



# APPLICATION DES CONNAISSANCES DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

## Module d'apprentissage

*préparé par*

**la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale**

*en partenariat avec la Direction de l'application des connaissances  
et les Instituts de recherche en santé du Canada*

*Décembre 2010*



**CCGHR CCRSM**  
Canadian Coalition for  
Global Health Research    Coalition canadienne pour la  
recherche en santé mondiale



**CIHR IRSC**  
Canadian Institutes of  
Health Research    Instituts de recherche  
en santé du Canada

## Introduction au module

Voici le premier d'une série de modules commandés par la Direction de l'application des connaissances et de la sensibilisation du public des IRSC, dans le but d'aider les chercheurs et les utilisateurs des connaissances à se familiariser avec l'application des connaissances (AC). L'objectif à long terme est bien sûr que la production et l'utilisation des connaissances se traduisent par des progrès en santé et dans les services de santé. Les modules se veulent des outils pour atteindre cet objectif et promouvoir la compréhension de l'AC et l'engagement dans le processus d'AC.

Le présent module, qui s'adresse principalement aux chercheurs et aux utilisateurs des connaissances canadiens, vise à présenter le travail remarquable réalisé dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) partout dans le monde, notamment les organismes qui appuient ce travail. Le module a été préparé par une équipe de la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM ou « la Coalition ») – un réseau mondial basé au Canada et dont les membres s'emploient à promouvoir la santé et la réduction des disparités en santé par la production et l'utilisation des connaissances. Pour plus d'information sur la Coalition, consulter : [www.ccghr.ca](http://www.ccghr.ca)

Le module compte cinq parties et une annexe.

- **Partie 1** : Pourquoi l'AC est-elle importante—surtout dans les PRFI?

Cette section explique ce qu'est l'AC et pourquoi cela est particulièrement important dans les PRFI.

- **Partie 2** : l'AC dans le monde

Cette section traite de la contribution des organismes internationaux, régionaux et nationaux à l'AC dans les PRFI.

- **Partie 3** : Études de cas et exemples

Cette section présente cinq études de cas (exemples) représentatifs des défis liés à l'application concrète de la recherche : élaboration de politiques, gestion de programmes, changement dans le rendement professionnel ou engagement collectif de divers intervenants envers un défi commun.

- **Partie 4** : Profils de leaders

Cette section présente des gens qui exercent un leadership en application des connaissances dans les PRFI.

- **Partie 5** : Qu'est-ce qui se fait et s'apprend au Canada?

La contribution du Canada à l'AC dans les PRFI prend diverses formes. Cette section résume certaines des principales contributions et présente des idées sur la façon dont les Canadiens peuvent être des partenaires respectueux et efficaces des PRFI dans le processus d'AC.

### Annexe

- Ressources connexes (avec liens) concernant l'AC dans les PRFI (pouvant aussi intéresser le Canada).

## Conseils pratiques sur l'utilisation du module

### Il y a plusieurs façons d'utiliser le module :

- comme outil d'auto-apprentissage individuel;
- comme outil de discussion pour une dyade ou un petit groupe;
- comme outil pour un atelier à plus grande échelle incluant du travail en petits groupes.

Nous recommandons les deuxième et troisième utilisations, qui sont non seulement plus intéressantes, mais aussi plus propices à une réflexion critique au contact de vos collègues, ce qui sera plus instructif pour vous. Surtout, le module pourrait s'avérer un point de départ pour en apprendre davantage sur l'AC.

À plusieurs endroits dans le module, vous trouverez des questions sous le titre « questions à étudier ». Cet exercice sera particulièrement utile si vous prenez le temps de réfléchir et d'écrire quelque chose. Si vous êtes avec des collègues, vous pourrez ensuite exprimer vos différentes idées sur la question. Nous avons préparé des notes explicatives sous chaque question pour vous aider dans votre réflexion et votre dialogue.

Nous avons une suggestion d'apprentissage futur : comme indiqué ci-dessus, la quatrième partie présente des collègues de partout dans le monde qui sont des leaders en AC. Ces collègues ont généreusement accepté

de faire partie d'un « comité de réponse ». Si vous avez des questions particulières sur certains aspects du module, nous vous invitons à les soumettre à l'un ou l'autre des co-auteurs (Sheila ou Vic – voir ci-dessous). Nous transmettrons vos questions au comité et ferons de notre mieux pour vous obtenir une réponse dans un délai de quelques jours. Nous mettons ce système à l'essai pendant six mois (juillet à décembre 2011) pour évaluer son utilité et sa faisabilité. Nous déciderons ensuite si nous continuons ou non – dans une certaine mesure, cela dépendra de vous comme apprenant.

Alors voilà. Nous espérons que le module vous plaira, et nous attendons impatiemment vos commentaires. Voici qui nous sommes.

## Sheila Harms

harmssh@hhsc.ca

Je suis pédopsychiatre et professeure adjointe à l'Université McMaster. Membre de la CCRSM depuis quelques années, je m'intéresse à l'application des connaissances dans le contexte de la santé mondiale. J'ai principalement travaillé avec des collègues africains en santé mentale à l'échelle mondiale.

## Vic Neufeld

neufeld@mcmaster.ca

Je suis professeur émérite à l'Université McMaster et j'agis comme coordonnateur national de la CCRSM. Je souhaite surtout travailler avec la « prochaine génération » de chercheurs en santé mondiale, tant au Canada que dans les PRFI.

## Remerciements

Nous aimerions remercier les IRSC pour leur aide financière et leurs conseils, Sandy Campbell pour ses commentaires utiles sur une de nos premières ébauches et Izzy Pouliot pour son aide concernant le formatage. Et bien sûr, nous remercions nos collègues des PRFI pour avoir accepté de faire publier leur profil et de participer au comité de réponse.

# PARTIE 1

**POURQUOI L'AC EST-ELLE IMPORTANTE –  
SURTOUT DANS LES PFRI?**

## Pourquoi l'application des connaissances est-elle particulièrement importante dans les PRFI?

*Dans cette première section, vous serez initié au concept d'application des connaissances (AC) par l'étude de l'« écart » entre la théorie et la pratique dans le contexte de l'état actuel de la santé mondiale. On vous proposera des modèles et des solutions pour remédier à cet écart dans la pratique professionnelle, les programmes et les politiques.*

*Buddha a dit : « savoir et ne rien faire équivaut à ne pas encore savoir »  
(Allen, 2006)*

### Définir le problème : l'« écart » entre la théorie et la pratique

En bref, il existe des interventions en santé validées scientifiquement qui, si elles étaient appliquées efficacement, permettraient à tous les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (Evans et al., 2005).

L'établissement des OMD en 2000 a mis au défi la communauté internationale d'accentuer ses efforts de développement en se fixant des objectifs précis de réduction des disparités mondiales particulières d'ici 2015, notamment sur le plan de la santé, de la pauvreté, de l'éducation, de l'accès à la nourriture, du droit des femmes d'accoucher sans risquer leur vie et de la viabilité environnementale. Dans un rapport des Nations Unies (ONU) de 2010 sur les OMD, il semble que malgré des succès isolés, la lenteur des progrès est inacceptable. Les exemples suivants illustrent les défis de santé mondiale majeurs ciblés directement et indirectement dans les OMD.

### Exemples

- Presque tous les accouchements sont supervisés par des professionnels de la santé dans les pays à revenu élevé (PRE), mais moins de la moitié le sont dans certains pays en développement (ONU, 2010).
- La mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est 18 fois plus élevée dans les PRFI que dans les PRE (128,3/1000 contre 7,0/1000) (Fay et al., 2005).
- L'espérance de vie des personnes atteintes du VIH/sida est six années plus courte en Afrique subsaharienne que dans les pays à revenu intermédiaire et élevé (Dorling et al., 2006).

- Les pays les plus riches progressent davantage que les plus pauvres au chapitre de l'espérance de vie et de la mortalité infantile (ONU, 2010).

Dans l'ensemble, les efforts de développement ont été menacés et parfois même anéantis par les crises économiques, alimentaires et climatiques mondiales et les conflits armés. Le rapport prévoit que les OMD ne seront pas atteints d'ici 2015 dans la plupart des régions du monde (ONU, 2010).

La première incursion dans le monde de l'application des connaissances (AC) a été faite par la médecine clinique, où un écart entre la théorie et la pratique a été constaté. Vers la fin des années 1970, la médecine fondée sur les données probantes (MDP) a fait ressortir la nécessité pour les praticiens de comprendre et d'utiliser les résultats de la recherche dans leurs décisions cliniques quotidiennes. Cela a conduit à la création de la Collaboration Cochrane – un groupe sans but lucratif qui examine systématiquement les essais cliniques réalisés sur diverses maladies et produit des synthèses de données probantes issues de la recherche, permettant aux cliniciens d'utiliser en toute confiance les meilleures données dans les situations cliniques courantes. La méta-analyse s'impose aussi comme une approche méthodologique importante pour combiner rigoureusement les résultats de la recherche pour usage clinique. La collection Cochrane s'est plus tard étendue aux synthèses sur des questions d'intérêt pour les programmes et les politiques (voir partie 3 pour en savoir plus sur la Collaboration Cochrane).

La MDP, même si elle a amené une évolution bénéfique de la recherche et des pratiques, a aussi révélé ses propres limites dans le domaine de la santé mondiale. Une culture de MDP s'est développée au niveau tertiaire un peu partout dans le monde, mais le constat suivant est préoccupant : des données probantes pouvant éclairer les programmes et les politiques de santé mondiale restent

*« Même dans les pays où les disparités sur le plan de la santé ont été réduites (p. ex. la Suède), il ne faut pas crier victoire, car il subsiste encore des écarts importants en santé entre groupes démographiques » (Welch et al., 2009).*

largement inutilisées. Malgré la production de vastes quantités de connaissances scientifiques, le fardeau global de la maladie a peu changé dans la plupart des PRFI, ce qui révèle l'existence d'un écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons avec les connaissances pertinentes. Ce phénomène a été appelé « écart » entre la théorie et la pratique. Depuis les deux dernières décennies, cet échec à se servir efficacement des connaissances pour combattre les disparités en santé dans les PRFI par des politiques, des programmes et des pratiques professionnelles est ciblé par les priorités de recherche nationales et internationales d'organismes comme l'Organisation mondiale de la santé

(OMS), la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé.

### Définir l'AC

La définition de l'AC de l'OMS est dérivée de celle des IRSC : « la synthèse, l'échange et l'application des connaissances par les intervenants concernés en vue d'accélérer les retombées des innovations locales et mondiales sur le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la santé des gens » (OMS, 2005).

## encadré 1

### Questions à étudier

**Que veut dire selon vous l'expression « écart » entre la théorie et la pratique ?**

**Comment interpréter la disparité entre les connaissances disponibles et utilisation?**

**Autrement dit, pourquoi existe-t-il un « écart entre la théorie et la pratique »?**

**pour noter vos commentaires dans l'encadré 1, voir notes explicatives ci-dessous <sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Explications possibles de l'écart entre la théorie et la pratique :

- La recherche en santé a souvent été conçue comme une fin plutôt qu'une composante d'un processus volontaire et stratégique (Pablos-Mendez et al., 2005).
- La pauvreté de la recherche dans les PRFI ajoute à la nécessité d'examen systématiques rigoureux sur les questions de santé publique d'intérêt pour ces pays.
- Les projets de recherche en cours et proposés ne s'appuient pas toujours sur le travail de recherche existant dans les PRFI (Nuyens and Lansang, 2006).
- La compréhension de la recherche en santé, des politiques de santé et des contextes cliniques dans les PRFI est difficile, mais essentielle au succès de l'AC .
- Difficultés de mettre en œuvre des politiques fondées sur les données probantes
- Tous les intervenants dans le processus et les activités d'AC ne sont pas identifiés et inclus.
- Le développement de l'expertise en AC est lié à la capacité en matière de ressources humaines, un défi majeur dans les PRFI (Nuyens & Lansang, 2006).
- Intérêts de recherche concurrentiels dans les PRFI (Nuyens & Lansang, 2006)
- Fragmentation entre responsables des politiques et solutions sur le terrain (Haines et al., 2004)

Welch et al. utilisent cette définition pour faire valoir que l'AC est un processus très compliqué mobilisant de nombreux intervenants dans la production, l'adaptation et l'application des connaissances. Ils estiment que pour réussir, l'AC a besoin non seulement d'expertise clinique et épidémiologique, mais aussi des contributions originales et volontaires d'autres secteurs comme les finances, la gestion, les communications et l'éducation (Welch et al., 2009).

### Modèles d'AC

Divers modèles d'AC ont été proposés. Un des premiers a été le « Ottawa Model of Research Use » (Graham and Logan, 2004). Une version révisée de ce modèle a servi de base pour l'analyse de l'application des connaissances dans les pays en développement (Santesso and Tugwell, 2006).

*« Le concept d'application des connaissances se développe à un moment où des investissements mondiaux sans précédent dans la recherche en santé ont généré un vaste bassin de connaissances qui est sous-utilisé et trop lentement appliqué pour la création ou l'amélioration de politiques, de produits, de services et de résultats. L'AC émerge à un moment où l'écart entre ce que l'on sait et ce que l'on fait est mis en lumière par les lacunes au niveau de l'équité et de la qualité dans les services de santé » (Landry et al., 2006).*

Dans le numéro spécial du bulletin de l'OMS sur l'AC en août 2006 (voir annexe), Tugwell et al. classaient les utilisateurs des connaissances en six groupes cibles (ou « 6 P ») pour l'application des connaissances—Public (communauté); Patients; Presse; Praticiens; responsables des Politiques; secteur Privé (Tugwell et al; 2006). [D'autres ont ajouté les deux « P » suivants : gestionnaires de Programmes et Pairs.]

Dans le même numéro spécial, Lavis présente plusieurs modèles de mise en pratique de la recherche (Lavis et al, 2006). Dans une certaine mesure, ces modèles illustrent l'évolution des théories sur « ce qui fonctionne » en application des connaissances. Ils consistent en des efforts de stimulation de l'offre par les producteurs ou les fournisseurs (de connaissances); efforts de stimulation de la demande de connaissances; efforts d'échange et efforts intégrés. Ces efforts intégrés sont parfois appelés « plateformes d'application des connaissances ».

En bref, il existe des solutions et des modèles d'AC pour les politiques, les programmes et la pratique professionnelle dans les PRFI.

### AC et pratique professionnelle

L'écart entre la théorie et la pratique s'étend à la pratique professionnelle. Il existe de nombreux exemples cliniques en Amérique du Nord et en Europe où les données les plus solides ont été synthétisées sous forme de recommandations cliniques pour des problèmes de santé publique comme les maladies cardiovasculaires et sont facilement accessibles; pourtant les pratiques demeurent largement variables (Eisenberg & Garzon, 1997). Historiquement, les efforts pour changer les comportements des praticiens afin de combler l'écart entre la théorie et la pratique ont reposé sur la formation médicale continue (FMC) et la formation professionnelle continue (FPC). La FMC et la FPC peuvent se décrire en gros comme des processus éducatifs axés sur l'éducateur ou l'apprenant. La littérature existante dans le domaine de l'éducation démontre que les activités passives d'apprentissage ou d'éducation sont peu efficaces pour modifier les comportements des médecins. Selon Davis et Al., ces construits éducatifs sont inadéquats pour les questions de santé des populations. Autrement dit, la FMC et FPC ont été relativement inefficaces pour combler l'écart entre la connaissance et la pratique professionnelle (Davis et al, 2003).

### Résumé

#### L'AC est importante pour les PRFI, car :

- o Il subsiste des disparités majeures en santé mondiale malgré des décennies d'avancement des connaissances et d'initiatives en santé mondiale. La divergence entre ce que nous savons et ce que nous faisons est au cœur de l'écart entre la théorie et la pratique.
- o Les connaissances pour résoudre la plupart des problèmes de santé dans les PRFI sont disponibles.
- o Il existe des solutions et des modèles d'AC pour les politiques, les programmes et la pratique professionnelle.

## Questions à étudier

Comment l'AC peut-elle différer de la FMC et de la FPC comme outil éducatif dans l'enseignement des pratiques fondées sur des données probantes?

**Pour noter vos commentaires dans l'encadré 2, voir notes explicatives ci-dessous <sup>2</sup>**

<sup>2</sup>Selon Davis et al., l'AC pourrait s'avérer une solution de rechange viable à la FMC et à la FPC pour modifier la pratique professionnelle, pour les raisons suivantes :

### Contextes

LAC s'effectue en situation réelle plutôt qu'en situation d'apprentissage (p. ex. salle de cours).

### Outils

La production de documentation expliquant le chemin vers des données solides, qui peut être considérée comme une boîte à outils, est un produit ou résultat commun de l'AC.

### Objectifs

On tient compte de tous les participants possibles dans les pratiques liées aux soins de santé, y compris les patients, les responsables des politiques et les consommateurs.

### Principaux modèles opératoires

L'AC, puisqu'elle tient compte de l'interface entre les praticiens, les responsables des politiques et les systèmes, suit une démarche plus globale que la FMC ou la FPC, qui tendent à être plus linéaires (c.-à-d. apprentissage lié au renouvellement d'une licence).

### Interdisciplinarité

Comme l'AC aborde des problèmes multidimensionnels, elle nécessite l'apport et l'expertise de diverses disciplines traditionnellement non couvertes par les modèles de santé, y compris l'apprentissage organisationnel, la psychologie sociale et éducative, l'informatique, l'éducation des patients et du public.

## Bibliographie – Partie 1

- Allen, R.G. (2006). *Creating wealth: Retire in ten years using Allen's seven principles of wealth*. New York (NY): Simon & Schuster Inc. Zen saying Page 293:
- Davis, D., Evans Davis, M., Jadad A., Perrier, L., Rath, D., Ryan, D., Sibbald, G., Rappolt, S., Wowk, M., & Zwarenstein, M. (2003). *The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect*. *British Medical Journal*, 327, 33-35.
- Dorling, D., Shaw, M., & Smith, G.D. (2006). *Global inequality of life expectancy due to AIDS*. *British Medical Journal*, 332, 662-664.
- Eisenberg MJ, Garzon P. 1997. Use of evidence-based medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary revascularization in the United States, Europe and Canada. *American Journal of Cardiology*, 79, 867-72.
- Evans, D.B., Edejer, T.T., Adam, T., & Lim, S.S. (2005). *Methods to Assess the Costs and Health Effects for Improving Health in Developing Countries*. *British Medical Journal*, 331, 1137-1140.
- Fay M., Leipziger D., Wodon Q., & Yepes T. (2005). *Achieving Child-Health-Related Millennium Development Goals: The Role of Infrastructure*. *World Development*, 33(8), 1267-1284.
- Graham, I., & Logan J. (2004). *Translating research: Innovations in knowledge transfer and continuity of care*. *Canadian Journal of Nursing Research*. 36 (2). 89-103.
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). *Bridging the implementation gap between knowledge and action for health*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 82, 724-733.
- Landry, R., Amara, N., Pablos-Mendes, A., Shademani, R., & Gold, I. (2006). *The knowledge-value chain: A conceptual framework for knowledge translation in health*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 84(8), 597-602.
- Lavis J., Lomas J., Hamid M., & Sewankambo N. (2006). *Assessing country-level efforts to link research to action*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 84, 620-626.
- Nuyens, Y., & Lansang, M.D. (2006). *Knowledge translation: Linking the past to the future*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 84(8), 590.
- Pablos-Mendez, A., Chunharas, S., Lansang, M.A., Shademanu, R., & Tugwell, P. (2005). *Knowledge translation in global health*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 83(190), 723.
- Santesso N., & Tugwell P. (2006). *Knowledge Translation in Developing Countries. The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 26, 87-96.
- Tugwell P, Robinson V, Grimshaw J, & Santesso N. (2006) *Systematic reviews and knowledge translation*. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 84, 643 – 649.
- Nations Unies. (2010). *Rapport sur les objectifs de développement pour le millénaire 2010*. New York: NationsUnie. Tiré le 26 novembre 2010 de :<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20.pdf>
- Welch, V., Euffing, E., & Tugwell, P. (2009). *Knowledge Translation: An Opportunity to Reduce Global Health Inequalities*. *Journal of International Development*, 21, 1066-1082.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Bridging the "know- do" gap meeting on knowledge translation in global health*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Tiré le 26 novembre 2010 de : [http://www.who.int/kms/WHO\\_EIP\\_KMS\\_2006\\_2.pdf](http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf)

# PARTIE 2

**L'AC DANS LE MONDE**

## L'AC dans le monde

*Cette section présente un survol du travail d'AC réalisé par des organismes internationaux et des initiatives nationales et régionales.*

Organismes internationaux:	Initiatives nationales et régionales:
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Organisation mondiale de la santé</i></li><li>• <i>Collaboration Cochrane</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Groupe d'AC à Capetown</i></li><li>• <i>Forum zambien de la recherche en santé (ZAMFOHR)</i></li><li>• <i>Projet sur la santé mentale et la pauvreté (PSMP)</i></li></ul>

### Organismes internationaux:

#### Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'OMS est un des nombreux organismes faisant partie du « réseau » des Nations Unies (ONU), et le seul consacré à la santé. L'OMS, dont le siège est à Genève, en Suisse, possède des bureaux régionaux dans six régions du monde. Le Canada est représenté par l'organisme créé pour les Amériques, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), dont le siège est à Washington, aux É.-U. Officiellement, l'OMS est gouvernée par des représentants de ses « États membres », dont le Canada fait partie. Les relations entre le gouvernement du Canada et l'OMS sont gérées par le Bureau des affaires internationales de Santé Canada. De temps à autre, un Canadien siège au conseil exécutif de l'OMS (ou le préside). Le premier directeur général de l'OMS a d'ailleurs été un Canadien— le Dr Brock Chisholm.

L'année 2004 a été importante dans l'histoire de l'OMS et de l'AC. En novembre de cette année, l'OMS et le gouvernement du Mexique ont organisé et financé conjointement un événement majeur—le sommet ministériel sur la recherche en santé. La réunion a été qualifiée de « ministérielle » dans le but précis d'attirer de hauts représentants gouvernementaux (en particulier des ministres de la Santé) aux discussions. Le « sommet » a surtout porté sur la contribution possible de la recherche au renforcement des systèmes de santé nationaux et à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

En prévision du Sommet, l'OMS a publié un important document : *the World Report on Knowledge for Better Health*<sup>3</sup>. En particulier, le dernier chapitre de cette

<sup>2</sup>Pour un rapport sommaire, voir : [www.who.int/rpc/summit](http://www.who.int/rpc/summit)

<sup>3</sup>Ce rapport peut être commandé en se rendant à : <http://apps.who.int/bookorders>

### EVIPNet – Un survol

*Créé en 2005, peu après le sommet du Mexique, EVIPNet se décrit comme « un réseau social et de collaboration faisant la promotion de l'usage systématique des données probantes issues de la recherche en santé dans l'élaboration des politiques. Actif surtout dans les PRFI, EVIPNet encourage les partenariats entre les responsables des politiques, les chercheurs et la société civile, afin de faciliter à la fois l'élaboration et l'application des politiques en se guidant sur l'information scientifique la plus fiable. » EVIPNet a vu le jour en Asie, avant de s'étendre à l'Afrique et, récemment, à l'Amérique latine.*

EVIPNet possède un site Web très utile et actif : <http://www.evipnet.org>.

Plusieurs articles ont été publiés sur ce réseau dynamique, notamment :

- Hamid M et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet* 2005;366:1758-60
- EVIPNet Americas: informing policies with evidence. *Lancet* 2008;372:1130-31.

EVIPNet est également associé au projet SURE (Supporting the Use of Research Evidence), qui constitue un projet de collaboration financé par le 7<sup>e</sup> programme-cadre de la commission européenne. Le projet met à profit et développe les efforts d'EVIPNet en Afrique et aussi l'initiative REACH (Regional East African Community Health Policy Initiative). Il permet à des équipes de chercheurs de 11 pays africains de profiter du soutien d'équipes de recherche européennes et canadiennes. Le site Web d'EVIPNet (ci-dessus) contient plus d'information sur le projet SURE.

publication utile de 146 pages, intitulé *Linking Research to Action*, a popularisé l'expression, « écart entre la théorie et la pratique ». Une conséquence directe de la préoccupation causée par cet écart, en particulier entre

les chercheurs et les décideurs, a été la création du réseau des politiques fondées sur les données probantes, ou EVIPNet.

---

### Questions à étudier

Selon vous, quel est le rôle de l'OMS en recherche et, plus précisément, dans l'application des connaissances? Si vous n'êtes pas sûr, quel devrait être selon vous le rôle de l'OMS?

**Pour noter vos commentaires dans l'encadré 3, voir notes explicatives ci-dessous <sup>1</sup>**

### encadré 3

---

<sup>1</sup> En fait, même si des aspects de la recherche sont intégrés à divers programmes et activités de l'OMS, ce n'est qu'en mai 2010 que l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé la première stratégie de recherche pour l'organisation. La stratégie – La recherche pour la santé – encadre la façon d'aborder la recherche à l'OMS et le rôle de l'organisation dans la recherche en santé mondiale. [Le document de la stratégie est téléchargeable à partir de : [http://www.who.int/rpc/research\\_strategy/en/index.html](http://www.who.int/rpc/research_strategy/en/index.html).

La stratégie vise cinq grands objectifs, dont l'application des connaissances.

Dans le document, l'objectif de la stratégie en matière d'application des connaissances est de « renforcer les liens entre les chercheurs, les responsables des politiques et les cliniciens ». Le document consacre environ deux pages (pp. 18-20) à la description du défi, des mesures nécessaires pour atteindre l'objectif et des résultats attendus. Un de ces résultats attendus est : « les chercheurs sont plus réceptifs au volet « demande », y compris aux questions de recherche en santé d'intérêt pour les responsables des politiques (en santé et dans d'autres secteurs), les cliniciens et la société civile. »

## La Collaboration Cochrane

[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)

Fondée en 1993, la Collaboration Cochrane porte le nom d'un scientifique britannique (Archie Cochrane) ayant fait une contribution majeure au domaine de l'épidémiologie. La Collaboration Cochrane est devenue une organisation internationale indépendante dont la mission est de veiller à rendre accessible partout dans le monde de l'information exacte et à jour sur les interventions en soins de santé. Sa principale activité est la production des examens Cochrane, préparés par ses membres, pour la plupart bénévoles. Aujourd'hui, cette collaboration remarquable mobilise plus de 15 000 personnes dans une centaine de pays, qui sont regroupées en plusieurs entités : groupes d'examen, centres, groupes des méthodes, réseaux (ou « domaines ») et réseau de consommateurs.

Les examens Cochrane sont des évaluations systématiques des données probantes sur les impacts des interventions en soins de santé, qui visent à aider les gens à prendre des décisions éclairées sur les soins de santé, leur santé et celle d'autres personnes. Ces examens sont publiés dans la base de données d'examens systématiques Cochrane, [www.cochrane.org/docs/whycc](http://www.cochrane.org/docs/whycc), une des bases de données de la Bibliothèque Cochrane [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com).

Une organisation sœur, la Collaboration Campbell [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org), se charge de préparer et de diffuser des examens systématiques de grande qualité sur les données de recherche en sciences humaines dans trois domaines interreliés : éducation, criminalité et justice, et bien-être social. Ces examens systématiques sont disponibles dans la Bibliothèque Campbell.

Cochrane Canada figure parmi les 14 centres de l'organisation dans le monde <http://ccc.cochrane.org>. Financé par les IRSC, Cochrane Canada comprend le centre comme tel (basé à l'Université d'Ottawa sous la direction du Dr Jeremy Grimshaw), six groupes d'examen, deux groupes de méthode et un domaine. Plus de 2000 bénévoles et 30 employés rémunérés sont engagés dans la production des examens systématiques de Cochrane Canada. Le Centre canadien a aussi établi des partenariats avec 26 organismes nationaux et 18 sites régionaux (17 universités et une autorité sanitaire).

## Initiatives nationales et régionales

Voici des exemples d'initiatives d'application des connaissances réalisées à l'échelle nationale et régionale. Incidemment, tous les exemples proviennent de l'Afrique.

## Unité d'application des connaissances (UAC), Université de Cape Town

Il y a environ dix ans, avec le financement initial du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada, un groupe de chercheurs et de cliniciens sud-africains a démontré dans un essai clinique randomisé que les infirmières en soins primaires pouvaient être formées pour s'occuper des patients souffrant de maladies pulmonaires, avec des avantages à la fois cliniques et économiques. Cette stratégie est appelée « Approche pratique à l'égard des maladies pulmonaires en Afrique du Sud » ou PALSAs. Ce travail a conduit à la création de l'Unité d'application des connaissances à l'Université de Cape Town <http://www.knowledgetranslation.co.za>, sous la direction de la Dre Lara Fairall. La stratégie PALSAs a été étendue à la gestion du VIH/sida et des maladies transmissibles sexuellement (MTS). Peu de temps après, PALSAs PLUS a été intégrée au système de santé de deux provinces sud-africaines. Un peu plus tard, le ministère de la Santé nationale a conclu une entente avec l'UAC pour la prestation de services de type PALSAs PLUS dans 18 « districts en crise » de toute l'Afrique du Sud. Dernièrement, l'approche PALSAs PLUS a été adaptée à des projets de recherche (essais randomisés par grappes) au Malawi. L'ONG canadienne Dignitas participe à ces activités au Malawi.

## ZAMFOHR

Le Forum zambien de la recherche en santé (ZAMFOHR) a été fondé à titre d'ONG sans but lucratif à la fin de 2005. Le ZAMFOHR se décrit comme « un organisme d'application des connaissances qui vise à harmoniser les efforts du milieu de la recherche dans l'espoir de promouvoir la prise de décision basée sur des données probantes parmi les chercheurs et les utilisateurs de la recherche. » Les activités du ZAMFOHR couvrent la création d'une base de données consultable qui contient maintenant plus de 5000 articles sur des projets de recherche en santé réalisés par des Zambiens. En partenariat avec la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM), un programme de bourses de recherche a été lancé en 2009. Cela implique 13 chercheurs et utilisateurs des connaissances zambiens engagés dans divers projets, pour leur permettre de se réunir afin de s'initier à divers aspects de l'application des connaissances organisés sous forme de « programme d'études » en AC. Le ZAMFOHR abrite également plusieurs « groupes de mise en pratique des connaissances » (RAG – Research Action Group) consacrés à des thèmes comme la santé mentale, les ressources humaines en santé (RHS) et la santé de la reproduction. Chaque RAG se

compose de chercheurs et de responsables des politiques (utilisateurs des connaissances), et plusieurs incluent des collaborateurs canadiens, dont le RAG sur les RHS, qui a reçu une subvention de l'Initiative de recherche en santé mondiale pour réaliser un projet intitulé : *Evaluating the Availability of Adequately Trained Health Care Providers in Rural Zambia Through Competency Assessment and Outcome Mapping*. La partenaire canadienne est la Dre Gail Tomblin Murphy, directrice du centre de collaboration OMS/OPS en planification et recherche sur les RHS, à l'Université Dalhousie <http://whocentre.dal.ca>. De l'information plus détaillée sur le ZAMFOHR figure dans le site Web de l'organisme : [www.zamfohr.org](http://www.zamfohr.org).

### Projet sur la santé mentale et la pauvreté (PSMP)

Fondé par le Department for International Development (DfID) du R.-U. et géré par l'Université de Cape Town en Afrique du Sud, le Projet sur la santé mentale et la pauvreté (PSMP) consiste en une étude de cinq ans sur les politiques, la législation et les services en matière de santé mentale dans quatre pays africains : le Ghana, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Zambie. Le site Web du projet est à [www.psychiatry.uct.ac.za/mhapp](http://www.psychiatry.uct.ac.za/mhapp). Tandis que la plupart des pays africains possèdent un programme ou un plan national en santé mentale, seulement 52 % sont pourvus d'une politique de santé mentale, dont un tiers datent de moins de dix ans. Certaines politiques n'ont pas changé depuis quinze ans et plus. Les politiques et les plans fondés sur des données probantes constituent des outils d'importance cruciale pour assurer la coordination et la prestation de services essentiels. Sans eux, les troubles de santé mentale risquent fort d'être traités de façon inefficace et fragmentée. Par le biais d'équipes nationales, le projet a comporté des analyses situationnelles détaillées dans les quatre pays participants. Les résultats de ces analyses ont fait l'objet de réunions et d'ateliers de consultation dans chaque pays. Ce projet utile, qui tire maintenant à sa fin, a produit une série d'analyses de politique utiles<sup>4</sup>. Par exemple, l'analyse 10 : « *Élaborer et adopter des politiques et des plans en matière de santé mentale en Afrique* » résume le travail accompli dans chaque pays et décrit les cinq principales leçons apprises durant le processus, qui sont :

- Il est essentiel d'avoir un mandat, un leadership et une volonté politiques aux plus hauts échelons décisionnels;

- Les intervenants concernés doivent être identifiés et engagés activement;
- La sensibilisation et le lobbying en santé mentale devraient faire partie intégrante du processus d'élaboration des politiques et des programmes;
- Les travailleurs en santé mentale devraient être pourvus des compétences requises pour l'élaboration de plans et de politiques;
- Il est très important de demeurer flexible, d'être patient et d'obtenir des postes stratégiques.

### Résumé

Les organismes ci-dessus fournissent un portrait intéressant de l'évolution du « système » d'application des connaissances mondial dans le domaine de la santé et d'autres domaines. Parti du mouvement pour les « soins de santé fondés sur les données probantes » (représenté par la Collaboration Cochrane), le concept d'AC s'est développé pour s'étendre aux sciences humaines (Collaboration Campbell) et, plus tard, aux politiques et aux systèmes de santé (comme illustré par l'histoire du PSMP). À présent, l'idée d'utiliser les « meilleures données probantes » fait son chemin parmi les organisations internationales (comme l'OMS) et d'autres initiatives mondiales. Par exemple, au récent sommet du G-8, on a lancé « l'initiative de Muskoka » sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui est venue s'ajouter à des efforts internationaux importants déjà en cours—Par exemple, le Partenariat sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de l'OMS ([www.pmnch.org](http://www.pmnch.org)). Pour soutenir cette activité, une série de « résumés des connaissances » ont été préparés pour aider les responsables des politiques et les gestionnaires de programme à prendre des mesures fondées sur les données probantes. Ces résumés sont téléchargeables à partir de : <http://portal.pmnch.org/>.

<sup>4</sup>Ces analyses sont téléchargeables à partir de : [http://workhorse.pry.uct.ac.za:8080/MHAPP/public/policy\\_briefs](http://workhorse.pry.uct.ac.za:8080/MHAPP/public/policy_briefs)

## Références – Partie 2

- EVIPNet Americas Secretariat, Corkum, S., Cuervo, L. G., Porrás, A. (2008). *EVIPNet Americas: Informing Policies with Evidence*. Lancet, 372(9644), 1130-1131.
- Hamid, M., Bustamante-Manaog, T., Truong, V.D., Akkhavong, K., Fu, H., Ma, Y., Pang, T. (2005). *EVIPNet: Translating the Spirit of Mexico*. Lancet, 366, 1758-1760.
- Organisation mondiale de la santé (novembre 2004). Sommet ministériel sur la recherche en santé, Mexico, Mexique. Tiré le 9 décembre 2010 de : [www.who.int/rpc/summit](http://www.who.int/rpc/summit)
- Organisation mondiale de la santé (2004). *World report on knowledge for better health*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Tiré le 9 décembre 2010 de : [http://www.who.int/rpc/meetings/world\\_report\\_on\\_knowledge\\_for\\_better\\_health.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/world_report_on_knowledge_for_better_health.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Bridging the “know- do” gap meeting on knowledge translation in global health*. Genève : Organisation mondiale de la santé. Tiré le 26 novembre 2010 de : [http://www.who.int/kms/WHO\\_EIP\\_KMS\\_2006\\_2.pdf](http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf)
- Assemblée mondiale de la santé (25 mars 2010). Rôles et responsabilités de l’OMS dans la recherche en santé : Ébauche d’une stratégie de l’OMS sur la recherche pour la santé. Tiré de : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_22-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_22-en.pdf)
- Organisation mondiale de la santé (juillet 2010). *Policy Brief 10: Developing and adopting mental health policies and plans in Africa*. Tiré de : [http://www.who.int/mental\\_health/policy/development/n\\_10\\_lessons\\_learned\\_developing\\_adopting\\_policy\\_and\\_plans.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/development/n_10_lessons_learned_developing_adopting_policy_and_plans.pdf)

# PARTIE 3

**ÉTUDES DE CAS ET EXEMPLES**

## Études de cas et exemples

*Cette section présente des études de cas et des exemples représentatifs. On y aborde divers problèmes rencontrés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où des systèmes sont mis en place pour que les actions – élaboration de politique, gestion de programme, pratique professionnelle – soient éclairées par des données probantes.*

Les exemples ci-dessous ont été choisis pour illustrer le processus d'application des résultats de la recherche aux politiques, aux programmes et à la pratique dans une variété de situations : vastes programmes nationaux, situations cliniques pratiques et locales, défis de mise en œuvre.

### **Assurance maladie universelle au Mexique**

En 2003, le gouvernement du Mexique a introduit une série de réformes de la santé sous le nom de « *Seguro Popular* », dont l'objectif principal était de fournir une couverture santé aux 50 millions de Mexicains non assurés (Knaul & Frenk, 2005). Plus précisément, les réformes visaient à réduire les cas de dépenses médicales catastrophiques, en fournissant une « protection sociale en santé ». Il est à noter que le ministère de la Santé du Mexique a pris des mesures afin de créer une base de données probantes pour ces réformes. Dans une série d'articles techniques parus dans la revue *The Lancet* en 2006, les « données techniques » (comme complément aux considérations stratégiques et éthiques) ont joué un rôle élaboré (Frenk J, 2006). Plus récemment, une évaluation provisoire du programme d'assurance-maladie universelle a été publiée (King et al, 2009). Selon un plan « d'introduction graduelle », (qui a rendu la randomisation « politiquement possible et faisable »), l'étude de King et al. a réparti des éléments clés du programme de réforme entre des groupes d'essai jumelés. Des résultats prédéterminés ont été comparés avec ceux d'une enquête initiale et d'une enquête de suivi dix mois plus tard. La principale conclusion a été la réduction importante des dépenses catastrophiques des participants à l'expérience. À court terme après l'étude (moins d'un an), il n'y avait pas encore de différence importante dans les dépenses (surtout en ce qui concerne les médicaments), l'utilisation des services ou les résultats de santé. La période d'introduction relativement courte a fait l'objet d'une observation en annexe (Victora & Peters, 2009), où on conclut que l'étude illustre les défis de « l'évaluation de l'efficacité en situation réelle » et propose des approches innovatrices. Cette expérience mexicaine demeure un exemple important sur la façon dont des données probantes peuvent être appliquées à des politiques et à des programmes à grande échelle.

### **Polythérapie anti-malaria à base d'artémisinine au Cameroun**

Au Cameroun, en Afrique de l'Ouest, la malaria est responsable de 40 % de toutes les consultations médicales — ce qui en fait la principale cause de maladie dans ce pays. Comme dans de nombreux pays africains, le ministère de la Santé du Cameroun a désigné la polythérapie à base d'artémisinine (ACT) comme traitement de première ligne contre les cas non compliqués de malaria, comme politique, de concert avec la stratégie de gestion de la malaria à domicile (HMM) par des travailleurs de la santé communautaire afin d'améliorer et d'accélérer les traitements. Cependant, la mise en œuvre de ces politiques a posé des défis considérables : stocks insuffisants de médicaments et de trousse de HMM dans le pays, rendement inégal des secteurs privé et « informel », cadre réglementaire inadéquat et recours massif à l'automédication. Cette situation a mené à la production d'une analyse de politique et d'un processus d'engagement des intervenants afin d'atteindre l'objectif d'offrir l'accès universel aux ACT subventionnées (Ongolo-Zogo P, Bonono R-C., 2010).

### **L'analyse de politique a présenté trois scénarios possibles :**

- Promouvoir la gestion sécuritaire, efficace et efficiente de la malaria à domicile;
- Engager les pharmaciens privés dans la distribution des ACT subventionnées ;
- Renforcer le rôle de gérance et de réglementation du ministère de la Santé, afin d'assurer l'enregistrement, la réglementation et l'utilisation adéquates des antipaludiques, tout maintenant l'accès et le coût abordable des antipaludiques préférés.

L'analyse de politique a éclairé un dialogue entre tous les intervenants concernés. Tandis qu'on s'entend sur l'objectif général de la politique, des différences d'opinions subsistent quant au rôle de l'État dans la pratique des pharmaciens privés et au rôle des travailleurs de la santé communautaire, surtout en milieu urbain.

Cette expérience illustre le rôle des données probantes non seulement dans l'élaboration des politiques, mais aussi dans le processus de mise en oeuvre des politiques.

### **Études de cas cliniques sur la réduction de l'écart entre la connaissance et la pratique en Thaïlande**

Dans le numéro spécial d'août 2006 du *bulletin de l'OMS sur l'application des connaissances en santé mondiale* (voir résumé détaillé de ce numéro à l'annexe A), un professeur de médecine thaïlandais, Visanu Thamlikitkul, a résumé quatre cas illustrant comment combler l'écart entre les connaissances et la pratique en santé — par la production et l'application des connaissances pertinentes (Thamlikitkul V., 2006).

#### **Voici un résumé de deux des quatre exemples fournis.**

- **Solution de rinçage héparinisée et perméabilité du cathéter veineux périphérique** : Dans un hôpital universitaire de Bangkok, il a été démontré par une méta-analyse et deux essais randomisés qu'il n'était pas nécessaire d'utiliser une solution de rinçage héparinisée pour maintenir la perméabilité du cathéter — une intervention coûteuse aux effets parfois indésirables —, mais seulement une solution de rinçage ordinaire. Cette mise à jour d'une intervention clinique fondée sur des données probantes permet des économies importantes pour les patients et l'hôpital.
- **Pratiques de remplacement des sacs de drainage urinaire** : Les infections urinaires sont une complication chez les patients nécessitant une sonde urétrale à demeure. Tandis que le personnel infirmier du Siriraj Hospital préconisait un remplacement aux trois jours, le comité de lutte aux infections de l'hôpital affirmait que les sacs urinaires ne devaient pas être systématiquement remplacés. Aucune donnée n'était disponible sur l'une ou l'autre de ces pratiques. Un essai contrôlé randomisé visant à comparer les deux pratiques n'a révélé aucune différence entre les deux groupes au niveau des infections urinaires. Ce résultat a entraîné un changement de politique à l'hôpital, qui permet d'économiser du temps et de l'argent et de réduire les déchets de plastique.

Cette expérience thaïlandaise fournit un excellent exemple de l'application de la recherche à des questions cliniques, avec un effet direct sur les soins au niveau local.

### **Utilisation de pesticides dans l'industrie bananière de l'Équateur**

Les défis de la mise en pratique des connaissances sont amplement mis en lumière par les rouages du système alimentaire mondial, auquel de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) participent par la production de cultures marchandes exportables (Patel, 2002). Les bananes en particulier ont transformé le paysage physique et humain de l'Amérique latine et ont fait l'objet de recherches multidisciplinaires sur les impacts sociaux et environnementaux et les conséquences graves – et évitables – pour la santé des populations (Striffler & Moberg, 2003). L'Équateur est le premier producteur mondial de bananes destinées à l'exportation, et de nombreuses plantations appartiennent à de riches propriétaires terriens qui emploient des travailleurs sans terre. Les travailleurs courent généralement une variété de risques professionnels, y compris l'exposition aux pesticides toxiques comme les organophosphates (Harare, Forastiere & Axelson, 1997). Comme cela arrive trop souvent dans les PRFI, l'exposition professionnelle aux pesticides est mise sur le compte de la nonchalance et de l'ignorance des travailleurs, tandis qu'elle est davantage imputable à des facteurs « structureaux », comme les pratiques agricoles, les cadres réglementaires et les marchés internationaux. (Konradson et al, 2003). L'industrie bananière de l'Amérique latine – et surtout celle de l'Équateur – fonctionne selon le modèle suivant : des contrats garantissent la livraison des fruits à des exportateurs par des riches propriétaires terriens, qui eux emploient une main-d'œuvre contractuelle. Il s'agit essentiellement d'un transfert du risque financier du haut vers le bas, qui se traduit par la précarité d'emploi et l'exposition aux produits toxiques.

Cette situation a fait l'objet d'une « étude de cas » durant une activité sur la mise en pratique de la recherche à l'Atelier d'été de la CCRSM tenu en Équateur, en juillet 2010. L'événement a réuni des intervenants de l'industrie bananière, des chercheurs et des responsables des politiques et s'est terminé avec le constat suivant : même si des progrès initiaux étaient possibles au niveau des travailleurs individuels et de leurs comportements risqués, une application efficace des connaissances devrait aussi cibler d'autres acteurs à d'autres niveaux, y compris les plantations, les organismes de réglementation provinciaux et nationaux et même les multinationales et leur modèle commercial. L'accomplissement de cet objectif de façon équitable, efficace et éclairée par les

données probantes représente un défi à relever, qui fait l'objet de nouvelles recherches<sup>1</sup>.

### Transfert des tâches en Ouganda

Comme de nombreux autres pays africains, l'Ouganda souffre d'une grave pénurie de ressources humaines en santé. Une façon de remédier à ce problème est le « transfert des tâches » – un processus de délégation des tâches à des travailleurs de la santé moins spécialisés. Même si cette pratique existe à un niveau informel en Ouganda, celle-ci n'est pas appuyée par une politique claire et des efforts de planification, de surveillance ou d'évaluation. Cette situation a incité le ministère de la Santé à commander une analyse de politique, avec un accent particulier sur l'amélioration des soins de santé aux mères et aux enfants. Le titre de l'analyse était :

« *Transfert des tâches pour optimiser la contribution des travailleurs de la santé et améliorer les soins de santé aux mères et aux enfants* ». <sup>2</sup> Le document a été distribué en deux formats : un résumé de 10 pages et un rapport détaillé de 47 pages, avec tableaux et références.

L'analyse a regroupé des données de recherche en santé mondiale (tirées d'examen systématiques) avec des données locales pour éclairer les discussions sur les politiques et programmes de santé. Le rapport détaillé comprenait une liste d'une centaine de références consultées dans la littérature internationale et locale. L'analyse présentait trois scénarios possibles, en décrivant les avantages, les inconvénients et l'acceptabilité de chacun. Les trois scénarios étaient :

- Optimiser le rôle des travailleurs de la santé non spécialisés;
- Optimiser le rôle des aides-infirmières;
- Optimiser le rôle des infirmières, des sages-femmes et du personnel clinique.

L'analyse de politique a aussi couvert des considérations relatives à la mise en œuvre, avec un tableau énumérant plusieurs obstacles à la mise en œuvre et des stratégies pour les surmonter, par exemple : connaissances des mères et attitudes par rapport à la demande de soins,

connaissances et compétences des travailleurs de la santé, mesures incitatives pour les travailleurs de la santé, et procédures d'aiguillage et transport.

Le document a maintenant été présenté au ministère de la Santé et fait l'objet de discussions et de débats.

Cette expérience démontre qu'il existe dans les PRFI (en l'occurrence, en Ouganda) les compétences et les capacités voulues pour prendre en charge tous les aspects du processus d'application des connaissances – y compris les examens systématiques, les analyses de politique détaillées et le dialogue sur les politiques.

### Résumé

Dans une certaine mesure, les études de cas et les exemples présentés dans cette section illustrent les diverses composantes du processus d'application des connaissances, notamment :

- L'importance d'identifier les « intervenants » clés reliés à une question particulière (ou à une décision à prendre) et de réunir ces intervenants afin de définir la question ou le défi plus précisément;
- Le rôle des examens systématiques;
- Une meilleure compréhension des analyses de politique et une expérience accrue dans leur préparation;
- L'évolution des pratiques exemplaires liées au processus de dialogue – par exemple avec les responsables des politiques (c.-à-d. dialogue sur les politiques, parfois appelé « dialogue délibératif »).
- Mécanismes organisationnels pour l'interaction continue et durable entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances – en particulier les décideurs. Ces structures organisationnelles jouent un rôle de courtier du savoir et sont parfois appelées plateformes d'AC ou sphères de connaissances. L'interaction continue entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances est un élément clé qui mène à l'action et au changement.

<sup>1</sup>Cette étude de cas a été préparée par Ben Brisbois, candidat au doctorat à l'Université de la Colombie-Britannique, en consultation avec ses collègues équatoriens, et constitue le thème de sa thèse de doctorat. Les lecteurs du présent module qui désirent discuter de cette question plus en détail sont invités à contacter Ben Brisbois à : ben.brisbois@gmail.com

<sup>2</sup>Cette analyse de politique a été préparée par le bureau ougandais de la Regional East African Community Health (REACH) Policy Initiative, et publiée le 26 juillet 2010.

## Références – Partie 3 :

- Frenk, J. (2006). *Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Healthy Policy in Mexico*. *Lancet*, 368, 954-961.
- Harari, R., Forastiere, F., & Axelson, O. (1997). *Unacceptable "Occupational" Exposure to Toxic Agents Among Children in Ecuador*. *American Journal of Industrial Medicine*, 32(3), 185-189.
- King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R.T., Nall, C. Llamas, H.H. (2009). *Public Policy for the Poor? A Randomized Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme*. *Lancet*, 373, 1447-1454.
- Knaul, F.M., & Frenk, J. (2005). *Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform*. *Health Affairs*, 24, 1828-1841.
- Konradsen, F., van der Hoek, W., Cole, D.C., Hutchinson, G., Daisley, H., Singh, S., & Eddleston, M. (2003). *Reducing Acute Poisoning in Developing Countries – Options for Restricting the Availability of Pesticides*. *Toxicology*, 192(2-3), 249-261.
- Ongolo-Zogo, P., & Bonono, R.C. (2010). *Policy Brief on Improving Access to Artemisinin-Based Combination Therapies for Malaria in Cameroon*. *International Journal of technology Assessment in Health Care*, 26(2), 237-241.
- Patel, R. (2002). *Tainted harvest: Child labor and obstacles to organizing on Ecuador's banana plantations*. New York: Human Rights Watch.
- Striffler, S., & Loberg, M. (2003). *Banana wars: power, production, and history in the Americas*. Durham: Duke University Press.
- Thamlikitkul, V. (2006). *Bridging the gap between knowledge and action for health: case studies*. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 603-607.
- Victoria C.G., Peters D.H. (2009). *Seguro Popular in Mexico: is premature evaluation healthy?* *Lancet* 373; 1404-1405.

### Questions à étudier

**Il existe évidemment de nombreux autres exemples de mise en pratique de la recherche (application des connaissances).**

**Pour noter vos commentaires dans l'encadré 4, voir notes explicatives ci-dessous <sup>3</sup>**

---

<sup>3</sup>Nota : Les auteurs du module vous invitent à proposer d'autres études de cas et d'autres exemples d'AC dans les PRFI. Veuillez les faire parvenir aux adresses de courriel indiquées dans la section Introduction.

---

# PARTIE 4

## PROFILS DE LEADERS

## Profils de leaders en AC

***Des leaders compétents et dévoués constituent un important facteur de succès en application des connaissances, et en particulier dans les PRFI. Cette section présente (en ordre alphabétique) des chercheurs et des utilisateurs des connaissances qui exercent un leadership exceptionnel dans le processus d'AC dans leur contexte particulier.***



### Luis Gabriel Cuervo

À titre de conseiller principal, recherche, à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS/OMS), à Washington, D.C., Luis Gabriel Cuervo est responsable de la promotion et du développement de la recherche. Après ses études de médecine en Colombie, son pays natal, il s'est spécialisé en médecine familiale et s'est joint à la Pontificia Universidad Javeriana en tant que professeur adjoint. Durant cette époque, il a commencé à s'intéresser à la recherche et a obtenu une maîtrise en épidémiologie clinique et en biostatistique de son alma mater, et s'est livré à des travaux de recherche dans des collectivités rurales et urbaines. En 2000, il s'est joint au British Medical Journal (BMJ) à titre de rédacteur clinique de BMJ Knowledge, où il a contribué au développement des données cliniques. Durant ce temps, il a joué un rôle clé dans le renforcement des liens avec la collaboration Cochrane et l'élargissement de la pertinence, de la contribution et de la portée du BMJ à l'échelle mondiale.

Depuis 2005, le Dr Cuervo fait profiter l'OPS de son expérience directe comme producteur et utilisateur des connaissances en santé dans les rôles de clinicien, de professeur et de chercheur. À cette expérience s'ajoute celle acquise comme rédacteur clinique du BMJ, où il a exercé un leadership spécial en application des connaissances pertinentes pour les PRFI. Une des contributions majeures du Dr Cuervo a été la coordination de la réponse de l'OPS à la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé de 2004, qui a mené à l'établissement de la politique de l'OPS sur la recherche en santé, approuvée par le 49<sup>e</sup> conseil directeur de l'OPS en septembre 2009 [voir : <http://www.paho.org/ResearchPortal>]. C'est aussi un des principaux promoteurs d'EVIPNet Amériques [voir Lancet 2008;372:1130 -31].



### Fadi El Jardali

Professeur adjoint dans le domaine des politiques de la santé à l'American University de Beyrouth, au Liban, Fadi El Jardali est un leader en application des connaissances dans la région du Moyen-Orient. Après avoir obtenu une M.S.P. de son alma mater, il est venu au Canada pour ses études doctorales, obtenant un doctorat en politiques publiques (spécialisé en politique de santé) de l'Université Carleton à Ottawa. Il est actuellement boursier de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, rattachée à l'OMS.

Le Dr El Jardali a conservé ses liens avec le Canada en devenant titulaire d'une bourse de leadership en santé mondiale (un programme de l'Initiative de recherche en santé mondiale), sur le thème suivant : « *Vers des politiques fondées sur des données probantes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord : Développement des capacités et évaluation de base du processus d'élaboration des politiques et de la production et de l'application de la recherche : prochaines étapes pour l'étude de délimitation de la portée.* » Il s'agit d'un exemple de ses recherches actuelles dans le domaine des politiques et de la gestion de la santé, de l'application des connaissances et du développement des ressources humaines en santé. Le Dr El Jardali est membre affilié du programme de prise de décision stratégique et du McMaster Health Forum à l'Université McMaster.



## Lara Fairall

Pendant qu'elle était diplômée de médecine à l'Université de Cape Town en Afrique du Sud, Lara Fairall a commencé à s'intéresser à la recherche sur la mise en oeuvre – en particulier à l'application des recommandations cliniques dans les soins primaires – durant son service communautaire dans les cliniques de soins primaires achalandées de Cape Town. Cela l'a amenée à poursuivre un doctorat en recherche sur les systèmes de santé; le thème de sa thèse était : « *les coûts et effets d'une approche pratique à l'égard de la santé pulmonaire en Afrique du Sud (PALSA)* ». Le projet permettait d'évaluer l'efficacité, notamment le rapport coûts-efficacité de programmes de formation fondés sur des recommandations cliniques pour les infirmières de première ligne concernant les résultats des soins de santé respiratoire.

Cet intérêt a incité la Dre Fairall et ses collègues à créer l'Unité d'application des connaissances à l'Université de Cape Town (abordé dans la partie 2 du module). PALSA a évolué pour devenir PALSA PLUS, qui couvre maintenant des recommandations cliniques sur le VIH/sida et d'autres affections connexes pour toute l'Afrique du Sud et, plus récemment, le Malawi. La passion et l'ardeur au travail de la Dre Fairall se reflètent dans la vision de l'unité d'application des connaissances : « *Comblent l'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons* ».



## Maimunah Hamid

Citoyenne de la Malaisie, Maimunah Hamid a étudié la médecine à l'Université du Caire en Égypte, avant de retourner dans son pays pour une M.S.P. Elle a occupé divers postes dans le domaine de la recherche sur la santé publique et les systèmes de santé, notamment celui de directrice de l'Institut de recherche sur les systèmes de santé du ministère de la Santé de la Malaisie. Durant la même période, elle a aussi dirigé le Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche sur les systèmes de santé et l'amélioration de la qualité. Depuis 2008, elle occupe le poste de directrice générale adjointe de la santé (recherche et soutien technique) au ministère de la Santé. Elle cumule aussi les fonctions de professeure auxiliaire à la Faculté de médecine de l'Université Malaya.

La Dre Hamid collabore à EVIPNet depuis ses débuts, ayant exercé son leadership dans divers rôles. Elle représente la Malaisie au sein d'une équipe internationale de cinq chercheurs engagés dans une importante étude visant à évaluer les plateformes d'application des connaissances dans les PRFI, parallèlement à la mise en oeuvre d'EVIPNet Malaisie.



## Oyunaa Lkhagvasuren

Dans son pays natal, la Mongolie, Oyunaa Lkhagvasuren « porte de nombreux chapeaux » : elle cumule les rôles de chef, Division de la promotion de la santé, au ministère de la Santé (l'organisme de mise en oeuvre du gouvernement dans le domaine de la santé), de secrétaire, Fondation pour la promotion de la santé de la Mongolie, au ministère de la Santé, et de responsable des relations internationales, au Centre national de développement de la santé. Elle a étudié la médecine en Russie et en Mongolie, avant d'obtenir une maîtrise en santé publique à l'Université de l'État de New York à Albany, N.-Y., et un doctorat en sexualité humaine à l'Université Widener, en Pennsylvanie, aux É.-U.

En 2006, la Dre Lkhagvasuren a participé au troisième Atelier d'été annuel de la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale (CCRSM), tenu à Cuernevaca, au

Mexique. Elle est devenue un membre actif de l'équipe Canada-Mongolie de la CCRSM et a participé à une série de projets axés sur les impacts de l'industrie minière sur la santé en Mongolie. Ce travail comporte des examens systématiques des données probantes existantes et des consultations avec une variété d'intervenants – autres chercheurs, représentants gouvernementaux, représentants de l'industrie et d'organismes internationaux. Elle joue aussi un rôle de leader dans les travaux visant à renforcer le système national de recherche en santé de la Mongolie. Depuis 2008, elle siège au conseil d'administration de la CCRSM à titre de représentante de l'Asie.



**Pour voir une brève vidéo de la Dre Maitland, cliquer [ici](#)**

## Terese Maitland

Dirigeante fondatrice de l'Unité nationale de recherche et d'épidémiologie (NERU) du ministère de la Santé des îles Turks et Caicos (ITC), Terese Maitland est la seule Antillaise détentrice d'une bourse de leadership en santé mondiale (BLSM) de l'Initiative canadienne de recherche en santé mondiale. Elle est trois fois diplômée de la University of West Indies (UWI), où elle a étudié la nutrition humaine et la gestion de la santé. Elle a ensuite enchaîné avec des études supérieures (MHP en épidémiologie et biostatistique; PH. D. en diététique et nutrition) en Floride. Elle a été pendant un temps professeure de recherche adjointe en santé publique à l'Université internationale de Floride. Elle occupe actuellement le poste de secrétaire scientifique du Conseil de recherches en santé des Caraïbes.

Les efforts de la Dre Maitland sont axés sur le renforcement de l'infrastructure de santé publique des ITC par une amélioration de la surveillance, surtout dans le domaine des maladies des poissons et des fruits de mer; la recherche en santé; le développement des capacités; et la création de plateformes d'application et d'échange des connaissances (AEC) pour guider les décideurs et faciliter la mise en pratique de la recherche en santé. Ces travaux sont soutenus par sa BLSM.



## Harriet Nabudere

Depuis le Collège des sciences de la santé à l'Université Makerere, en Ouganda, Harriet Nabudere participe à plusieurs initiatives d'application des connaissances. Elle est coordonnatrice du projet SURE (Supporting the Use of Research Evidence) – un projet de collaboration majeur mobilisant des équipes de chercheurs et de décideurs de onze pays africains, soutenues par des équipes de recherche de quatre pays européens et du Canada. Le projet SURE est soutenu par le 7<sup>e</sup> programme-cadre de la Commission européenne. Harriet agit également comme coordonnatrice du bureau national de REACH Ouganda, abrité par l'Organisation nationale de recherche en santé de l'Ouganda. Elle avait auparavant participé à plusieurs autres projets comme consultante en application des connaissances.

À la suite de ses études de médecine à l'Université Makerere, elle a travaillé dans le secteur des soins primaires à titre de médecin principale pour le groupe médical international. L'intérêt de Harriet pour la santé publique l'a amenée à l'École de santé publique James P. Grant, Université BRAC, à Dhaka, au Bangladesh, où elle a obtenu une MHP. Elle a récemment entrepris des études de doctorat à l'Université Makerere dans le domaine de l'application des connaissances, et s'intéresse en particulier au rôle des analyses de politique.



**Pour voir un bref entretien vidéo avec le Dr Ongolo-Zogo, cliquer [ici](#)**

## Pierre Ongolo-Zogo

Après sa formation médicale en France, Pierre Ongolo-Zogo a entrepris des études supérieures (M.Sc.) en génie biomédical et en radiologie et imagerie médicale, et a acquis une spécialité dans ce domaine. Il est retourné au Cameroun, son pays natal, pour se joindre à la faculté de médecine et de sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé, pour ensuite devenir chef de l'Unité de radiologie et d'imagerie médicale à l'Hôpital central de Yaoundé. Peu après son retour au pays, il a constaté le peu d'attention portée à la base de connaissances sur les interventions diagnostiques et thérapeutiques – et il s'est exprimé à ce sujet. Rapidement, le ministre national de la Santé a demandé à Pierre d'établir une division de la recherche sur les activités de santé au ministère de la Santé publique, poste qui l'a amené à participer à d'autres initiatives liées à l'application des connaissances.

En juin 2008, Pierre est devenu chef du centre de développement des pratiques exemplaires en santé, à l'Hôpital général de Yaoundé. Il est membre du groupe directeur mondial d'EVIPNet et préside le groupe directeur mondial d'EVIPNet Afrique. Il est aussi membre du Comité consultatif scientifique pour le programme spécial de recherche sur les maladies tropicales (RMT). En 2008, il a reçu une bourse de leadership en santé mondiale de l'IRSM. En 2009, il a agi comme facilitateur au 6e Atelier d'été annuel de la CCRSM au Burkina Faso. Il a été nommé représentant de l'Afrique au conseil d'administration de la CCRSM en 2010.



**Pour voir un bref entretien vidéo avec le Dr Tomás Pantoja, cliquer [ici](#)**

## Tomás Pantoja

Après avoir obtenu son diplôme de médecine de l'Université pontificale catholique du Chili, Tomás Pantoja a fait partie du premier contingent de médecins chiliens à se spécialiser en médecine familiale. Il s'est ensuite engagé dans le processus de réforme de la pratique médicale générale au Chili en vue de la rendre plus axée sur la famille, travaillant comme directeur d'un centre de santé et maître d'œuvre de cette innovation. Tomás a ensuite entrepris des études supérieures au R.-U. dans le domaine de la gestion de la santé (M.Sc., Imperial College) et des soins de santé fondés sur des données probantes (certificat et diplôme, Université d'Oxford). Il est retourné au Chili comme professeur adjoint à son alma mater, où il dirige le projet Ancora – un modèle de prestation des soins de santé primaires dans le contexte de la gestion privée (université) de fonds publics.

Son principal champ d'intérêt universitaire est l'application des connaissances à différents niveaux du système de santé, et surtout les moyens de combler l'écart entre la théorie et la pratique dans les PRFI. Il est coordonnateur du Réseau Cochrane ibéroaméricain et participe au Groupe d'examen de la Collaboration Cochrane sur les pratiques efficaces et l'organisation des soins (EPOC). Avec le soutien de l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, rattachée à l'OMS, Tomás et son équipe travaillent à l'établissement d'un centre de méthodologie pour les examens systématiques de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé dans les PRFI. Lauréat d'une bourse de leadership en santé mondiale de l'IRSM, il a agi comme facilitateur au 7e Atelier d'été de la CCRSM en juillet 2010, en Équateur.



## Visanu Thanlikitkul

Après ses études de médecine à la Faculté de médecine de l'Hôpital Siraraj, à l'Université Mahidol de Bangkok, en Thaïlande, Visanu Thanlikitkul a fait sa médecine interne avec spécialisation en maladies infectieuses à la même université. Son intérêt pour la recherche clinique l'a amené à l'Université McMaster, où il a obtenu une maîtrise en biologie clinique et biostatistique. Il a ensuite reçu une bourse de recherche du programme des maladies infectieuses du Centre médical de l'Université de Cincinnati, É.-U.

De retour à son alma mater, Visanu est aujourd'hui professeur au Département de médecine et au Bureau pour la recherche-développement. Il est aussi doyen adjoint à la recherche à la Faculté de médecine, d'où il continue ses recherches sur l'usage approprié des antibiotiques, la médecine fondée sur les données probantes et l'application et la gestion des connaissances. Dans son pays et dans sa région, il est reconnu comme un leader de la recherche et de l'application des connaissances sur des problèmes concrets en médecine clinique. Deux exemples de ses travaux figurent à la partie 2 du présent module (Études de cas et exemples).

### Résumé

Ces profils de dix leaders de l'AC dans des PRFI couvrent des chercheurs et des utilisateurs des connaissances, notamment des responsables des politiques, des leaders des services cliniques et de la santé publique. Plusieurs ont une identité « mixte », c'est-à-dire que leur travail englobe à la fois la production et l'utilisation des connaissances – ils jouent en fait un rôle de « courtiers du savoir ». Certains autres ont vu leur carrière se réorienter de la recherche vers les politiques. Tous ont à cœur que les meilleures données possibles soient utilisées pour relever les défis de santé importants dans leur propre pays et ailleurs.

Il ne faut peut-être pas s'étonner que nombre d'entre eux possèdent des liens avec le Canada. Quatre sont des boursiers actuels de l'IRSM et plusieurs ont des liens avec la CCRSM. Tous ces liens préparent le terrain pour de futurs partenariats et collaborations entre le Canada et les pays du Sud dans le domaine excitant et en pleine croissance de l'application des connaissances.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Nota : Ces dix collègues ont aussi généreusement accepté de siéger au comité de réponse, décrit dans l'introduction du présent module.

# PARTIE 5

**QU'EST-CE QUI SE FAIT ET S'APPREND AU CANADA?**

## Qu'est-ce qui se fait et s'apprend au Canada?

*Dans le milieu international de la recherche en santé, le Canada est reconnu pour ses atouts exceptionnels en application des connaissances. Cette dernière section résume la contribution de certains Canadiens à l'AC dans les PRFI. Elle s'achève avec quelques réflexions sur la façon dont les Canadiens engagés dans la recherche en santé mondiale peuvent continuer d'apprendre – en particulier dans le cadre de partenariats « Nord-Sud ».*

### Contributions canadiennes à l'AC dans les PRFI

#### Agences et organisations nationales

Nous présentons ci-dessous plusieurs agences, organisations et centres universitaires dont les activités sont représentatives des contributions à l'AC dans les PRFI. Ces activités d'AC sont brièvement décrites ci-dessous.

CRDI [www.idrc.ca](http://www.idrc.ca)

Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) a été créé par le Parlement du Canada en 1970 – et fête donc ses 40 ans. Il s'agit d'une société d'État qui relève du Parlement par l'entremise du ministre des Affaires étrangères. Le CRDI est plutôt unique en son genre, étant un organisme à financement public dont le mandat principal est de soutenir la recherche dans les PRFI, et étant reconnu mondialement pour cette contribution spéciale. Le CRDI accomplit sa mission, donner du pouvoir par la connaissance, en finançant des projets de recherche appliquée dans des PRFI, en fournissant des conseils d'experts aux chercheurs et en développant les capacités de recherche et d'innovation dans les PRFI. Le CRDI soutient la recherche sous quatre grands thèmes :

- agriculture et environnement;
- santé et systèmes de santé;
- politiques sociale et économique ;
- sciences, technologie et innovation.

Sous le thème de la santé et des systèmes de santé, il existe actuellement trois programmes : Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM – voir ci-dessous), Gouvernance, équité et santé (GES), et Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac (RLMT). Bon nombre des projets réalisés par des chercheurs des PRFI (certains en partenariat avec des Canadiens) comportent un volet « application des connaissances ».

Le CRDI s'emploie aussi à concevoir et à disséminer des outils liés à l'application des connaissances, comme la boîte à outils d'AC (décrite plus en détail dans l'annexe) – un projet d'une section du programme GES, appelé « la recherche est importante » — une activité de collaboration du CRDI et de la direction du développement et de la coopération.

La Boîte à outils d'AC compte 12 chapitres sur des sujets comme *la stimulation de la demande, l'harmonisation de l'offre et de la demande et la rédaction d'analyses de politique* de deux pages.

IRSC [www.cihr.ca](http://www.cihr.ca)

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'organisme canadien de financement de la recherche en santé, ont vu le jour à la suite de l'adoption du projet de loi C-13 le 13 avril 2000. Le mandat officiel des IRSC inclut explicitement l'application des connaissances : « exceller selon les normes internationales reconnues d'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue 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 ». La vision des IRSC sous-entend un rôle mondial : « *Les IRSC ont pour vision de faire du Canada un chef de file dans la création et l'utilisation de connaissances grâce à la recherche en santé, et ce, au profit des Canadiens et de la collectivité mondiale* ». Les IRSC sont un partenaire de l'IRSM (voir ci-dessous), qui regroupe cinq organismes. Le nouveau Plan stratégique des IRSC (2009-2010 – 2013-2014) comprend une section sur la collaboration internationale, ce qui se reflète dans leur stratégie internationale, qui accorde la priorité à des activités comme :

- relier des stagiaires et des chercheurs à l'échelle internationale;
- s'engager dans des collaborations ou consortiums ciblés qui appuient les atouts et les priorités du Canada;

- faciliter le développement des capacités de recherche en santé dans les PRFI;
- s'attaquer aux priorités de recherche en santé mondiale reconnues internationalement;
- réagir de manière proactive aux nouvelles menaces contre la santé.

La Direction de l'application des connaissances et de la sensibilisation du public encourage et soutient les activités d'AC à la grandeur de l'organisation et offre différentes bourses d'AC dans le domaine de la recherche en santé mondiale. Certains des projets soutenus sont présentés dans les publications de la Direction de l'AC.

En voici deux exemples : le Recueil de cas d'application des connaissances, qui comprend l'article « *Comblant l'écart entre savoir et faire – Le cas de Sprinkles, un produit d'enrichissement des aliments à domicile* », rédigé par Stanley Zlotkin et ses collègues de l'Université de Toronto; et le Recueil de cas d'application des connaissances de fin de subvention – Des connaissances à la pratique, qui comprend l'article « *Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Guatemala* » rédigé par Mira Johri de l'Université de Montréal.

**IRSM** [www.ghri.ca](http://www.ghri.ca)

Une étape importante dans l'histoire de la recherche en santé mondiale fut le rapport de la commission internationale indépendante sur le développement par la recherche en santé, publié en 1990 (Commission sur la recherche en santé pour le développement, 1990). Ce rapport est accompagné d'articles dans certaines revues internationales (Evans J., 1990). Dix ans plus tard, 800 participants du monde entier se sont réunis à Bangkok, en Thaïlande, pour déterminer dans quelle mesure les recommandations de la commission avaient été suivies. Parmi les participants figurait un petit groupe de Canadiens qui a jugé que la contribution canadienne à ce mouvement mondial pouvait être bien meilleure (Neufeld et al, 2001). En réponse à cette constatation, un « comité directeur provisoire » s'est constitué informellement pour réfléchir aux possibilités de contribution du Canada. Un des résultats de cette réflexion a été la création de l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM).

L'IRSM a été créé en 2001 par la signature d'un protocole d'entente par quatre organismes fédéraux : le CRDI, les IRSC, Santé Canada et l'Agence canadienne de développement international (ACDI). L'Agence de santé publique du Canada s'est récemment jointe à ce groupe. L'application des connaissances fait implicitement partie

de la mission de l'IRSM : « L'IRSM du Canada finance la recherche sur les problèmes de santé mondiale et développe les capacités de recherche et d'utilisation de la recherche pour faire face aux défis en santé mondiale ». En moins de dix ans, le total des investissements de l'IRSM a atteint environ 52 millions de dollars (9,4 millions en 2009-2010) et devrait atteindre 60,9 millions d'ici 2015.

Les programmes de recherche actuels de l'IRSM incluent :

- Programme de recherche Teasdale-Corti
- Initiative sur les systèmes de santé en Afrique – Programme de partenariat de recherche africain
- Subventions canadiennes de développement des capacités en vue d'essais en matière de prévention du VIH/sida
- Grippe aviaire et pandémie et nouvelles maladies infectieuses
- Initiative canadienne d'immunisation internationale pour Haïti

Deux programmes de recherche ont été achevés en 2009 :

- Initiative canadienne d'immunisation internationale – Phase 2
- Programme de subventions de développement des capacités en vue d'essais en matière de prévention du VIH/sida – Phase 1

Les détails de tous ces programmes figurent dans le site Web de l'IRSM.

Voici une description plus détaillée de deux des programmes actuels de l'IRSM.

### **Programme de recherche Teasdale-Corti (T-C)**

Nommé en l'honneur de feu Dre Lucille Teasdale-Corti, médecin canadienne de réputation internationale ayant travaillé en Ouganda, ce programme de six ans comporte plusieurs volets : les subventions d'équipe T-C, les bourses de leadership en santé mondiale (BLSM) et des suppléments de subvention. Les subventions d'équipe soutiennent 14 équipes de recherche actives dans 30 pays. Tous les projets subventionnés comportent des activités d'application des connaissances et de développement des capacités de recherche. Les bourses de leadership en santé mondiale financent 13 leaders émergents

des PRFI, y compris quatre dont le profil est présenté à la partie 4 du module. Plusieurs des équipes ont reçu des suppléments de subvention pour des sous-projets particuliers d'application des connaissances.

Initiative sur les systèmes de santé en Afrique – Programme de partenariat de recherche africain (ISSA-PPRA)

Ce programme soutient dix équipes de recherche dirigées par des Africains à la recherche de moyens innovateurs de renforcer les systèmes de santé en Afrique subsaharienne. Toutes les équipes sont codirigées par un chercheur et un décideur africains et comprennent plusieurs chercheurs canadiens. Ces équipes s'intéressent principalement à deux questions : le recrutement et la rétention des travailleurs de la santé, notamment la stratégie de « transfert des tâches » et le rôle de l'information sur la santé dans la promotion d'un accès plus équitable aux soins de santé. Les équipes sont basées dans sept pays subsahariens : Burkina Faso, Kenya, Malawi, Mali, Tanzanie, Ouganda et Zambie.

**FCRSS** [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca)

Créée en 1997, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est un organisme indépendant sans but lucratif dont le mandat est de promouvoir l'utilisation des données probantes pour améliorer la prestation de services de santé au Canada. La FCRSS est connue en particulier pour son expertise en application des connaissances et en changement fondé sur les données probantes et axé sur le système de santé canadien. Voici un extrait de son plan stratégique actuel : « La FCRSS s'efforce d'améliorer la santé des Canadiens en :

- recueillant les données probantes sur les services qui améliorent la santé de la population canadienne;
- comblant les lacunes les plus sérieuses en matière de données probantes sur les moyens d'améliorer la santé des Canadiens et en finançant la recherche et l'évaluation;
- appuyant les gestionnaires et les responsables de politiques qui désirent acquérir les compétences nécessaires pour mettre en application les données probantes en vue d'améliorer la santé des Canadiens. »

Un des programmes vedettes de la Fondation, Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES), permet aux gestionnaires de systèmes de santé d'acquérir les compétences voulues pour mieux se servir de la recherche dans leur travail

quotidien. D'une durée de deux ans, le programme accepte 24 candidats par année. Un des modules, « Introduction à l'AC », a été offert au Mexique. Deux Africains (du Cameroun) ont participé en tant qu'observateurs à un des programmes FORCES au pays, ce qui les a amenés à explorer comment adapter certains aspects de FORCES pour des participants africains.

### **Centres universitaires**

Au Canada, de nombreux centres universitaires sont engagés dans la recherche en santé mondiale. Nous vous présentons ici deux centres qui s'intéressent particulièrement à l'application des connaissances dans le contexte des PRFI.

#### **Centre de santé mondiale, Université d'Ottawa**

Sous la direction de Peter Tugwell, ce centre se veut un carrefour de la recherche en santé mondiale à l'Université d'Ottawa. Les étudiants diplômés qui le fréquentent incluent des chercheurs des PRFI. Ayant un intérêt spécial pour l'équité en application des connaissances, le centre est responsable d'un des groupes de méthodes du Centre canadien Cochrane – Le Groupe des méthodes équitables Campbell et Cochrane [voir : [www.ccc.cochrane.org](http://www.ccc.cochrane.org)]. Ce groupe se livre à des examens systématiques sur les articles publiés autour du thème de l'équité, et il a récemment lancé la première version de son « webinaire » Equity 101 – what equity can do for you [*Équité 101 – Qu'est-ce que l'équité peut faire pour vous?*].

#### **Programme de prise de décision stratégique (PPD), Université McMaster**

[www.researchtopolicy.org](http://www.researchtopolicy.org)

Dirigé par John Lavis et situé au Centre d'analyse des politiques de santé (CHEPA) à la Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster, ce programme se spécialise en recherche et en formation sur le processus « d'application de la recherche aux politiques ». Plusieurs chercheurs des PRFI figurent parmi les étudiants diplômés inscrits à ce programme. En 2009, un nouveau projet (Évaluer les plateformes d'application des connaissances dans les PRFI) a été lancé avec l'appui d'un consortium incluant les IRSC. Il s'agit d'une étude de quatre ans qui décrira ce que font les plateformes d'application des connaissances dans 47 PRFI. Le projet comporte l'évaluation de trois activités des plus innovatrices – processus d'établissement des priorités, analyses de politiques et dialogues sur les politiques; documentation annuelle des activités et de la productivité; évaluation d'une série de résultats prédéterminés. Le PPD est aussi relié à un programme de portée canadienne – Le « McMaster Health Forum »

([www.mcmasterhealthforum.org](http://www.mcmasterhealthforum.org)). Plusieurs ressources sont disponibles dans ce site Web, y compris une liste d'outils d'aide à l'élaboration de politiques de santé fondées sur les données probantes (voir plus de détails dans l'annexe).

## Autres organisations

**CCRSM** [www.ccg hr.ca](http://www.ccg hr.ca)

Organisme sans but lucratif inauguré en 2003, la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale accorde une place importante à l'application des connaissances dans les PRFI, ce qui se reflète dans sa vision : *Promouvoir une meilleure santé et plus équitable à travers le monde entier par la production et l'utilisation des connaissances*. Plusieurs moyens sont utilisés pour réaliser cette vision :

- La « mise en pratique de la recherche » constitue le thème de l'Atelier d'été annuel de la Coalition, qui réunit de nouveaux chercheurs en santé mondiale du Canada et leurs partenaires des PRFI désireux d'apprendre comment leur projet de recherche particulier peut intégrer un volet « application des connaissances »
- Dans son nouveau Plan stratégique (2010 – 2014), le programme d'influence des politiques (PIP) se fixe l'objectif suivant : *renforcer le rôle de la Coalition dans l'application des connaissances*. Ce groupe se livre actuellement à une analyse de diverses initiatives canadiennes en AC (dans le secteur de la santé) en vue de produire et de publier un « bulletin de notes sur l'AC ». Deux chercheurs dont le profil figure à la partie 4 (Harriet Nabudere et Pierre Ongolo- Zogo) sont des membres et des collaborateurs du PIP.
- Un groupe-clé en application des connaissances (GRAC) a préparé une série de « lectures recommandées sur l'AC » (disponible en cliquant sur la section « Ressources » du site Web de la Coalition).

## Pour en apprendre davantage sur l'AC

Comme vous arrivez à la fin du présent module, nous espérons qu'en plus d'avoir appris des choses intéressantes et utiles, vous serez motivé à en savoir davantage sur l'AC, y compris sur son déroulement dans les PRFI. Pour ce faire, nous vous offrons deux suggestions – explorer d'autres ressources d'apprentissage et adhérer à un partenariat de recherche Nord-Sud incluant un volet « AC ».

## Autres ressources d'apprentissage

L'annexe contient certaines ressources en AC qui ont été préparées par d'autres groupes, et qui sont chaudement recommandées pour une exploration plus approfondie.

## Partenariats de recherche Nord-Sud

L'ACRSM a mis au point l'Outil d'évaluation des partenariats (OEP), en réponse à la critique selon laquelle la majeure partie de la littérature traitant des pratiques exemplaires en recherche concertée Nord-Sud a été produite dans le Nord. L'outil est l'aboutissement d'un projet de trois ans (soutenu par le CRDI) dont l'objectif était de faire entendre la voix du Sud (p. ex. consultations régionales avec l'Asie du Sud, l'Amérique latine et l'Afrique) sur les questions de partenariats de recherche en santé, et de générer des stratégies détaillées pour améliorer grandement leur fonctionnement.

L'OEP est utile aux équipes de recherche pour s'entendre sur des éléments clés, comme la viabilité, la production et l'application des connaissances, le développement des capacités et l'innovation.

L'Outil d'évaluation des partenariats (OEP) se compose d'un préambule, d'une foire aux questions, d'un survol de la littérature et d'une synthèse des résultats des projets, en plus de la boîte à outils elle-même. Cette dernière comprend une série de questions et d'exercices qui, dans les discussions ultérieures, outilleront ceux qui s'engagent dans un partenariat de recherche en santé, en leur permettant d'évaluer leur partenariat à quatre étapes : Début, mise en œuvre, dissémination et « fins heureuses nouveaux départs ». Les questions représentent des points dont les partenaires devraient discuter et convenir, et ceux qu'ils devraient officialiser, si possible, pour la durée du partenariat.

Le message dominant est qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer la conduite des partenariats de recherche en santé. Les partenaires du Sud ont fait valoir la nécessité de négocier des arrangements équitables et le besoin d'établir des principes et des normes régissant cette négociation. Il est clair qu'un mécanisme est requis pour guider la négociation, la surveillance et l'évaluation des partenariats pendant toute leur durée. C'est ce qui a mené à la création de l'OEP.

D'autres ressources sur la création de partenariats Nord-Sud figurent dans le site Web de la CCRSM à [http://www.ccg hr.ca/default .cfm?content=k ey\\_resource\\_ bp&lang=e&subnav=library](http://www.ccg hr.ca/default .cfm?content=k ey_resource_ bp&lang=e&subnav=library)

## Références – Partie 5

Commission on Health Research for Development. *Health Research: Essential Link to Equity in Development* (1990), New York. Oxford University Press. New York

Evans, J., *Essential National Health Research: a key to equity in development*. (1990). New England Journal of Medicine. 323:913-5.

Neufeld V., Macleod S., Tugwell P., Zakus D., Zarowsky C. (2001). *The rich-poor gap in global health research: challenges for Canada*. Journal de l'Association médicale canadienne. 164 (8) : 1158 – 1159.

# ANNEXE

## Autres ressources d'apprentissage

**La section qui suit résume plusieurs autres ressources d'apprentissage liées au thème général du présent module : l'application des connaissances dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces ressources sont fortement recommandées pour approfondir votre apprentissage sur ce thème.**

### Boîte à outils d'AC

Conçue dans le cadre du programme Gouvernance, équité et santé (GES), plus particulièrement le sous-programme « La recherche est importante », cette boîte à outils fournit une introduction utile à l'application des connaissances, d'intérêt particulier pour les PRFI. Ce produit a été cofinancé par le CRDI et la Swiss Development Corporation. Il peut être téléchargé comme document .PDF (au complet ou par chapitre) en anglais et en français. On peut aussi la commander sur papier ou CD.

Téléchargeable à partir de :

[http://www.idrc.ca/en/ev-133179-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-133179-201-1-DO_TOPIC.html)

### Outils d'aide à l'élaboration de politiques de santé fondées sur des données probantes

Fruits d'une collaboration internationale financée par le 6e cadre de la Commission européenne au sein du projet : *SUPporting Policy relevant Review and Trials (SUPPORT)*. La collaboration inclut des groupes au Canada et en Norvège. La série a été rédigée pour des décideurs dans le domaine des politiques et des programmes de santé et les personnes qui soutiennent les décideurs. La série se compose de 18 documents, tous publiés dans Health Research Policy and Systems (et accessible par cette revue). Les documents sont regroupés sous quatre thèmes : aider à l'élaboration de politiques de santé fondées sur les données probantes; cerner les besoins en données de recherche; trouver et évaluer les données probantes; prendre une décision à partir des données probantes issues de la recherche.

Une liste de deux pages de ces articles, avec un lien .PDF pour chacun, est téléchargeable à partir de :

[http://www.mcmasterhealthforum.org/docs/mhf-tool\\_2\\_support-tools\\_2010-04-21.pdf](http://www.mcmasterhealthforum.org/docs/mhf-tool_2_support-tools_2010-04-21.pdf)

### Numéro spécial du Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé

Publié en août 2006, ce numéro spécial est consacré à l'application des connaissances en santé mondiale. Plusieurs articles de ce numéro sont inclus à titre de références dans plusieurs sections du module, y compris dans l'introduction. Même si ce numéro date déjà de quelques années, il demeure une ressource utile à consulter.

La version anglaise est téléchargeable à partir de :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/en/index.html>