions de diffusion et aux processus de recherche;
- déterminer les facteurs qui sont favorables ou défavorables à ces processus.

Ce programme de recherche de synthèse a exigé des partenariats en collaboration avec des chercheurs de projets provinciaux de diffusion, et s'articule autour de la liaison et de l'échange. Nous avons employé une combinaison d'études de cas comparatives portant sur des projets provinciaux et un sondage national transversal. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies : une analyse qualitative des rapports de projets, des documents d'entrevues et de politiques sur la santé et une collecte de données quantitatives au moyen d'un sondage national portant sur les ressources de santé publique et les organisations de mise en œuvre des programmes^{1,2}.

Nous avons été guidés par des groupes consultatifs stratégiques et de recherche, composés de représentants des secteurs de la recherche et des politiques de chaque province, et nous sommes restés en communication régulière avec l'APMCC et l'ASPC. Nous avons pris comme point de départ les partenariats existants de chercheurs et de décideurs créés par chaque projet provincial de diffusion d'information sur les maladies cardiovasculaires au niveau régional, et les relations existantes au niveau fédéral (Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada).

Nous avons travaillé en partenariat afin de préciser nos objectifs, de faire connaître les méthodes et les outils d'information, de valider les conclusions de la recherche et d'élaborer des activités de diffusion. Nous avons aussi contribué au renforcement des capacités et à l'échange de connaissances au moyen de commandites et de la préparation d'un numéro supplémentaire d'une publication scientifique regroupant des articles sur chaque projet CHHI provincial³ et la commandite de projets provinciaux, pour présenter les conclusions à l'occasion de conférences nationales. Les liens et les échanges ont été facilités par des réunions annuelles du groupe consultatif; par des communications périodiques par courriel portant sur l'examen et la rétroaction; par des communications téléphoniques périodiques; par des bulletins électroniques, par des téléconférences régionales spéciales; et par un site Web du projet national qui hébergeait des publications, des présentations et des procès-verbaux de réunions.

Résultats de l'expérience d'AC

Nos résultats révèlent que la diffusion est perçue comme une série active et planifiée d'étapes qui traduisent un processus de transfert aussi bien qu'un processus d'adhésion ou de mise en œuvre*. On a conclu que le renforcement des capacités, c'est-à-dire les efforts qui visent à améliorer la capacité d'un organisme à planifier, mettre en œuvre, évaluer et soutenir efficacement des efforts de promotion de la santé, n'était pas seulement une stratégie complémentaire étroitement liée à la diffusion, mais qu'il était essentiel pour assurer l'adhésion aux recherches et pratiques innovatrices, et leur utilisation. La mise en commun de l'information et la communication ne suffisent pas à elles seules pour réussir à soutenir l'adhésion aux connaissances auprès des organismes de santé publique.

* Les conclusions présentées ici sont basées sur six projets provinciaux étudiés jusqu'à ce jour (Ontario, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Saskatchewan, Colombie-Britannique). Le financement de ces projets provinciaux était décalé. Ainsi, l'analyse du projet de l'Alberta se poursuit en 2005.

La mise en commun de l'information et la communication ne suffisent pas à elles seules pour réussir à soutenir l'adhésion aux connaissances auprès des organismes de santé publique.

On a découvert que, pour être efficace, la diffusion devait être basée sur un processus d'échange de connaissances entre les groupes ressources (chercheurs et intervenants) et les groupes d'usagers des services de santé publique, entre autres sur des efforts actifs pour améliorer la volonté et l'engagement, les connaissances, les compétences, le leadership, les ressources, l'infrastructure et les partenariats.

Les stratégies de diffusion et de renforcement des capacités les plus souvent observées pendant le projet comprenaient les activités de communication (réunions, médias électroniques, téléconférences et bulletins); la création de collaborations et de partenariats; la disponibilité de ressources (d'information et financières); des ateliers et de la formation; le réseautage (échanges avec les pairs); la facilitation; et la liaison au moyen de systèmes et de personnes (pour maintenir la communication entre les groupes ressources et les groupes utilisateurs).

Les caractéristiques les plus fréquentes de l'efficacité du renforcement des capacités et de la diffusion étaient la présence d'un leader ou d'un champion au sein du groupe d'usagers des services de santé publique; de bonnes relations et l'adhésion par les groupes utilisateurs; l'accès à des ressources suffisantes pour assurer le renforcement des capacités et la diffusion; l'accès par des groupes utilisateurs à du personnel ressource central pour obtenir de l'aide technique; et des interventions adaptées aux besoins des groupes utilisateurs.

Notre analyse qualitative et quantitative secondaire a révélé la croissance d'un certain nombre de secteurs de la programmation et de la capacité de promotion de la santé au cours des six projets provinciaux. Ces projets et leurs interventions ne se sont toutefois pas réalisés en vase clos. En effet, d'autres changements dans les systèmes de santé provinciaux, des occasions de développement professionnel et des initiatives de promotion de la santé se sont produits concurremment et souvent en partenariat avec les projets provinciaux. C'est dans ce contexte élargi que nous devons considérer les changements observés.

Dans l'ensemble, les données probantes de l'efficacité du renforcement des capacités et des interventions de diffusion ne sont pas uniformes dans les projets provinciaux. Dans deux provinces, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, on a noté une croissance des éléments relatifs aux capacités dans certaines régions et des baisses dans d'autres. Cet état de fait est probablement relié à la réforme du système de santé provincial, dont le rôle déstabilisant a nui aux activités du projet. Par contre, dans les quatre autres provinces (Ontario, Manitoba, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador), divers changements positifs ont été notés dans la plupart, sinon la totalité, des éléments de prévention des maladies chroniques/capacité et mise en œuvre de modes de vie sains, notamment l'acquisition de connaissances et de compétences, les partenariats, l'acquisition de ressources, la structure organisationnelle, le niveau d'application des programmes, la portée et le type de programmation et la durabilité des programmes.

Les conclusions de tous les projets indiquent qu'un ensemble commun de facteurs ont un effet incitatif ou dissuasif à la fois sur le renforcement des capacités et la diffusion :

- Personnel suffisamment formé et prêt à s'investir
- Fonds/ressources
- Priorité/intérêt
- Leadership/champions
- Voies de communication/processus
- Structure/coordination interne
- Partenariats

La principale différence entre la diffusion et les facteurs qui influencent le renforcement des capacités est le rôle plus prépondérant que semble jouer la présence ou l'absence de partenariats dans la diffusion, alors que le leadership au sein des groupes d'utilisateurs de services de santé publique semble plus important pour le renforcement des capacités. Enfin, on a constaté que la capacité des services de santé publique et la mise en œuvre des programmes sont influencées par un certain nombre de facteurs contextuels provinciaux plus larges, notamment une réforme du système de santé provincial, la géographie et la démographie, le climat socioéconomique et politique, le leadership et la culture de la province.

Enseignements tirés

Ces conclusions mettent en lumière des occasions de soutenir les capacités de promotion de la santé et la diffusion en tenant compte des facteurs environnementaux tant au niveau des organisations que des provinces. L'importance, maintes fois réitérée, d'avoir du personnel suffisamment formé et engagé suggère que les possibilités de perfectionnement professionnel en continu pour le personnel et les bénévoles en santé de la région, ainsi que l'accès à du personnel provincial central qui assure la facilitation, les ressources et le soutien technique, sont des facteurs essentiels. En outre, les organismes de santé provinciaux et régionaux doivent non seulement définir expressément leurs priorités en promotion de la santé, mais doivent aussi protéger le temps et les ressources alloués à la promotion de la santé contre des crises ou des enjeux concurrents. Pour créer un tel environnement, le point le plus important est peut-être la nécessité pour les organisations de chercheurs et de praticiens de favoriser les champions de la promotion de la santé qui sont capables d'appuyer l'application des connaissances.

La durabilité est un autre élément important. Les ministères provinciaux et les organismes de santé régionaux doivent coordonner leurs priorités et collaborer de façon à atténuer les perturbations de la pratique de première ligne en période de réforme et d'instabilité du système. Tout comme pour la pratique de la promotion de la santé elle-même, aucune stratégie ou approche unique ne donne de meilleurs résultats pour le renforcement des capacités et la diffusion. Il faut plutôt des stratégies multiples qui peuvent être adaptées aux besoins de l'organisation utilisatrice des services de santé publique, et qui ciblent le personnel de première ligne, les hauts dirigeants et les cultures organisationnelles.

Conclusions et répercussions

À partir des conclusions de notre recherche et de la documentation de recherche sur la diffusion, nous avons élaboré un modèle unifié de diffusion applicable à divers organismes et contextes de santé publique. Trois thèmes ont retenu notre attention : un processus d'échange interactif bidirectionnel a toutes les chances de réussir; la diffusion doit se faire en plusieurs étapes pour faciliter le transfert et l'adhésion, notamment le renforcement des capacités; et la diffusion dépend de personnes clés responsables de la liaison entre les groupes d'utilisateurs et les groupes ressources afin de faciliter la communication et tenir des activités conjointes.

Bien qu'il n'existe pas de méthode de diffusion idéale, la diffusion doit être amorcée activement et elle doit inclure l'engagement des groupes de chercheurs et/ou de décideurs/praticiens, de solides voies de communication (groupes mixtes ou réseaux étendus), l'engagement des hauts dirigeants ainsi que du personnel suffisamment formé pour jouer un rôle de liaison et de facilitation.

Les conclusions présentées ici donnent une vue partielle du renforcement des capacités et de la diffusion relativement à la promotion de modes de vie sains et à la prévention des maladies chroniques au Canada. Le CHHDP, qui tire déjà à sa fin, nous permettra de mieux comprendre non seulement ce qui fonctionne et dans quelles conditions, mais aussi quels sont les autres besoins en matière de politiques et de pratiques au Canada, au

moment où s'amorce un virage des politiques vers la prévention des maladies chroniques et la promotion de modes de vie sains. Ce travail national de synthèse en est à l'étape d'échange de connaissances avec les décideurs afin de faciliter l'application de ces enseignements aux politiques et pratiques de santé publique.

Références

1. Elliott, S., J. O'Loughlin, K. Robinson, J. Eyles, R. Cameron, D. Harvey, K. Raine et D. Gelskey. 2003. Conceptualizing dissemination research and activity: The case of the Canadian Heart Health Initiative. *Health Educ Behav* 30:267-82.
2. Robinson, K., S. M. Driedger, S. Elliott et J. Eyles. À paraître. Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Prom Prac.*
3. Cameron, R., S. Elliot, J. Eyles, D. Harvey, C. Jones, M. Mittelmark, J. O'Loughlin et K. Robinson. 2001. Canadian Heart Dissemination Research. *Prom Educ.* Suppl. no. 1.



LE RÉSEAU CANADIEN D'INFO-TRAITEMENTS SIDA

Timothy Rogers, Ph.D., Réseau canadien d'info-traitements sida

Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE) est un service national très apprécié d'information sur les traitements du VIH/sida. CATIE, qui travaille en partenariat avec un réseau d'autres fournisseurs d'information, élabore et diffuse de l'information en langage clair et simple relativement aux traitements basés sur des recherches, rassemble des personnes vivant avec le VIH/sida, des chercheurs et des fournisseurs de soins de santé afin de faciliter l'échange de connaissances et effectue des recherches dans la collectivité afin de faire connaître les priorités de la recherche et l'élaboration des politiques. CATIE doit une bonne partie de son succès à son engagement envers le développement de la collectivité et la mobilisation des personnes et des communautés pour répondre aux problèmes liés aux traitements et faire le lien avec les initiatives régionales.

Contexte

Depuis le début de l'épidémie de VIH/sida dans les années 1980, les innovations rapides dans le domaine de la recherche clinique, épidémiologique, sociale et scientifique fondamentale ont permis de faire des progrès remarquables à l'égard de cette maladie. Durant toute cette période, l'application des connaissances (AC) a joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé des personnes et des communautés touchées.

Le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)* est issu du premier mouvement de défense communautaire pour améliorer les politiques et les soins de santé relatifs au VIH. À une époque où la communauté médicale avait peu à offrir aux personnes vivant avec le VIH/sida, CATIE était l'un des premiers organismes au Canada à réunir et diffuser systématiquement de l'information sur les traitements. Pour les communautés dévastées par l'épidémie, « l'idée que l'information pouvait sauver des vies était révolutionnaire »¹.

Depuis le début des années 1990, CATIE a pris de l'expansion et, d'un groupe de la région de Toronto, il est devenu un service national bilingue d'information sur le traitement, en grande partie grâce au soutien apporté par la stratégie nationale de Santé Canada de lutte contre le VIH/sida. Nous avons pour mission d'améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens qui vivent avec le VIH/sida en leur donnant, de même qu'aux personnes et aux organisations qui les soutiennent, accès à de l'information exacte, impartiale et récente sur le traitement. Nous travaillons en collaboration avec un réseau regroupant d'autres fournisseurs d'information (y compris des chercheurs, des fournisseurs de soins de santé et des pairs) pour nous assurer que les personnes reçoivent les renseignements dont elles ont besoin, sous la forme de leur choix, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées en ce qui concerne leur santé.

L'initiative d'AC

L'AC, qui consiste à faire connaître les derniers progrès de la recherche aux personnes qui peuvent profiter de ces connaissances, et à faire en sorte que les expériences des personnes et des communautés touchées par le VIH profitent aux recherches futures, est une fonction essentielle de CATIE. Nos principaux objectifs d'AC consistent à promouvoir la responsabilisation des personnes vivant avec le VIH/sida et de leurs soignants afin qu'elles prennent des décisions éclairées au sujet de leur santé; à renforcer la capacité d'AC dans le réseau canadien d'information sur les traitements VIH/sida, qui est peu structuré; et, en collaboration avec des organismes communautaires, à être à l'écoute de l'évolution des besoins des diverses communautés en matière d'information sur le traitement du VIH/sida.

* Pour plus d'information sur CATIE, consulter le site <http://www.catie.ca>

Nos principales activités d'AC sont les suivantes :

- Fournir de l'information sur les recherches (notamment les progrès dans la recherche clinique et la recherche sur des populations) dans des formats utiles et en langage clair, par l'intermédiaire de canaux multiples (papier, moyens électroniques, téléphone, site Web et ateliers/forums).
- Créer des partenariats avec des communautés vulnérables afin de reconnaître, d'étudier et de lever les obstacles au traitement et à l'enrichissement des connaissances dans le domaine de la gestion de la santé.
- Regrouper les communautés de soins (personnes vivant avec le VIH/sida, chercheurs, fournisseurs de soins de santé, soignants) afin de faciliter l'échange des connaissances.
- Travailler en collaboration afin d'effectuer de la recherche communautaire et faire connaître les priorités de la recherche et l'élaboration de politiques.

Nos évaluations démontrent invariablement que les gens désirent de l'information de qualité sur les traitements, tirée de sources dignes de confiance^{1,2}. L'information de qualité sur les traitements est exacte, récente, basée sur la recherche, impartiale et complète. Pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, de l'information de qualité est également accessible, utile et adaptée au contexte.

Notre comité consultatif de santé communautaire est composé de chercheurs sur le VIH/sida, de médecins, d'infirmiers et infirmières et de dirigeants communautaires qui contribuent périodiquement aux dernières recherches et aux tendances cliniques auxquelles nous devons répondre. Ils ont collaboré avec nous pour établir une stratégie d'évaluation de la recherche et de l'information, qui comprend des lignes directrices sur l'examen, l'évaluation et l'utilisation des différentes sources d'information sur les traitements (expertise éclairée, documentation revue par des experts et information expérientielle). Ils nous aident également à repérer des médecins, des pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins de santé de premier plan auxquels nous faisons appel pour réviser, présenter et rédiger de l'information, en leur qualité d'experts. En plus de l'information sur la médecine officielle, nous fournissons aussi de l'information basée sur la recherche et portant sur l'alimentation et les thérapies complémentaires, et nous avons travaillé en étroite collaboration avec la Direction des produits de santé naturels afin de promouvoir l'AC dans ce secteur. Nous avons également établi un partenariat avec le Réseau canadien pour les essais VIH afin de fournir de l'information sur les essais cliniques canadiens actuellement à la recherche de participants.

Résultats de l'expérience d'AC

Le modèle du CATIE a fait ses preuves dans un bon nombre d'études d'évaluation et par la rétroaction avec les utilisateurs du service depuis 14 ans. Selon une évaluation datant de 2002, « la première réalisation de CATIE a été de fournir des renseignements accessibles et dignes de confiance sur les traitements selon une perspective canadienne et de façon à accroître l'autonomie des utilisateurs (particuliers et organismes) »². Il y était aussi constaté que CATIE avait évolué pour devenir un organisme national et que cette évolution avait eu des répercussions importantes sur l'ensemble du réseau de fournisseurs d'information sur les traitements du VIH/sida.

Le VIH affecte de façon disproportionnée des populations vulnérables déjà marginalisées dans le système de santé publique. Nous avons constaté que le développement communautaire joue un rôle important dans la réussite de l'AC au sein de ces groupes. Nous avons collaboré avec des organismes de services liés au sida qui soutiennent des groupes ethnoculturels spécifiques dans la création d'information, multilingue et ouverte à leur culture, sur les traitements. Grâce à des partenariats avec un hôpital pour enfants, avec un organisme de services liés au sida chez

les enfants, avec des chercheurs communautaires et autres, nous avons étudié les besoins des jeunes séropositifs et travaillons actuellement à la mise sur pied d'un site Web pour les jeunes qui fournira de l'information sur les traitements du VIH. Dans le cadre d'un autre projet de recherche en collaboration avec des universités, des organisations rurales de services liés au VIH et des travailleurs de la santé publique dans les régions, nous examinons la possibilité de mettre en place des réseaux d'information sur le traitement dans les communautés rurales et la meilleure façon de lever les obstacles à l'AC.

Enseignements tirés

L'expansion de CATIE en un organisme national de services a été très difficile. Nous devons relever le défi de maintenir des bases solidement ancrées dans la communauté tout en tenant compte de la diversité déconcertante des besoins et des enjeux régionaux. Nous avons d'abord essayé une structure de gouvernance comportant un conseil d'administration et un comité consultatif national. Comme cette structure n'a pas permis de prendre des engagements régionaux appropriés, nous avons alors opté pour un conseil entièrement national.

En tant qu'organisme national, CATIE était au tout début considéré comme un service offert directement aux utilisateurs finals de l'information, surtout les personnes vivant avec le VIH/sida. Or, la tâche de faire connaître ce service s'est révélée un gros défi, compte tenu de notre financement limité. De plus, une analyse du contexte a démontré que de nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida préféreraient obtenir de l'information sur leur traitement auprès des sources locales avec lesquelles elles avaient déjà établi des relations. La disponibilité et la qualité de cette information variaient aussi énormément selon les régions du pays³. C'est ainsi que nous avons consolidé nos partenariats avec les organismes communautaires locaux et pris le leadership dans le renforcement des capacités des réseaux existants afin de gérer, d'échanger et de diffuser l'information sur les traitements.

Nous avons dû adapter nos stratégies d'AC au contexte du VIH/sida en constante évolution, c'est-à-dire passer des technologies de communication aux divers publics, au rythme des progrès de la recherche. Nous avons tout d'abord pensé rejoindre une audience pancanadienne avec un service téléphonique sans frais et des publications imprimées, mais notre site Web est devenu notre plus important véhicule de diffusion de l'information, avec plus de 10 000 pages de contenu et plus de 650 000 visiteurs par année.

Au début, notre information visait une population gaie scolarisée de classe moyenne, assoiffée d'information. Cependant, à mesure que l'épidémie se répandait à d'autres populations marginalisées, nous avons dû intégrer d'autres sujets comme la diversité ethnoculturelle, les besoins spécifiques des hommes et des femmes, la réduction des préjugés, les infections concomitantes et le peu d'alphabétisation dans le domaine de la santé.

Nous avons aussi adapté nos services en modifiant l'environnement de la recherche et du renforcement des connaissances. Au début, il n'existait aucun médicament pour traiter le VIH. On cherchait avant tout à prévenir et traiter les infections et maladies concomitantes au sida, et l'information sur le traitement allait de pair avec la défense des droits. Au milieu des années 1990, les traitements antirétroviraux ont commencé à se révéler prometteurs dans les essais cliniques, et l'information sur les traitements s'est mise à foisonner : la pratique clinique s'est tout à coup mise à évoluer de mois en mois, à mesure que de nouveaux progrès de la recherche étaient rapportés. Plus récemment, le meilleur qualificatif de l'environnement d'AC serait une « surcharge de l'information sur les traitements », et le principal défi consiste à aider les gens à trier les masses d'information disponible sur la recherche.

Plus récemment, le meilleur qualificatif de l'environnement d'AC serait une « surcharge de l'information sur les traitements », et le principal défi consiste à aider les gens à trier les masses d'information disponible sur la recherche.

Conclusions et répercussions

L'examen du programme CATIE et l'évaluation des services que nous avons effectués au cours des dernières années nous ont permis de déterminer que les éléments suivants sont essentiels à notre succès. Nous espérons aussi qu'ils contribueront à faire connaître les activités d'AC dans d'autres secteurs de la population et de la santé publique⁴.

Actions communautaires

Pour mobiliser les individus et les communautés à intervenir sur les questions relatives au traitement du VIH/sida, nous travaillons en collaboration et nous nous joignons aux initiatives régionales. Nous avons constaté qu'une approche de renforcement des capacités réussit mieux lorsque le soutien du leadership et le développement organisationnel et communautaire sont articulés autour de l'AC. L'engagement à long terme des personnes qui vivent avec le VIH/sida et de leurs communautés est essentiel.

Information de qualité

Nous élaborons des produits et des services qui sont à la fois basés sur la recherche et qui répondent aux besoins de la communauté. Pour créer ainsi une information de qualité, tous les intervenants doivent participer au processus d'AC — chercheurs, cliniciens, leaders communautaires et personnes vivant avec le VIH/sida.

Pour créer ainsi une information de qualité, tous les intervenants doivent participer au processus d'AC — chercheurs, cliniciens, leaders communautaires et personnes vivant avec le VIH/sida.

Accessibilité

Nous faisons en sorte que nos produits et services correspondent à nos publics cibles. Nous diffusons l'information sur les traitements dans des canaux multiples, en présentant de l'information « significative » aux publics ciblés, en mettant en contexte l'information sur les traitements et en étant à l'écoute des communautés.

La responsabilisation par l'information

Nous nous inspirons des principes de l'éducation des adultes centrée sur l'apprenant pour aider les personnes qui vivent avec le VIH/sida et leurs soignants à renforcer leurs capacités à chercher, évaluer, comprendre et utiliser l'information sur les traitements. Ainsi, nous aidons les gens à prendre des décisions éclairées, à établir de bonnes relations dans le domaine des soins de santé et à agir sur les questions de santé qui leur sont importantes.

Considération de tous les facteurs déterminants de la santé

La santé est déterminée par des relations complexes entre les facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et le comportement individuel. Nous travaillons donc à partir d'un vaste concept de traitement, et nous cherchons à avoir de l'influence sur les facteurs sociaux et les comportements individuels en matière de santé.

Références

1. Love, A. J. 2002. Evaluation of the implementation of the CATIE model: Summary of lessons learned. Toronto (ON): CATIE.
2. Love, A. J. 2002. Evaluation of CATIE's Outcomes: Feedback from key informants. Toronto (ON): CATIE.

3. MacDonald, C. A., C. Blair et al. 2002. Analyse de la conjoncture nationale relative à l'information sur le traitement du VIH/SIDA. Rapport élaboré pour la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada. Toronto (ON): CATIE. [http://www.catie.ca/pdf/EnvironmentalScan\(french\).pdf](http://www.catie.ca/pdf/EnvironmentalScan(french).pdf).
4. Veinot, Tiffany et Timothy Rogers. 2004. A whole greater than its parts: a community-based model for HIV/AIDS treatment information exchange. Affiche présentée à la XV^e Conférence internationale sur le sida, Bangkok.

