

Transfert de connaissances et
mise en oeuvre de pratiques
fondées sur des données
probantes
dans le domaine de la santé
mentale pour enfants

Melanie A. Barwick, Ph.D., C.Psych.

Katherine M. Boydell, M.H.Sc., Ph.D.

Elaine Stasiulis, M.A.

H. Bruce Ferguson, Ph.D., C.Psych.

Community Health Systems Resource Group
Hospital for Sick Children

Karen Blase, Ph.D.

Dean Fixsen, Ph.D.

National Implementation Research Network
Louis de la Parte Florida Mental Health Institute
University of South Florida

© Santé mentale pour enfants Ontario 2005
Tous droits réservés

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise de toute forme que ce soit ou par tout moyen électronique que ce soit, y compris les photocopies, les enregistrements ou tout système actuel ou futur de mise en mémoire et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur.

Citation recommandée : Barwick, M.A., Boydell, K.M., Stasiulis, E., Ferguson, H.B., Blase, K., & Fixsen, D. (2005). *Knowledge transfer and evidence-based practice in children's mental health*. Toronto, ON : Santé mentale pour enfants Ontario.

Children's Mental Health Ontario
Santé mentale pour enfants Ontario
40, avenue St. Clair Est, bureau 309
Toronto (Ontario) M4T 1M9



Site Web : <http://www.CMHO.org>

Children's Mental Health Ontario Santé mentale pour enfants Ontario

40, avenue St. Clair Est, bureau 309, Toronto (Ontario) M4T 1M9
Tél. : (416) 921-2109 • Téléc. : (416) 921-7600 • www.CMHO.org • info@CMHO.org

Chères collègues,
Chers collègues,

La nouvelle tendance vers l'usage de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale gagne une reconnaissance et une importance soutenues en Ontario. Santé mentale pour enfants travaille dans le but de favoriser l'usage de pratiques fondées sur des données probantes et d'apporter des renseignements pertinents et à jour au domaine. Toutefois, le fait de rendre les bons renseignements accessibles n'est qu'un morceau du casse-tête. Le processus de transférer les connaissances sur les pratiques fondées sur des données probantes et les mettre en oeuvre dans notre travail quotidien auprès des enfants, des jeunes et des familles est une tâche extrêmement complexe. Nous croyons que l'étude de ce processus est tout aussi importante que l'étude des pratiques fondées sur des données probantes elle-même.

Chez Santé mentale pour enfants Ontario, nous sommes très heureux de faire ce premier pas important vers la compréhension des obstacles et des facilitateurs qui jouent un rôle dans la mise en oeuvre de centres de pratiques fondées sur des données probantes en Ontario. Cet effort de collaboration avec le Community Health Systems Resource Group au Hospital for Sick Children et le National Implementation Research Network/Louis de la Parte Florida Mental Health Institute à la University of South Florida nous a permis d'entreprendre notre expédition.

Nous aimerions remercier sincèrement les experts qui ont contribué de leur temps et de leurs connaissances au projet ainsi qu'aux directeurs généraux, aux responsables cliniques et au personnel du programme qui ont rempli les sondages et qui nous ont aidé à commencer à comprendre le sujet d'une façon plus significative et pratique.

Finalement, nous tenons à remercier nos collègues Melanie Barwick, Katherine Boydell, Elaine Stasiulis et Bruce Ferguson du Hospital for Sick Children ainsi que Dean Fixsen et Karen Blase, du Louis de la Parte Florida Mental Health Institute de leur expertise, de leurs connaissances et de leur direction. En particulier, nous remercions Melanie Barwick de sa direction pour le projet.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.

La présidente du Conseil d'administration

Nada Martel



Remerciements

Ce projet a été financé par Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO) et représente un effort de collaboration de la part du Comité SMEO sur les pratiques fondées sur des données probantes, le Hospital for Sick Children et le Louis de la Parte Florida Mental Health Institute. Nous aimerions également reconnaître le soutien de la Fondation W.T. Grant du Louis de la Parte Florida Mental Health Institute à la University of South Florida pour leur financement envers la « Synthèse de la dissémination et de la mise en oeuvre du programme de pratiques fondées sur des données probantes » (subvention n° 2487).

L'équipe du projet désire reconnaître la participation des organismes membres de Santé mentale pour enfants Ontario, en particulier les directeurs généraux, le personnel clinique et les gestionnaires qui ont rempli les sondages sur l'usage des renseignements de recherche et la préparation au changement. Dans le climat actuel où la demande de service est écrasante et pose d'immenses contraintes sur le temps du personnel, nous sommes extrêmement reconnaissants envers toutes les personnes qui ont consacré du temps de leur journée achalandée pour participer et partager leur voix.

Plusieurs experts nationaux et internationaux ont pris le temps de nous parler au sujet de leurs expériences pratiques et fondées sur des données probantes dans la mise en oeuvre et la prestation de pratiques fondées sur des données probantes. Leurs connaissances dans le domaine du transfert de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine sont vastes, et nous sommes leur sommes reconnaissants d'avoir bien voulu les partager avec notre auditoire.

Leena Augimeri – directrice de l'élaboration de programmes et du Centre for Children Committing Offences, Child Development Institute

Jayne Barker – directrice provinciale des Services de santé mentale et des Services à la jeunesse en Colombie-Britannique

Gary Bernfeld – coordonnateur et professeur, École de la recherche chez les humains et d'arts appliqués, Collège Saint-Laurent

Charles Cunningham – professeur, Département de psychiatrie et de neurosciences du comportement, Jack Laidlaw, président des soins axés sur les clients, Université McMaster

Ann Garland – directrice associée du Child and Adolescent Services Research Centre, University of California

Kimberly Hoagwood – directrice de la recherche sur les services de santé mentale pour enfants /adolescents, Université Columbia

Alan Leschied – professeur associé de la faculté d'éducation, Université Western Ontario

Alison Niccols – directeur clinique du programme jeune enfant-parent, McMaster Children's Hospital

Ray Peters – directeur des recherches au Département de psychologie, Université Queens

Barbara Plested – chercheur scientifique au Tri-Ethnic Center for Prevention Research, Colorado State University

Dee Roth – agent chef de l'évaluation de programme et de la recherche, Ohio Department of Mental Health

Sonja Schoenwald – directrice/professeure associée au Family Services Research Center, Medical University of South Carolina

Enfin, nous aimerions reconnaître la collaboration du Comité des SMEO sur les pratiques fondées sur des données probantes, en particulier les personnes qui ont travaillé le plus étroitement avec l'équipe du projet et qui ont apporté une contribution indispensable.

Karen Engel (présidente) – directrice générale, Yorktown Child and Family Centre, Toronto

Claire Fainer – directrice générale, East Metro Youth Services, Toronto

*Dick Meen – directeur clinique, Kinark Child and Family Services, Markham/Whitby/
Barrie/Oakville/ Newmarket/Coburg/Peterborough

*Doug Brown – directeur clinique, Centre pour enfants de Peel, Mississauga

*Mark Totten – directeur des recherches, Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa

Fred Schmidt – psychologue, Centre régional pour la famille Lakehead, Thunder Bay

Jeff Carter – psychologue, Services pour enfants Madame Vanier, London

*Yvonne Bohr – Université York (Département de psychologie) et Aisling Discoveries Child & Family Centre, Toronto

Sally Wills – directrice générale, Child and Youth Wellness Centre, Brockville

Greg Lubimiv – directeur général, Centre Phoenix pour les enfants et les familles, Pembroke

Un merci tout particulier à Joanne Johnston, directrice de l'agrément et des projets spéciaux pour SMEO, en reconnaissance de ses efforts inlassables dans la coordination du projet pour la part de SMEO. Le projet a grandement bénéficié de la participation de toutes ces personnes à toutes les étapes du projet, ce qui illustre véritablement la meilleure pratique dans le transfert de connaissances.



Table des matières

1. Glossaire.....	8
2. Messages principaux.....	11
3. Sommaire.....	18
4. Chapitre 1 : Introduction.....	22
5. Chapitre 2: Transfert de connaissances, sciences de la mise en oeuvre et préparation au changement.....	24
6. Chapitre 3: Utilisation des résultats de recherche et préparation au changement.....	48
7. Chapitre 4: Perspectives des experts sur la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes.....	101
8. Chapitre 5: Meilleures pratiques pour le transfert et la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes.....	114
9. Chapitre 6: Passer à l'action.....	120
10. Bibliographie.....	127
11. Équipe du projet.....	139
12. Annexe A : Protocole d'entrevue en compagnie d'experts.....	141
13. Annexe B : Sondage auprès du personnel clinique.....	142



*Et si, au lieu de percevoir les organismes
comme étant des problèmes à résoudre, nous
les envisagions plutôt comme des miracles à
reconnaître?*



*David Cooperrider
Case Western Reserve University*



Glossaire

Adoption	L'adoption d'une pratique fondée sur des données probantes (PFDP) ou d'une innovation en matière de traitement signifie que l'on fait plein emploi de la PFDP comme étant la meilleure voie disponible (Rogers 2003), et elle représente un changement de comportement—vraiment <i>utiliser</i> la PFDP.
Préparation au changement	La préparation au changement désigne la variabilité des personnes, des organismes et des communautés relativement à leur intérêt, à leur volonté et à leur capacité d'adopter de nouvelles connaissances.
Pratique fondée sur des données probantes	La pratique fondée sur des données probantes est « l'usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleurs résultats actuels dans la prise de décisions au sujet des soins des [clients] » (Sackett, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 1997, p. 2). Nous utilisons le terme pratique fondée sur des données probantes pour décrire les pratiques (p. ex., gestion des résultats, dépistage lors de l'accueil, mesure des résultats, évaluation de programme), tandis que le traitement fondé sur des données probantes (TFDP) se rapporte précisément aux interventions expérimentalement soutenues. Puisqu'il place les bienfaits à l'endroit du client au premier plan, les praticiens qui font usage de TFDP adoptent un processus d'apprentissage à vie faisant en sorte qu'ils doivent poser continuellement des questions précises qui ont une importance pratique pour les clients, chercher objectivement et efficacement les meilleures constatations cliniques par rapport à chaque question et effectuer les actions appropriées guidées par des résultats de recherche. Dans le domaine des services de santé mentale pour enfants, le terme pratique fondée sur des données probantes (PFDP) se rapporte à un corps de connaissances scientifiques au sujet de pratiques de service, y compris les envois en consultation, les évaluations, la gestion/l'évaluation des résultats, les pratiques d'amélioration de la qualité et la gestion de cas (Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen, & Schoenwald, 2001). Il se rapporte également aux connaissances scientifiques sur l'impact des traitements ou services cliniques sur les problèmes de santé mentale des jeunes enfants, des enfants et des adolescents. La banque de connaissances est le résultat de l'application de méthodes scientifiques qui examinent l'impact de pratiques précises sur les résultats. La PFDP prend note de la qualité, de la robustesse ou

de la validité des observations scientifiques telles qu'elles s'appliquent à ces questions.

Critères fondés sur des données probantes

Selon les critères de fonctionnement proposés par la division de psychologie clinique de la American Psychological Association en 1998, les traitements fondés sur des données probantes doivent avoir le soutien soit des expériences de groupe, soit des expériences « à un sujet », et devraient décrire clairement les caractéristiques des sujets. Afin qu'un traitement soit considéré comme étant « bien établis », il faut que deux études ou plus démontrent qu'il est supérieur au médicament, au placebo ou à un autre traitement, ou qu'il est équivalent à un traitement déjà établi, OU neuf « cas à un sujet » doivent être menés afin d'établir son équivalence ou sa supériorité. Pour qu'un traitement soit considéré comme étant « probablement efficace », il faut que deux études ou plus démontrent qu'il est supérieur à une liste d'attente contrôlée, ou une expérience doit satisfaire aux critères d'un traitement bien établi, ou trois études à un sujet doivent être menées.

Mise en oeuvre

Les activités requises pour mettre en pratique les recherches, les innovations ou les autres connaissances.

Science de la mise en oeuvre

La science de la mise en oeuvre est définie comme étant l'étude scientifique des méthodes pour favoriser la mise en pratique de résultats de recherche pour les fins d'améliorer la qualité des soins. Elle comprend l'étude des facteurs qui influent sur le comportement de professionnels et organismes de la santé, et les interventions qui leur permettent d'utiliser les résultats de recherche plus efficacement.

Innovation

L'innovation est décrite comme étant le fait de présenter quelque chose de nouveau. Nous utilisons ce terme relativement aux PFDP et aux TFDP.

Transfert & échange de connaissances

Le transfert de connaissances est un processus par lequel les renseignements pertinents sont rendus disponibles et accessibles aux décisionnaires pour leur mise en application dans la pratique, la planification et l'établissement de politiques. Non seulement il survient à la fin d'un processus, d'un projet ou d'une étude de recherche, il est également continu. L'échange de connaissances se rapporte au dialogue bidirectionnel et à l'échange de renseignements entre ceux qui génèrent les connaissances et ceux qui les reçoivent et qui les utilisent, et est également présent tout au long du projet ou de l'étude de recherche. Ensemble, ces deux éléments servent à faciliter l'usage des recherches dans la pratique.



Aucun système emprisonné continuellement dans la production et qui existe toujours en marge de ressources ne peut bien innover, sauf si sa survie est également en jeu, de façon imminente et réelle.



*Donald Berwick, 2003
Institut pour l'aélioration des soins de sant*



Messages principaux

En général

- ✎ Le défaut d'utiliser la science disponible est coûteux et nuisible. Un effort soutenu et coopératif est requis afin d'apporter la pratique fondée sur des données probantes aux soins de santé mentale pour enfants.
- ✎ Il ne suffit pas de transférer les pratiques fondées sur des données probantes au domaine sans pour autant comprendre ce qui est requis pour préparer les organismes et les praticiens à recevoir et à mettre en oeuvre ces nouvelles connaissances.

Tiré de la documentation

- ✎ Le transfert de renseignements fondés sur des données probantes aux praticiens nécessite l'attention à quatre éléments critiques : la source, le contenu, la méthode et l'auditoire.
- ✎ Le transfert de nouvelles connaissances remporte plus de succès lorsqu'il y a dès le début une collaboration active et un partenariat entre toutes les parties intéressées.
- ✎ Le transfert de connaissances est davantage réussi lorsqu'il est fait en face-à-face, permettant ainsi la communication de connaissances tacites.
- ✎ La dissémination passive de renseignements n'est pas aussi efficace que le sont les stratégies actives dans la création de changements pratiques ou la mise en oeuvre de connaissances.
- ✎ Le transfert de connaissances fait partie d'un contexte plus vaste d'innovation et de changement.
- ✎ La direction, le pouvoir et l'autorité doivent être abordés dans le processus de transfert de connaissances.
- ✎ Les organismes peuvent favoriser des environnements qui sont propices au changement.
- ✎ La résistance au changement—de la part du système, des dirigeants et des praticiens—doit être reconnue et abordée.
- ✎ Le changement nécessite une acceptation et un engagement de la part d'une masse critique de personnes; le défi est de créer un « point de bascule »—le moment déterminant où une chose unique devient commune.
- ✎ Le changement est complexe et nécessite de la planification et l'établissement de stratégies.
- ✎ L'évaluation de la préparation au changement est une partie intégrante du succès de la mise en oeuvre de connaissances et de l'adoption de nouvelles connaissances ou pratiques.
- ✎ Offrir des services de santé mentale pour enfants qui sont appuyés par des recherches est une importante priorité.
- ✎ La façon exacte de mettre en oeuvre une pratique fondée sur des données probantes, dans une variété de contextes et répondant aux besoins de multiples groupes de clients, est une science florissante qui nécessite des études plus approfondies.
- ✎ Il ne suffit pas de distiller les résultats de recherche en des lignes directrices pratiques et de rendre celles-ci disponibles pour créer un changement pratique.
- ✎ La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans tout domaine d'application doit émaner d'un effort coopératif; la responsabilité revient aux systèmes de soins organisés (la province ou l'état), aux organismes fournisseurs de services, aux praticiens et aux consommateurs.

- ☞ La mise en oeuvre réussie d'un résultat de recherche en pratique nécessite l'établissement de stratégies à de multiples niveaux—les praticiens, l'organisme, le système, la nature du résultat de recherche et les méthodes de transfert et de mise en oeuvre.
- ☞ Une meilleure compréhension des attitudes des praticiens envers la pratique fondée sur des données probantes est requise afin d'aborder les questions de scepticisme, de défiance et de résistance.
- ☞ Les praticiens ont besoin d'un meilleur accès à la base de recherche (ressources de bibliothèque) ainsi qu'aux endroits où ils peuvent partager leurs connaissances tacites avec d'autres, y compris des scientifiques et des décisionnaires.
- ☞ Le pas vers une plus grande utilisation de pratiques fondées sur des données probantes au sein du système de santé mentale pour enfants exigera que les praticiens développent la capacité d'apprentissage à vie et de pratique réfléchie.
- ☞ La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes nécessitera un équilibre délicat entre la fidélité au traitement et la réinvention de l'environnement pratique.

Tiré du sondage

Caractéristiques des répondants

- ☞ 72,5 % des 85 directeurs généraux sondés ont répondu. Ils avaient principalement des antécédents en travail social, avaient plus de 16 années d'expérience clinique et de gestion et représentaient des organismes qui offraient une vaste gamme de services cliniques.
- ☞ Parmi la population du personnel clinique, estimée au nombre de 3 951, 12,2 % ont répondu au sondage. La majorité d'entre eux avaient des antécédents en travail social, avaient plus de 16 années d'expérience et étaient affiliés à une gamme de services cliniques situés principalement à Toronto (18,3 %) et dans le Sud-Ouest (18,1 %), dans les régions du Centre-Est (16,8 %). Un taux de 65,7 % des répondants étaient du personnel clinique, 16 % étaient des gestionnaires cliniques qui offraient également des services et 18,3 % étaient des gestionnaires qui n'offraient pas de services.
- ☞ La participation au sondage par les directeurs généraux par rapport au nombre de Centres de SMEO dans chaque région indiquait une plus forte participation des directeurs généraux parmi les centres membres dans les régions de Hamilton-Niagara (85,7 %), du Nord (83,3 %), et du Centre-Est (71 %).
- ☞ Un taux de 50 % des répondants avaient des budgets annuels dans l'écart de 1 à 5 millions de dollars.

Lien à Internet

- ☞ Parmi les directeurs généraux et le personnel clinique, plus de 65 % croyaient qu'il était « probable » que leurs collègues utilisent Internet comme ressource.

Lien aux renseignements de recherche via le monde universitaire

- ☞ Des taux de 67 % du personnel clinique et de 77 % des directeurs généraux ont un lien quelconque avec un collègue ou une université.
- ☞ Moins de 40 % des CSME ont un accès organisationnel à une bibliothèque universitaire ou collégiale.

Usage des renseignements de recherche

- ☞ Les directeurs généraux et le personnel clinique estiment tous deux que la capacité de leur organisme à accéder à des renseignements de recherche et à en faire l'évaluation, l'adaptation et

l'adoption était « plutôt bonne ». Cette découverte offre un point de repère important pour les comparaisons futures et indique qu'il y a possibilité d'amélioration.

Préparation au changement de la part des organismes

- ↻ **Motivation pour le changement** : Sauf si la motivation pour le changement est « activée », il est peu probable que les personnes amorcent le changement. Dans les trois secteurs importants de la préparation au changement,
 - Les directeurs généraux perçoivent un besoin beaucoup important pour des *améliorations aux programmes* (p. ex., suivre les améliorations du client sur une période de temps, obtenir des preuves d'efficacité des programmes, choisir de nouveaux traitements, générer des rapports de constatations cliniques et des données), tandis que le personnel clinique perçoit une *pression pour le changement* beaucoup plus importante (de la part de personnel clinique, des superviseurs et du Ministère).
 - Pour le personnel clinique, la pression pour le changement provient de superviseurs/gestionnaires (62,5 %), d'autres membres du personnel (52,6 %), du Ministère/d'autres bailleurs de fonds (39 %) et membres de conseils d'administration (28,9 %). Les directeurs généraux ressentent une pression pour le changement de la part de superviseurs/gestionnaires (51 %), du Ministère/d'autres bailleurs de fonds (49 %), et du personnel clinique (42,9 %). Moins d'un tiers des répondants des deux groupes ressentent une pression pour le changement de la part des consommateurs, et moins d'un quart des directeurs généraux ressentent une pression pour le changement de la part de leur conseil d'administration.
 - Les groupes ne diffèrent pas en ce qui a trait à la force de leur besoin perçu en matière de *soutien à la formation*, mais ils nécessitent de la formation dans différents secteurs. Les praticiens cliniques perçoivent un besoin de formation pour améliorer l'engagement des clients envers le traitement, tandis que les directeurs généraux perçoivent un besoin de formation pour surveiller les progrès du client.
- ↻ **Suffisance des ressources** : Les installations, les modèles de dotation en personnel et la formation de celui-ci ainsi que les appareils sont aussi d'importantes considérations en matière de préparation au changement.
 - La majorité du personnel clinique et des directeurs généraux voyaient d'un oeil favorable la suffisance en matière d'*espace de bureau* pour le traitement individuel ou de groupe, bien que 44 % du personnel clinique perçoivent l'espace de bureau comme étant insuffisant pour le traitement de groupe; cela peut avoir une portée sur la mise en oeuvre future de TFDP de groupe.
 - Les deux groupes conviennent qu'il y a trop peu de personnel clinique pour satisfaire aux besoins des clients.
 - Le roulement du personnel n'est pas une question généralement préoccupante, et on perçoit peu le besoin de plus de personnel de soutien.
 - La majorité des directeurs généraux et du personnel clinique conviennent que leur organisme accorde de l'importance à l'éducation permanente et offre des occasions d'apprentissage internes et à l'extérieur de l'organisme.
 - Les deux groupes perçoivent de façon importante la suffisance et l'usage d'*ordinateurs*.
 - Les deux groupes diffèrent d'opinion en ce qui a trait à l'utilisation d'un ordinateur pour effectuer les évaluations de client. Il s'agit d'une découverte intrigante étant donné le mandat pour l'accueil informatisé et les outils servant à l'évaluation des résultats.
 - Plus de 95 % des directeurs généraux et du personnel clinique indiquent qu'ils ont un ordinateur dans leur espace personnel de travail. Il s'agit encore là d'une découverte intrigante étant donné les fréquents rapports isolés d'un faible accès aux ordinateurs

comme obstacle à l'utilisation de l'outil de résultat autorisé. Une analyse plus approfondie a indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une partialité à l'endroit de la méthode de sondage sur Internet.

- Les deux groupes étaient d'avis que l'accès à la *communication électronique*—Internet et courrier électronique—était plus que suffisant.
- ↻ **Attributs du personnel** : Plusieurs caractéristiques individuelles de niveau sont notées comme étant essentielles pour garantir la préparation au changement organisationnel.
 - En général, la mesure à laquelle les deux groupes valorisent et perçoivent les occasions de croissance personnelle est relativement faible. La majorité des membres du personnel clinique ne lisent pas au sujet des nouvelles techniques chaque mois, et ils n'ont suffisamment d'occasions pour maintenir à jour leurs capacités cliniques (bien que la moitié d'entre eux se disent à jour relativement à la documentation spécialisée publiée). Les directeurs généraux réussissent un peu mieux.
 - Plus de 60 % des deux groupes ont confiance en leur efficacité clinique ainsi qu'en leur volonté et leur capacité d'influencer leurs collègues de travail, deux caractéristiques qui favorisent le changement.
 - Ce qui est moins encourageant, c'est leur capacité perçue de s'adapter à un environnement en évolution. Plus de 65 % des deux groupes estiment qu'ils essaient de nouvelles idées et s'adaptent rapidement, toutefois, la moitié d'entre eux reconnaissent qu'ils étaient parfois trop lents ou prudents pour apporter des changements—ce qui constitue une curieuse contradiction.
- ↻ **Climat organisationnel** : Plusieurs dimensions organisationnelles sont cernées comme étant essentielles au changement organisationnel.
 - Plus de 60 % du personnel clinique et des directeurs généraux connaissent la *mission* et les buts de leur organisme.
 - Plus de 50 % des deux groupes perçoivent l'administration comme étant réceptive aux suggestions du personnel et croient que les réseaux et canaux de renseignements sont propices au flux de la *communication*.
 - *La cohésion du personnel*—la confiance et la coopération—est élevée dans les deux groupes, tout comme l'impression d'*autonomie* ou la liberté de décision que le personnel clinique perçoit lorsqu'il travaille avec ses clients.
 - Il y a une division dans les deux groupes à savoir si les contraintes du travail nuisent à l'efficacité.
 - Les niveaux élevés de *stress* et l'impact négatif d'une lourde charge de travail sur l'efficacité d'un programme sont perçus par les deux groupes, bien qu'ils le soient davantage par le personnel clinique.
 - L'intérêt de bien répondre aux demandes du changement varie dans les deux groupes : les deux tiers des directeurs généraux trouvent que les procédures changent rapidement pour répondre aux nouvelles conditions, tandis que seulement 30 % des membres du personnel clinique partagent cette opinion.
 - Il semble y avoir une attitude positive envers les nouvelles techniques et de l'encouragement pour essayer celles-ci au sein des deux groupes, et cela, c'est encourageant.

Usage de traitements fondés sur des données probantes

- ↻ Les 10 TFDP les plus communément utilisés sont : Thérapie du comportement cognitif (65 %); COPE (42,7 %); Wraparound (42,5 %); Formation comportementale à l'intention des parents (41,2 %); thérapie stratégique familiale brève (39,2 %); Thérapie narrative (38,8 %); « Incredible Years »

(36,4 %); la thérapie multisystémique (35,9 %); « Stop Now and Plan » (32,4 %); et « Right from the Start » (29,3 %).

- ☞ On indique que toute une gamme d'autres traitements sont utilisés (p. ex., consignes d'interaction modifiées, thérapie à court terme axée sur la recherche de solutions, « Watch, Wait & Wonder »). Bien que ce ne soit pas tous ces traitements qui répondent aux critères rigoureux d'évaluation, beaucoup d'entre eux ont fait l'objet d'un certain niveau d'études empiriques pour appuyer leur utilisation.
- ☞ Parmi les directeurs généraux, la moitié perçoivent leurs services et programmes comme étant « quelque peu » soutenus par des résultats de recherche, tandis que la majorité des membres du personnel clinique sont plus optimistes (40 % ont dit « surtout »). Ces renseignements offrent un point de repère important contre lequel on peut mesurer les améliorations.

Tiré des entrevues en compagnie d'experts

- ☞ Il est nécessaire d'élaborer, à tous les niveaux du système—praticiens, chefs et responsables de l'établissement de politiques, une « acceptation » pour la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes. Cela exige principalement de cerner l'avantage relatif de la pratique (quels sont les avantages pour mon client et moi-même, et comment facilitent-elles ma tâche?) et de montrer la disponibilité des ressources, de la formation et de la direction requises pour effectuer le changement.
- ☞ Le scepticisme parmi les praticiens présente un obstacle important à la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes. L'éducation professionnelle continue et la formation précise sont essentielles pour contrer les idées fausses, la peur et le scepticisme.
- ☞ Il est important de cerner les « champions » pour une pratique fondée sur des données probantes à tous les niveaux du système—le champion peut être n'importe qui, mais il faut que ce soit quelqu'un!
- ☞ La résistance au changement survient au niveau du praticien individuel et collectivement au sein de l'organisme. Les chefs doivent créer des cultures organisationnelles qui sont propices au changement, en favorisant la croissance professionnelle, l'innovation et la liberté de décision.
- ☞ Le changement exige du temps et nécessite une planification et un effort soutenus pour son maintien à long terme. En commençant avec une vision et un plan réaliste, une considération particulière doit être accordée aux facilitateurs et aux obstacles à tous les niveaux du système, ainsi qu'aux caractéristiques uniques de la pratique que l'on met en oeuvre et aux personnes qui l'adoptent.
- ☞ La mise en oeuvre exige que l'on crée et que l'on maintienne une « culture d'adhésion » ou un système de gestion et d'évaluation de la qualité qui fait en sorte que les résultats sont acceptables, et qui contribue à la culture globale de la pratique fondée sur des données probantes. La mise en oeuvre de nouveaux traitements ne vaut rien si ceux-ci ne sont pas efficaces.
- ☞ Un équilibre plus équitable doit être établi entre le fait de composer avec de longues listes d'attente pour des services cliniques et le temps et l'énergie requis pour l'innovation et le perfectionnement professionnel. Il est nécessaire d'avoir plus de financement et un virage stratégique pour nous aider à descendre du tapis roulant et à développer une culture dans laquelle c'est acceptable. Le fournisseur de service n'est pas le seul responsable du fait qu'il y a trop peu de praticiens pour prodiguer des services à un trop grand nombre d'enfants et de familles—il s'agit d'une question systémique qui nécessite plus de financement et des solutions innovatrices à tous les niveaux.

- ↻ La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes sera lente si on s'attend à ce que les fournisseurs de services empruntent cette route seuls, de façon individuelle. Nous devons prendre en considération des initiatives de mise en oeuvre à la grandeur du système, semblables à celles utilisées pour le dépistage et la gestion des résultats en Ontario (p. ex. CAFAS et BCFPI).
- ↻ Les consommateurs doivent être informés des options de traitement fondé sur des données probantes alors qu'ils deviendront plus largement disponibles, afin qu'ils puissent faire les choix les plus éclairés au sujet des soins de leurs enfants et qu'ils puissent exercer des pressions pour s'assurer que ces choix sont livrés. Toutes les parties intéressées dans le domaine des services de santé mentale pour enfants ont une tâche à accomplir à ce chapitre.
- ↻ Les partenariats entre les bailleurs de fonds, les fournisseurs de services et les chercheurs peuvent grandement favoriser la création d'occasions pour la recherche en matière d'efficacité et de mise en oeuvre, et pour l'évaluation d'interventions prometteuses sur le terrain. Cela, en revanche, contribuera à nos connaissances en ce qui a trait aux traitements efficaces, pour qui, dans quels contextes et comment appuyer de la meilleure façon leur mise en oeuvre et leur adoption sur le terrain. De tels partenariats auront également une fin éducative en démystifiant la recherche et en améliorant les compétences des praticiens à déterminer quels traitements en valent l'effort et dans quelle mesure ils peuvent être « réinventés » afin de servir des populations de clients distinctes.

Passer à l'action

- ↻ Les CSME sont généralement débranchés de la base de constatations cliniques. Moins de 40 % des directeurs généraux et du personnel clinique ont accès à une bibliothèque universitaire ou collégiale. SMEO peut jouer un rôle important dans l'établissement d'une connexion entre les centres de santé mentale pour enfants et les systèmes de bibliothèque universitaires.
- ↻ Les directeurs généraux et le personnel clinique perçoivent les occasions de croissance professionnelle comme étant relativement rares. SMEO peut aider à encourager l'émergence d'un perfectionnement professionnel continu comme activité centrale dans les centres de santé mentale pour enfants. Les occasions pour le dialogue et le partage des connaissances doivent être perçues comme étant un investissement important.
- ↻ L'innovation a souvent un impact sur les ressources financières et humaines. Lorsque nous dérangeons le status quo, nous en faisons de même pour les procédures de fonctionnement, le temps du praticien est écarté du service direct et les ressources financières sont réorganisées. Le changement est un processus long et le maintien du moral peut s'avérer une tâche difficile à long terme. Il faut que le gouvernement et les organismes comme SMEO élaborent des mesures incitatives pour le changement et offrent des occasions par lesquelles les innovateurs et les adoptants précoces peuvent présenter leurs accomplissements et dont les autres peuvent apprendre directement de leurs approches, de leurs difficultés et de leurs solutions.
- ↻ Encourager l'adoption des sept règles de Berwick pour disséminer les innovations dans le domaine des services de santé mentale pour enfants : trouver les innovations solides, trouver les innovateurs de soutien, investir dans les adoptants précoces, rendre les activités des adoptants précoces observables, avoir confiance en la réinvention et y donner place, créer une marge pour le changement et montrer l'exemple.
- ↻ Une mise en oeuvre réussie de pratiques fondées sur des données probantes nécessite un degré de sensibilisation et de connaissances parmi les praticiens cliniques et leur direction. Plus de travail est requis en vue d'améliorer la sensibilisation et les connaissances et pour évaluer et documenter

les tendances dans ces secteurs. On incite SMEO à commander des recherches dans le but d'explorer les degrés de sensibilisation, de connaissances et de soutien envers les pratiques fondées sur des données probantes parmi les fournisseurs de services en Ontario.

- ☞ L'acquisition de formation pour les pratiques et les traitements fondés sur des données probantes nécessite le soutien de la direction, du gouvernement provincial et des organismes. Les dirigeants doivent reconnaître la valeur de la formation—le fait de libérer du temps de la prestation de services rapporte sous la forme de praticiens mieux renseignés et plus heureux—et des ressources doivent être mises de côté pour de telles activités. SMEO peut jouer un rôle dans l'organisation de formation en matière de TFDP pour leurs membres.
- ☞ Il est étonnant de constater que les directeurs généraux ne perçoivent pas une pression pour le changement de la part de leur conseil d'administration, et cela met en question l'efficacité de ce système de gouvernance. SMEO pourrait commander une recherche dans le but d'explorer les dynamiques de la gouvernance au moyen d'un conseil d'administration parmi les centres de santé mentale pour enfants.
- ☞ SMEO se trouve dans une position idéale pour représenter les intérêts des organismes membres relativement à l'éducation des nouveaux diplômés des programmes de services pour enfants. À ce titre, SMEO pourrait élaborer des liens avec les éducateurs et les ordres professionnels en travail social et en psychologie afin de s'assurer que les nouveaux diplômés qui gagnent la population active sont armés de connaissances au sujet des pratiques fondées sur des données probantes et la gestion des résultats.
- ☞ Les interventions fondées sur des résultats en laboratoire ne sont qu'une composante d'un important spectre de services. De nombreux traitements prometteurs sont développés sur le terrain, souvent avec l'avantage distinct d'être sensibles des points de vue de la culture et du développement. Puisque, souvent, les connaissances et les ressources requises pour évaluer l'efficacité de ces traitements prometteurs échappent aux fournisseurs de services, SMEO pourrait créer une infrastructure qui aiderait les centres de santé mentale pour enfants à cet égard.



Sommaire

La pratique fondée sur des données probantes est un concept émergent qui reflète un effort florissant pour assurer la qualité et la responsabilisation dans la prestation de services de santé mentale. Bien qu'il ne soit pas officiellement reconnu dans l'agenda des soins de santé au Canada, ce concept véhicule une croyance fondamentale que les enfants aux prises avec des troubles affectifs et de comportement devraient pouvoir compter sur des soins qui répondent à leurs besoins et qui sont fondés sur les meilleures preuves scientifiques disponibles. De plus, la préoccupation fondamentale est que, pour bon nombre de ces enfants, les soins qui sont prodigués ne sont pas des soins efficaces (Huang, Hepburn & Espiritu, 2003). La plupart des enfants et des jeunes qui reçoivent un traitement expérimentalement soutenu font des progrès remarquables et plus rapidement que ceux qui reçoivent d'autres traitements ou pas de traitement du tout (Brestan & Eyberg, 1998; Chambliss & Ollendick, 2001; JCCP, 1998; Spirito, 1999). La mise en oeuvre de traitements fondés sur des données probantes en Ontario requiert un effort en deux volets : fournir les ressources financières et l'agenda public qui fait en sorte que les enfants reçoivent des services selon le besoin et non la disponibilité, et que les services offerts sont de qualité supérieure et rigoureusement scientifiques. Alors que le gouvernement doit aborder les aspects financiers de cette direction, le secteur de la santé mentale pour enfants a le défi d'avancer au chapitre de la responsabilisation et de la qualité.

Si le système de santé mentale pour enfants de l'Ontario s'occupe de la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes, que devons-nous savoir pour effectuer le travail? Cette question est l'objet essentiel du travail entrepris aux présentes. Devant la contestation initiale de Santé mentale pour enfants Ontario de lire la documentation sur la traduction de connaissances afin de déterminer ce qui pourrait être appliqué au transfert des pratiques fondées sur des données probantes en Ontario, nous avons répliqué par la notion que même le transfert efficace de connaissances serait insuffisant pour réaliser un changement. Nous en sommes venus à une compréhension mutuelle, et nous nous sommes lancés dans l'examen du transfert de connaissances, de la préparation au changement et de la science de la mise en oeuvre—en espérant trouver une approche plus complète qui guiderait Santé mentale pour enfants Ontario dans son rôle de chef de file du secteur sur ce parcours important et inévitable.

Dans le domaine du transfert de connaissances, nous en avons appris sur l'importance des stratégies actives, de la collaboration, du leadership et du pouvoir de partager les connaissances tacites en face-à-face. La documentation sur le changement organisationnel parlait de l'importance d'évaluer la préparation au changement, la planification et l'établissement de stratégies à tous les niveaux, d'une façon participative qui donne à toutes les parties intéressées une voix et une main dans le processus du changement. Donnez aux personnes l'occasion d'observer les innovateurs, des primes d'encouragement et une latitude de temps pour essayer des choses, et récompensez-les de leurs essais et de leurs réussites. Nous avons appris que le changement est complexe et long, et qu'il nécessite l'acceptation de tous les participants. La science de la mise en oeuvre fait ressortir le même discours : planifiez bien, incluez toutes les parties intéressées, abordez les obstacles qui sont uniques à la situation, évaluez les facteurs motivants, les ressources et les facteurs de changement importants, prenez un grand respire et lancez-vous. Il s'agit d'un processus désagréable, surtout parce qu'il ne commence qu'à être étudié et compris.

Cependant, on parle ici de documentation, et non du monde réel. Quelle est l'opinion des experts? Eh bien, nous leur avons posé la question et, encore une fois, le même message est ressorti : « l'acceptation » est mieux acquise au moyen d'une carotte que d'un bâton, et doit survenir à tous les niveaux de la prestation de services; les praticiens sont sceptiques, donc attendez-vous à leur résistance—offrez-leur une formation et élaborer des organismes qui les récompenseront pour prendre des risques; choisissez les meilleures personnes, donnez-leur la latitude nécessaire pour qu'elles fassent leur travail, écoutez-les avec respect et laissez-les échanger avec d'autres—d'autres praticiens, chercheurs, consommateurs; et laissez-les descendre du tapis roulant de la prestation de services de temps à autres. Quand vous entreprenez quelque chose de nouveau, ayez une vision et planifiez sa viabilité. Nous en savons suffisamment pour prévoir les obstacles qui se présenteront, alors préparez-vous à un parcours long et cahoteux et savourez le sentiment de réussite et de fierté qui planera sur votre personnel lorsque vous aurez fait quelque chose d'intimidant et de nouveau, et que vous aurez réussi! N'ayez pas peur de faire des essais, mais assurez-vous d'évaluer vos efforts : l'accès aux services de santé mentale ne vaut rien s'il n'est pas efficace. Forgez des partenariats avec des chercheurs—laissez-les faire des essais pour cerner la meilleure façon de mettre en oeuvre leurs traitements fondés sur les résultats de laboratoire alors qu'eux, en retour, vous aident à évaluer les approches prometteuses que vous développez sur le terrain. Ayez confiance et sachez que, ensemble, nous pouvons y arriver.

Cependant, qu'en est-il des praticiens et de leur monde? Nous leur avons également posé la question. Ils nous ont dit qu'ils réussissaient bien à utiliser les connaissances tirées des recherches, mais qu'il y avait place à de l'amélioration. Nous devrions alors leur poser la question de nouveau dans quelques années lorsqu'ils auront eu plus de soutien pour ces genres de changement. Nous avons appris que le personnel clinique et leurs directeurs généraux partagent de nombreuses attitudes et perceptions au sujet de leur préparation face au changement organisationnel. Il y avait deux exceptions : Le personnel clinique perçoit une plus grande pression pour le changement et les directeurs généraux ressentent un plus grand besoin pour les améliorations de programme. Fait curieux, la pression pour le changement n'est pas perçue comme provenant des conseils d'administration ou des consommateurs, et de telles pressions doivent augmenter à un niveau suffisant pour constituer une motivation au changement. Pour ce qui est des ressources qui sont souvent à la base des efforts de changement, ils nous ont dit que leurs bureaux étaient suffisants, mais peut-être dans une moindre mesure pour effectuer des interventions de groupe. Cette question devra être abordée, puisque de nombreux traitements fondés sur des données probantes reposent sur des groupes. Les occasions de formation, l'accès aux ordinateurs et les communications électroniques sont tous perçus comme étant suffisants—voilà des constatations qui ne se tiennent pas devant des années de renseignements non scientifiques indiquant le contraire. Ils nous ont dit qu'il n'y avait pas assez de personnel clinique pour effectuer la tâche requise—un point qui nous n'est pas du tout étranger. Les perceptions au sujet des occasions de croissance professionnelle ne sont pas très élevées, bien que les deux groupes perçoivent un sentiment marqué d'efficacité, d'influence et de capacité de s'adapter à un environnement en évolution. Par contre, si on pose des questions sur la capacité des cliniciens à changer les procédures, cinquante pour cent vous diront qu'ils ne le font pas bien. Nous pouvons donc en conclure qu'il y a un certain malaise face au changement. En dernier lieu, nous avons appris que, bien que les membres du personnel clinique se sentent liés les uns aux autres et cohésifs, ils vivent des niveaux de stress professionnel élevés.

La tâche apparemment simple de transférer un certain nombre de pratiques fondées sur des données probantes au domaine est, en réalité, loin d'être simple. Elle exige la participation de toutes les parties intéressées, une bonne planification, la détermination de la provenance des ressources ainsi qu'un système qui peut développer une culture de prestation et de responsabilisation relativement aux pratiques fondées sur des données probantes. Ce ne sera pas un parcours rapide et sans heurt. Le changement aux pratiques est une tâche des plus difficiles qui avance à un rythme laborieusement lent,

nécessitant souvent des changements au comportement en matière de pratique, à la restructuration des programmes et à la réaffectation des ressources. Ce sera particulièrement difficile dans un environnement de budgets restreints et de priorités compétitives. Cela nécessitera : inclure les politiques et les décisionnaires, les dirigeants et les praticiens; éduquer et soutenir l'absorption de nouvelles connaissances et de nouvelles façons de faire les choses; de la planification et de la patience. Il y aura des occasions, et le défi sera de les trouver et d'en profiter. Qui sont les champions, quelles sont les incitations au changement, comment pouvons-nous faire l'équilibre entre l'importance du perfectionnement professionnel et le volume élevé des besoins en matière de services?

Devant cette tâche redoutable, avancez à petits pas—chacun de ceux-ci nous rapprochant de notre but. La gamme complète d'actions possibles est plus facilement explorée dans un contexte de forum participatif, mais nous vous en suggérons quelques-uns qui nous sont venus à l'esprit alors que nous entreprenions ce projet :

- Liez les centres de santé mentale pour enfants à la base de constatations cliniques;
- Réinstaurer le perfectionnement professionnel en tant qu'activité fondamentale;
- Créez des incitatifs pour la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes
- Rassemblez les praticiens et les chercheurs face à face afin qu'ils partagent leurs connaissances, et faites-le souvent;
- Mettez en oeuvre les sept règles de Berwick pour disséminer les innovations au moyen de solutions propres à l'Ontario;
- Cerner les connaissances et les attitudes des praticiens au sujet des pratiques fondées sur des données probantes; et
- Faites en sorte qu'il soit facile pour les praticiens d'acquérir de la formation et des compétences.

En outre, cherchez au-delà de nos frontières, cherchez des personnes qui ont entrepris des défis semblables et demandez-leur de partager les leçons qu'elles ont apprises. En dernier lieu, reconnaissez que le secteur de la santé mentale pour enfants de l'Ontario sort des sentiers battus, et bientôt, d'autres viendront nous demander comment nous en sommes arrivés ici.



Il est coûteux et nuisible de ne pas utiliser la science disponible; cela mène à la surutilisation de soins inutiles, à la sous-utilisation de soins efficaces et à des erreurs d'exécution.



*Donald Berwick, 2003
Institute for Health Care Improvement*

Chapitre 1



Introduction

Ce projet représente l'engagement de Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO) d'étudier les moyens les plus efficaces de transférer des connaissances et de mettre en oeuvre des pratiques et des traitements fondés sur des données probantes (PFDP/TFDP) dans le secteur des services de santé mentale pour enfants de l'Ontario. Le but de ce projet est conforme à la vision de SMEO de défendre le bien-être des enfants et des familles, de favoriser un environnement qui favorise la santé et le bien-être mentaux, et de favoriser la qualité en matière de la prestation de services ainsi que des programmes et services efficaces pour les enfants et les familles de l'Ontario.

Aperçu du programme

Grâce à l'introduction d'outils normalisés pour le dépistage et les résultats au cours des quatre dernières années, l'Ontario a en oeuvre les composantes de base pour améliorer la qualité des services et favoriser l'utilisation de pratiques et de traitements fondés sur des données probantes dans tout le système. Ces efforts représentent un point de départ pour nous aider à nous rapprocher de la pratique fondée sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale, toutefois, nous devons prendre en considération le besoin en matière de changement dans les secteurs connexes afin de pouvoir réaliser le potentiel de cet investissement. À cette fin, ce travail se concentre sur trois domaines connexes :

- (i) le transfert de connaissances;
- (ii) la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes;
- (iii) la préparation aux changements organisationnels et pratiques.

Essentiellement, nous croyons qu'il est insuffisant de construire la Cadillac des modèles de transfert de connaissances et de mise en oeuvre sans comprendre ce qui est requis pour préparer les organismes et les praticiens dans le domaine à recevoir et à mettre en oeuvre ces nouvelles connaissances. La meilleure façon de réussir les deux exige une enquête, des soins et de la planification.

Les équipes enquête du Hospital for Sick Children et du Louis de la Parte Florida Mental Health Institute/National Implementation Research Network ont combiné leur expertise et leurs bases de données fonctionnelles de documentation publiée et parallèle¹ sur le transfert de connaissances, la mise en oeuvre de PFDP et les changements organisationnels et pratiques. De plus, nous avons mené un sondage auprès des membres de SMEO au sujet de leur utilisation de résultats de recherche, de leur préparation face aux pratiques et aux changements organisationnels inhérents à l'adoption de nouvelles PFDP ainsi que leurs traitements fondés sur des données probantes (TFDP) actuels. Nous avons également consulté des experts nationaux et internationaux au sujet de la mise en oeuvre, du transfert

¹ Documentation parallèle est un terme utilisé pour décrire des produits de renseignement créés et distribués dans le but de disséminer des connaissances (des idées, des faits, des opinions) plutôt que d'être vendus pour profit. En pratique, et pour cette raison, la documentation parallèle peut également être définie comme des renseignements qui ne sont pas mis en marché et distribués par des organismes de publication. Le terme « parallèle » provient du fait que de tels renseignements ne sont pas annoncés et ne sont pas disponibles par l'intermédiaire de maisons d'édition et de librairies. Le terme « parallèle » ne désigne pas une qualification particulière; il ne s'agit que d'une caractérisation du mode de distribution.

de connaissances et les changements organisationnels dans le domaine des services de santé mentale pour enfants.

Ce rapport comprend l'étude de documentation publiée et parallèle sur la mise en oeuvre de PFDP et la base de preuves dans le domaine du transfert de connaissances. Les résultats d'un sondage auprès des directeurs généraux et du personnel clinique d'organismes membres de SMEO soulignent leurs pratiques en matière d'utilisation des résultats de recherche, les caractéristiques relativement à la préparation aux changements organisationnels et l'étendue à laquelle des TFDP précis sont utilisés partout en province. En dernier lieu, nous offrons des recommandations qui peuvent être mises à exécution et qui abordent les questions ou les besoins soulevés dans les données portant sur le travail futur que SMEO peut décider d'entreprendre afin de favoriser l'usage de PFDP au sein des services de santé mentale pour enfants en Ontario.

Chapitre 2
Étude de la documentation



Transfert de connaissances, science de la mise en oeuvre et préparation aux changements

Faits saillants

Transfert et échange de connaissances

- ☞ *Le transfert de renseignements fondés sur des données probantes aux praticiens nécessite une attention à quatre éléments critiques : la source, le contenu, la méthode et l'auditoire.*
- ☞ *Le transfert de nouvelles connaissances est plus réussi lorsqu'il y a, dès le début, la participation active de toutes les parties intéressées.*
- ☞ *Le transfert de connaissances est mieux réussi lorsqu'il est fait en face-à-face, favorisant la communication de connaissances tacites.*
- ☞ *La dissémination passive de renseignements n'est pas aussi efficace que les stratégies actives pour apporter des changements de pratique ou absorber des connaissances.*
- ☞ *Le transfert de connaissances fait partie d'un contexte plus large d'innovation et de changement.*
- ☞ *La direction, le pouvoir et l'autorité sont des éléments qui doivent être abordés dans le processus du transfert de connaissances.*

Changement organisationnel et de pratique

- ☞ *Les organismes peuvent favoriser des environnements qui sont propices au changement.*
- ☞ *La résistance au changement—de la part du système, de la direction et des praticiens—doit être reconnue et abordée.*
- ☞ *Le changement nécessite une « acceptation » et un engagement de la part d'une masse critique de personnes; le défi est de créer un « point de bascule »—le moment déterminant quand quelque chose d'unique devient commun.*
- ☞ *Le changement est complexe et nécessite de la planification et l'établissement de stratégies.*
- ☞ *L'évaluation de la préparation au changement est une partie intégrante du succès de la mise en oeuvre de connaissances et de l'adoption de nouvelles connaissances ou pratiques.*

Science de mise en oeuvre

- ☞ *La prestation de services de santé mentale pour enfants qui sont appuyés par des résultats de recherche constitue une importance priorité.*
- ☞ *La façon exacte de mettre en oeuvre une pratique fondée sur des données probantes, dans une variété de contextes et répondant aux besoins de multiples groupes de clients, est une science florissante qui nécessite des études plus approfondies.*
- ☞ *Il ne suffit pas de distiller les résultats de recherche en des lignes directrices pratiques et de rendre celles-ci disponibles pour créer un changement pratique.*
- ☞ *La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans tout domaine d'application doit émaner d'un effort coopératif; cette responsabilité revient aux systèmes de soins organisés (la province ou l'état), aux organismes fournisseurs de services, aux praticiens et aux consommateurs.*

- ☞ *La mise en oeuvre réussie d'un résultat de recherche dans la pratique nécessite l'établissement de stratégies à de multiples niveaux—les praticiens, l'organisme, le système, la nature du résultat de recherche et les méthodes de transfert et de mise en oeuvre.*
- ☞ *Une meilleure compréhension des attitudes des praticiens envers la pratique fondée sur des données probantes est requise afin d'aborder les questions de scepticisme, de défiance et de résistance.*
- ☞ *Les praticiens ont besoin d'un meilleur accès à la base de recherche (ressources de bibliothèque) ainsi qu'aux endroits où ils peuvent partager leurs connaissances tacites avec d'autres, y compris des scientifiques et des décisionnaires.*
- ☞ *Le pas vers une plus grande utilisation de pratiques fondées sur des données probantes au sein du système de santé mentale pour enfants exigera que les praticiens développent une capacité d'apprentissage à vie et de pratique réfléchie.*
- ☞ *La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes nécessitera un équilibre délicat entre la fidélité au traitement et la réinvention de l'environnement pratique.*

Introduction

Le besoin critique de transférer les recherches et les renseignements de ceux qui les génèrent aux utilisateurs potentiels, et de faire ceci en un format qui a une application directe et immédiate, a produit une quantité florissante de documentation dans le domaine du transfert de connaissances, de la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes et des changements organisationnels et de pratique. Ces trois secteurs font partie intégrante du processus qui consiste à faire le pont entre l'état actuel des preuves scientifiques et les soins courants au sein des pratiques.

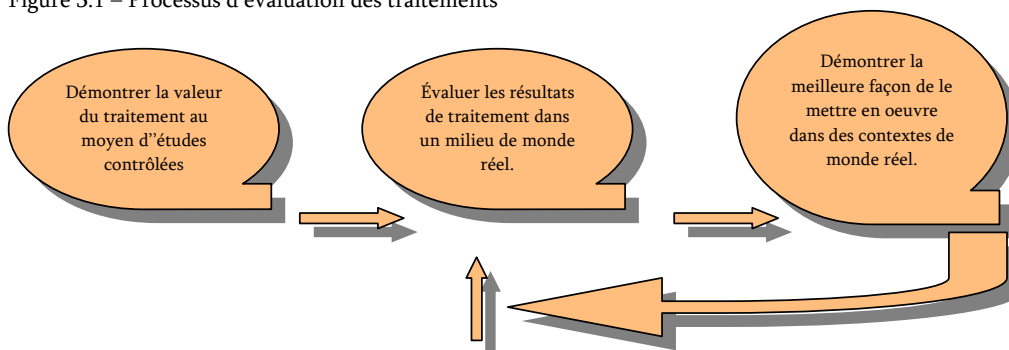
Les trois secteurs que nous étudions—le transfert de connaissances, la science de la mise en oeuvre et la préparation au changement—en sont à un stage relativement embryonnaire pour ce qui est de leur fondement sur des preuves cliniques. Les théories du changement, qu'il soit individuel ou organisationnel, peut être perçu comme étant le plus avancé relativement aux deux autres secteurs. La dernière décennie nous a enseigné que nous ne pouvons pas nous attendre à ce que la diffusion de PFDP soit automatique une fois qu'il existe des preuves fondées sur l'expérience relativement à des traitements ou des services particuliers. La diffusion ou la mise en oeuvre de pratiques fondées sur l'expérience constitue un secteur de recherche en soi, qui ne commence qu'à prendre son élan. La mise en oeuvre de PFDP dans le domaine des services de santé et de santé mentale pour les enfants, les jeunes et les adultes commence à peine à fait l'objet d'études systémiques, et il reste beaucoup de travail à faire afin d'avancer au-delà de la nature descriptive de la plus grande partie de la documentation existante. Bien que la documentation abondante nous renseigne sur les facteurs individuels et contextuels qui sont potentiellement pertinents au succès des efforts de mise en oeuvre, nous en savons peu au sujet des « ingrédients actifs »—ces facteurs qui sont susceptibles de prédire l'adoption d'une intervention ou d'un service—et ceux-ci dépendront probablement de la nature de la pratique et des caractéristiques des praticiens qui adoptent cette pratique. De plus amples recherches dans la mise en oeuvre et la diffusion d'innovations sont requises afin de cerner les facteurs importants dans ce processus. Dans le même ordre d'idée, de plus amples recherches sont requises afin de cerner les ingrédients actifs pour des interventions particulières afin que nous puissions les envisager comme traitements réinventés pour de nouveaux contextes, de nouvelles populations et de nouveaux environnements. Il est évident que ces deux éléments de recherche sont liés de très près.

Dans ce rapport, nous examinons ce qui est présentement connu au sujet de la mise en oeuvre des PFDP, tout en reconnaissant que, dans une large mesure, la base de preuves requise pour guider avec succès le transfert des PFDP n'est toujours pas complètement développée. Il est de plus en plus reconnu

que le processus d'évaluer de nouveaux traitements (voir la Figure 3.1) est en train d'évoluer en un processus itératif qui passe de la recherche de l'efficacité potentielle, à la recherche de l'efficacité réelle, à la recherche de la translation et à la recherche de la mise en oeuvre (Rosenheck, 2001).

Un des objectifs du projet était de mener un examen de la documentation qui cerne les meilleures pratiques et la meilleure base de preuves dans le transfert de connaissances, la mise en oeuvre et l'adoption de PFDP, ainsi que les changements organisationnels/de pratique dans le domaine des services de santé mentale pour enfants et dans les domaines connexes. La plus grande partie de la documentation sur ces sujets provient d'autres disciplines, y compris la gestion, la réadaptation, l'éducation, la sociologie, la psychologie, la médecine, l'administration des soins de santé, la technologie et le marketing. Au sein de ces disciplines, l'examen a puisé des renseignements de toute une gamme de secteurs, y compris la santé mentale des enfants et des adultes, la promotion de la santé, les soins infirmiers, les soins primaires et les affaires. L'examen est même allé au-delà de la documentation publiée pour inclure le travail important et pertinent de la documentation parallèle. Dans le but d'être à la fois complets et concis, les résultats thématiques tirés de l'examen de la

Figure 3.1 – Processus d'évaluation des traitements



documentation sont présentés ci-dessous à titre de messages principaux. Une bibliographie annotée de la documentation pertinente est fournie en annexe à ce rapport.

Méthodologie de recherche

Un des défis que représentait l'examen de la documentation dans ces secteurs reposait sur la terminologie utilisée.

Le transfert de renseignements...	Particulier aux PFDP...	Le processus de changement...
Transfert de connaissances	Déploiement	Gestion du changement
Translation des connaissances	Mise en oeuvre	Gestion des connaissances
Dissémination		Changement organisationnel
Utilisation des connaissances		Changement de pratique
Utilisation des recherches		
Diffusion des innovations		

Parfois, ces termes sont utilisés de façon interchangeable et, dans d'autres cas, il y a une distinction marquée les uns entre les autres. L'examen continu du travail effectué par l'équipe d'enquête au

Hospital for Sick Children comprenait une recherche de termes clés liés au transfert de connaissances, au changement organisationnel et à la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes au sein de multiples bases de données dans le système bibliothécaire de l'Université de Toronto. Pour ce qui est de la documentation publiée, la recherche dans les bases de données s'est limitée aux articles approuvés par des collègues publiés entre 1980 et 2004. Le travail pertinent puisé dans la documentation parallèle a été trouvé au moyen de recherche par mots clés dans les outils de recherche Google et Yahoo.

Le Louis de la Parte Florida Mental Health Institute à la University of South Florida s'est engagé à créer une base de données de référence liée à la science et à l'art de la mise en oeuvre, ainsi qu'à examiner les données et les structures de mises en oeuvre et à en faire la synthèse. Cet effort a jouté du soutien de la W.T. Grant Foundation. On a effectué une recherche dans la base de données de plus de 800 articles pour y trouver des références liées aux services de santé mentale pour enfants, au changement organisationnel et à la mise en oeuvre de lignes directrices et de pratiques dans d'autres domaines. D'autres disciplines (p. ex., la médecine, l'éducation) étaient incluses, en se basant sur l'hypothèse de travail qu'une grande partie de ce qui a été appris au sujet de la mise en oeuvre peut être généralisable dans toutes les disciplines.

Messages principaux tirés de la documentation—Transfert et échange des renseignements

L'intérêt plus marqué dans les stratégies innovatrices et efficaces pour le transfert de connaissances fondées sur des données probantes est reflété dans la quantité croissante de recherche effectuée sur le transfert et l'échange des connaissances. Le transfert de connaissances est un processus par lequel les renseignements pertinents sont rendus disponibles et accessibles aux décisionnaires pour les appliquer dans la pratique, dans la planification et dans la création de politiques (Institute for Work and Health, 2001). Non seulement survient-il à la fin d'un processus, d'un projet ou d'une étude de recherche, il est également actif tout au long de la vie d'un projet, du début à la fin. L'échange de connaissances se rapporte précisément au dialogue et à l'échange réciproques de renseignements entre les personnes qui génèrent les connaissances et celles qui les reçoivent et les utilisent, et il importe également tout au long de la vie d'un projet ou d'une étude de recherche. Ensemble, ces deux éléments servent à faciliter l'utilisation de la recherche dans la pratique. Selon Scullion (2002), la lacune actuelle entre les recherches et la pratique peut être liée à des manques dans ce processus, illustrant donc l'importance de comprendre et d'utiliser les stratégies de transfert et d'échange des connaissances les plus efficaces.

1. *Quatre éléments sont essentiels à toute stratégie de transfert de connaissances: la source, le contenu, le moyen et l'utilisateur.*

Une multitude de variables influent sur le processus de transfert et d'échange de connaissances, et l'efficacité potentielle de celles-ci n'a certes pas été étudiée suffisamment. Typiquement, toutefois, quatre éléments critiques sont considérés comme étant essentiels à l'efficacité de tout effort de transfert de connaissances. Les facteurs importants liés à la *source* des renseignements comprennent la compétence perçue de la source, la crédibilité de leur expérience et la raison pour laquelle les renseignements ont été produits, leur lien avec d'autres sources, et s'ils jouissent de la confiance du récipiendaire ou de l'utilisateur des renseignements. En ce qui a trait au *contenu* du message, les facteurs clés sont la crédibilité de la méthodologie et les résultats de la recherche, le rapport coûts/efficacité et le lien entre les résultats et les connaissances existantes. Un message qui est orienté vers des aspects positifs et axé sur des applications pratiques est également plus sujet à être plus facilement accepté. Afin d'être efficace, le *moyen* de transfert de connaissances ou la méthode de livraison doit être fiable, conforme à ce qui est connu au sujet de l'auditoire cible et avoir assez de capacité pour atteindre les utilisateurs visés. La recherche indique que la dissémination efficace des messages clés dépend de l'utilisation de multiples méthodes de transfert. La clarté et la belle présentation de la « trousse » de renseignements et le temps opportun sont également des considérations clés. Les stratégies de transfert de connaissances doivent être faites sur mesure pour l'*utilisateur ou l'auditoire*, et des stratégies précises peuvent s'avérer plus efficaces pour un groupe comparativement à un autre.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
Gerrish & Clayton, 2004
Scullion, 2002

2. *Il y a une reconnaissance accrue de l'importance de disséminer les résultats de recherche pour un auditoire plus vaste, et non simplement pour les autres chercheurs. Par conséquent, il y a un besoin d'éduquer les médias, le public, les praticiens ainsi que les responsables de l'établissement de politiques et les décisionnaires au sujet de l'importance des renseignements fondés sur des données probantes, et de fournir une formation dans les domaines des technologies de dissémination et des méthodes de recherche.*

Si la recherche est utilisée dans la pratique, alors son importance doit être communiquée aux utilisateurs potentiels. Souvent, les utilisateurs potentiels des connaissances de recherche ne sont pas liés aux personnes qui effectuent la recherche et, par conséquent, une lacune importante s'ensuit entre les connaissances de recherche et les comportements dans la pratique. Cette lacune est en partie attribuable au scepticisme des praticiens au sujet de la recherche en général, et plus précisément au sujet des traitements fondés sur des données probantes. Les attitudes négatives parmi les praticiens au sujet des thérapies fondées sur des données probantes peuvent être attribuables à un manque de connaissances au sujet de l'efficacité des traitements dans un milieu réel. Par conséquent, il est important d'examiner la transportabilité des traitements avant que la dissémination ne survienne afin de garantir la crédibilité à l'avenir. Ces lacunes soulignent le besoin pour l'établissement continu de liens entre les chercheurs et les autres parties intéressées clés au sein du système qui ont le potentiel de s'assurer que les décisions sont prises en fonction des preuves et que les praticiens sont réceptifs à l'utilisation de programmes et de traitements fondés sur des données probantes. En refermant la collaboration pratique-recherche et le golfe de recherche, nous pouvons tirer profit des forces de ces deux entités.

Addis, 2002
Barlow, Levitt, et al., 1999
Charles, Shalm, & Semradek, 1994
Hazel & Onega, 2003
Schoenwald & Hoagwood, 2001
Sherrod, 1999
Weisz, Chu, & Polo, 2004

3. *L'assimilation de connaissances s'améliore au moyen d'approches participatives qui prennent en considération les besoins et les préférences de toutes les parties intéressées.*

L'inclusion des décisionnaires dans la formulation et la conduite est le meilleur indicateur prévisionnel pour l'application des connaissances de recherche. L'inclusion dès le début permet de surmonter le défi de rassembler « tout le monde sur la même longueur d'onde en définissant précisément quels problèmes du monde réel doivent être abordés et nécessite que les participants fassent leur part afin de faciliter le processus de collaboration créative. En réalité, les partenariats nécessitent un travail ardu et du temps, mais ils en valent la peine. De plus, l'inclusion de la recherche et des chercheurs dans l'établissement de politiques et la prise de décision peut faciliter la résolution de conflits et également rendre plus probable la réalisation de consensus dans les secteurs où la recherche est disponible. Les stratégies efficaces de transfert de connaissances exigent que l'on puise le plus possible dans les ressources, les liens et les réseaux existants, tout en créant de nouvelles ressources selon les besoins des utilisateurs. Les approches participatives offrent un modèle dans lequel les chercheurs et les consommateurs participent directement au processus de la création, la dissémination, l'adoption et l'utilisation de connaissances. Par exemple, lorsqu'on offre aux partenaires communautaires l'occasion d'étudier les processus et la documentation (p. ex., les publications, les manuscrits) et de fournir une rétroaction, cela donne place à une dissémination utile et vaste et augmente les chances que l'assimilation de renseignements se produise. La recherche au sein des conseils de planification communautaires, des coalitions communautaires et des initiatives de planification préventive démontre que l'appartenance locale et la préparation d'une communauté, tant en terme d'attitude et que de capacité organisationnelle, doivent exister pour que des efforts d'évaluation, de planification et de surveillance puissent réussir.

Non seulement les communautés doivent-elles recevoir une formation sur la façon d'utiliser de nouveaux outils et d'appliquer de nouvelles données d'évaluation, elles doivent également recevoir l'aide technique qui peut les aider à élaborer et à mettre en oeuvre leur système intégral et, ce qui est tout aussi important, soutenir un système en l'absence ultérieure des chercheurs et du financement. L'assimilation de connaissances s'améliore au moyen d'approches participatives qui prennent en considération les besoins et les préférences de toutes les parties intéressées. Il y aura une plus grande acceptation si on demande aux parties intéressées, « que croyez-vous devoir savoir, ou quelles sont les questions qui vous donnent du fil à retordre présentement? » avant de leur dire, « voici les renseignements que vous devriez connaître, et voici ce que vous devriez faire dans la pratique. »

Arthur & Blitz, 2000
Babor & Higgins-Biddle, 2000
Beutler, Williams, et al., 1993
Butterfoss, Goodman, Wandersman, et al., 1996
Dal Santo, Goldberg, et al., 2002
Fox, 2003
Green & Johnson, 1996
Greenberg, Babinski, et al., 1999
Haynes & Donald, 1998
Hazel & Onega, 2003
Kelly, Somlai, DiFranceisco, et al., 2000
King, Hawe, & Wise, 1998
Landry, Lamari, et al., 2001
Lee & Garvin, 2003
Lomas, 2000
Reback, Cohen, et al., 2002
Sanstad, Stall, Goldstein, et al., 1999
Wandersman, Morrissy, Davino, et al., 1998
Westbrook & Boethel, 1997

4. *La rencontre un à un s'avère continuellement la façon la plus efficace de transférer des connaissances.*

Le fait forger des liens face à face qui sont maintenus sur une période prolongée est critique au succès du transfert de connaissances. Ces rencontres sont conseillées non seulement pour les chercheurs et les décisionnaires, mais également entre les chercheurs et les praticiens, les médias et les consommateurs. Les échanges en face-à-face entre ces parties intéressées et ces chercheurs clés donnent place à la nuances et au dialogue, l'établissement de relations de confiance et le partage de connaissances tacites—les choses que nous savons de par notre expérience sont difficiles à relater en détails. Ces liens en face-à-face offrent un cheminement vers l'expertise de plus d'une personne, à mesure qu'ils deviennent un point de passage vers de plus grandes connaissances en matière de recherche, de pratique ou de la communauté décisionnaire.

Landry, Lamari, et al., 2001
Lee & Garvin, 2003
Lomas, 2000
Waddell, 2001

5. *La dissémination passive des renseignements est généralement inefficace dans le changement des pratiques.*

Les examens systématiques démontrent que les stratégies passives de dissémination des renseignements (par exemple, les publications spécialisées, la documentation sur papier et les conférences ou ateliers didactiques) sont généralement inefficaces dans le transfert de

connaissances et, tout au plus, ne produisent qu'un niveau négligeable de changement dans la pratique. Néanmoins, ces approches passives représentent la documentation à jour du monde universitaire, des ordres professionnels et des organismes de soins de santé. Les approches de flux unidirectionnel de renseignements sur papier et de dissémination mécanique traditionnelle ont été largement inefficaces pour encourager l'adoption de nouvelles connaissances de recherche et la mise en oeuvre de nouveaux programmes et de nouvelles stratégies. Le simple fait de fournir des renseignements de qualité et fondés sur des données probantes ne suffit pas pour changer un comportement. L'usage de stratégies actives, et même interactives, pour mettre en oeuvre des recommandations fondées sur des données probantes semble nécessaire pour garantir des changements dans la pratique, et les études démontrent que de plus amples efforts pour modifier les pratiques remportent généralement plus de succès. Par exemple, les interventions comme les séances interactives d'éducation permanente où le personnel clinique peut s'exercer à des compétences qu'il a apprises semblent plus efficaces et peut mieux influencer sur les résultats en matière de soins de santé. Les visites d'approche éducative, lorsqu'elles sont combinées à un marketing social, semblent également constituer une approche prometteuse pour modifier le comportement des professionnels des soins de santé. La participation personnelle entre l'équipe de recherche et les utilisateurs cibles permet non seulement de garantir l'assimilation active de renseignements, mais également d'aider à maintenir l'intégrité de la pratique. Lorsqu'il est combiné à des stratégies plus actives, l'usage de leaders d'opinion très respectés s'est avéré plus efficace dans le changement des comportements.

Azocar, Cuffel, Goldman, et al., 2001
Bero, Grilli, Grimshaw, et al., 1998
Lavis, Robertson, et al., 2003
Lerner, Fisher, et al., 2000
O'Brien, Oxman, et al., 2004
Scullion, 2002
Waddell, 2001
Westbrook & Boethel, 1997
Wilkes, 1997

6. *Le transfert de connaissances efficace dépend de l'utilisation de stratégies multiples plutôt que de stratégies individuelles pour communiquer les renseignements clés d'une façon qui prend en considération les besoins et les préférences des publics cibles. Les interventions qui se sont montrées continuellement efficaces pour favoriser le transfert de connaissances comprennent les visites d'approche éducative, les rappels, les interventions à facettes multiples (en combinaison) et les réunions d'éducation interactive.*

Puisqu'aucune méthode de transfert de connaissances sera efficace dans toutes les situations, il existe une variété de moyens pour susciter l'engagement de divers groupes d'utilisateurs. Les publics cibles et les messages qui doivent être transmis modèlent généralement les méthodes utilisées pour l'interaction avec les utilisateurs potentiels. Les renseignements devraient être rapidement et facilement utilisables, dans un format que les praticiens peuvent facilement comprendre, dans les limites de leur pratique. Il a été dit que, pour maximiser l'assimilation de connaissances, diverses stratégies devraient être développées. Celles-ci devraient comprendre des dépliants de groupes communautaires et du public, des rapports techniques et d'autres publications, des sites Web dotés de modules d'apprentissage interactif ou des séminaires interactifs. Le défi repose sur le maintien de l'intégrité tout en générant l'intérêt du public.

Bero, Grilli, Grimshaw, et al., 1998
Freemantle & Watt, 1994
Gerrish & Clayton, 2004
O'Brien, Oxman, et al., 2004

Ollendick & Davis, 2004
Robinson, 2002
Scullion, 2002
Weingardt, 2004

7. *Le transfert de connaissances appartient au contexte plus large de l'innovation et du changement.*

Le transfert de connaissances appartient au contexte plus large de l'innovation et du changement organisationnel. Ce cycle comprend des étapes d'innovation (invention et production d'un programme innovateur), d'évaluation (détermination de son impact, du rapport coût/efficacité, de l'absence d'effets indésirables), de communication (le faire connaître auprès des utilisateurs potentiels), de la dissémination (stratégies actives qui sont axées sur l'adoption et la participation de l'utilisateur potentiel), la création de capacités (aider les organismes à se renforcer de façon à devenir plus fertiles pour la mise en oeuvre d'innovations), et du changement (le véritable résultat final—l'utilisation de l'innovation dans le but d'améliorer les services et les communautés).

Backer, 2000
Morrissey, Wandersman, Seybolt, et al., 1997

8. *Le succès du transfert de connaissances dans l'innovation et les changements organisationnels exige que l'on aborde les questions de pouvoir ou d'autorité pour la mise en oeuvre de nouvelles connaissances.*

La notion du pouvoir commence à être abordée dans la documentation qui traite du transfert de connaissances et des changements organisationnels. Il a été avancé que le pouvoir est une composante critique de l'assimilation de connaissances. Le travail en matière de transfert de connaissances dans le domaine des soins infirmiers indique que nous devons examiner les écarts de pouvoir entre les organismes gouvernementaux, les centres scientifiques et les travailleurs des soins de santé. Le manque d'autorité pour mettre en oeuvre le changement au sein des organismes de soins de santé a été cerné comme obstacle attribuable à la direction et à la gestion de l'amélioration de la qualité dans la pratique des soins de santé. D'autres ont avancé que les dirigeants manquent d'utiliser leur poste et leur autorité organisationnelle pour influencer l'usage de la recherche dans la pratique. Cela, en revanche, est probablement attribuable aux attitudes des gestionnaires et des dirigeants organisationnels envers la recherche.

Gordon, 2001
Marshall, 1999
Omery & Williams, 1999
Traynor, 1999

Pour résumer, la documentation indique que toutes les stratégies de transfert de connaissances fonctionnent au moins dans certaines situations, mais aucune ne fonctionne dans tous les cas ou selon tous les contextes. L'utilisation de multiples stratégies semble plus efficace que l'utilisation d'une seule d'entre elles, et les stratégies qui sont les plus près de l'utilisateur potentiel et qui sont intégrées dans le processus de la prestation de soins ont tendance à être plus efficaces. L'approche la plus efficace pour la mise en oeuvre de résultats de recherche repose probablement sur la création sur mesure de stratégies de transfert de connaissances en fonction des obstacles et aux soutiens importants décelés au sein de chaque contexte (Logan & Graham 1998).

Messages principaux de la documentation—Changements organisationnels et de pratique

Dans nos efforts pour combler la lacune entre les résultats scientifiques et la pratique, il nous faut avoir une compréhension approfondie du processus du changement ainsi que des obstacles et incitatifs au changement dans la pratique. Malgré une reconnaissance croissante de l'importance accordée à cette question, il y a peu de preuves pour appuyer la valeur de diverses théories et de divers modèles de changement. Les études sur l'efficacité des différentes stratégies pour la modification des pratiques indiquent qu'il n'y a pas de « formule magique » pour garantir le changement. Il s'agit d'un processus influencé par l'interaction complexe de facteurs internes et externes. Bien qu'il soit difficile de mettre en oeuvre des changements dans tout organisme ou toute pratique, c'est particulièrement le cas pour les bureaucraties professionnelles comme les centres de santé, les hôpitaux et les universités, où des professionnels élités et autonomes ont en grande partie le contrôle des processus centraux. Souvent, leurs modèles bien ancrés de croyance et de comportement peuvent nuire à leur volonté de changer. Voilà pourquoi, au sein de la documentation en matière de changement organisationnel, le concept de la « préparation au changement » gagne de plus en plus d'attention. La préparation au changement se rapporte à la dispersion des personnes, des organismes et des communautés relativement à l'intérêt, à la volonté et à la capacité d'acquiescer et d'adopter de nouvelles connaissances.

1. *Les organismes peuvent créer des environnements qui favorisent la préparation au changement.*

Le changement organisationnel efficace peut être grandement favorisé par la création d'une culture organisationnelle qui permet aux personnes de travailler d'une façon productive et personnellement enrichissante, et qui les motive à cet égard. Cela peut vouloir dire d'offrir aux employés des occasions de développer des compétences en direction et en gestion, ainsi que de leur laisser la liberté de penser, d'organiser et de planifier eux-mêmes. Les emplois actifs où les travailleurs jouissent d'une grande liberté de prise de décision et de contrôle relativement aux tâches difficiles aident ceux-ci à se préparer pour l'initiation du changement ou la contribution à celui-ci. Un environnement où les personnes peuvent exprimer leurs opinions et où l'apprentissage est encouragé et les échecs initiaux sont récompensés plutôt que punis aide à surmonter la crainte du changement. Le fait d'inclure la participation active des personnes dans le processus de changement organisationnel en réduisant les obstacles à la participation, en créant des stratégies de résolution de problèmes, et en améliorant la perception des travailleurs de leurs aptitudes à composer avec le changement (auto-efficacité potentielle) devrait améliorer leur engagement envers les nouveaux concepts et réduira le stress du changement organisationnel.

Allen, 2002
Baulcomb, 2003
Cunningham, Woodward, et al., 2002
De Jager, 2001

2. *Une direction efficace qui favorise la communication ouverte et honnête peut grandement influencer sur le processus de changement.*

Les dirigeants de tous les niveaux—y compris les cadres supérieurs et intermédiaires, les cadres subalternes et les « champions » désignés—peuvent grandement influencer sur le processus de changement. Pour être efficaces, ils nécessitent tous une vision, une stratégie, la capacité de développer une culture au moyen de valeurs solides communes qui appuient le changement ainsi que la capacité d'habiliter, de motiver et d'édifier les personnes qui participent au changement ou qui en sont touchés. Lorsque la direction est activement harmonisée aux

besoins de l'organisme, il est plus probable que le changement sera mis en oeuvre d'une façon qui incitera les dirigés à l'accepter. Les personnes clés et les personnes responsables de la création de politiques doivent s'intéresser au changement et s'engager envers sa réalisation. La motivation des influenceurs libère les organismes de devoir motiver tout le monde, puisque l'effet se frayera éventuellement un chemin vers le bas et, à la fin, tout le monde est touché. Les cadres intermédiaires peuvent jouer un rôle vital particulier dans la création et le maintien du changement. Les organismes doivent développer leurs capacités et puiser dans celles-ci, minimiser leurs contraintes, et appuyer et reconnaître leurs efforts. Les dirigeants doivent également cerner et soutenir les champions potentiels qui peuvent aider à initier et maintenir le processus de changement à tous les niveaux de l'organisme. Afin de mobiliser et motiver les employés, une confiance doit exister au moyen d'une communication ouverte et honnête. Les personnes sont plus réceptives au changement quand la raison d'être du changement est bien expliquée, opportune, accessible et communiquée clairement.

Allen, 2002
Gill, 2003
Howell & Higgins, 1990
Jimmieson, Terry, et al., 2004
Kim & Mauborgne, 2003
Nemeth, 2003
Stewart & Kringas, 2003
White, 2004

3. *La résistance au changement est un obstacle important qui doit être compris et abordé.*

Le processus du changement peut causer un grand stress émotionnel. On l'a comparé au processus de la mort et au décès, car il peut occasionner un délogement de l'identité, suivi d'un deuil. Il est essentiel d'aborder la résistance au changement pour qu'un changement survienne, surtout parmi les professionnels et les praticiens autonomes. La résistance provient habituellement de la perception qu'un changement n'est pas requis et également de la peur de l'inconnu. Étant donné que la résistance au changement sert souvent la fonction légitime d'éviter les changements inutiles, il peut être abordé au moyen d'explications raisonnables et de la participation des personnes dans les processus de prise de décisions et de mise en oeuvre. Quand il n'y a pas de participation dans ces processus, les personnes ont l'impression que le changement leur est imposé. La pression coercitive face à la résistance permettra de mettre en oeuvre le changement, mais elle ne le soutiendra pas. Les sentiments d'anxiété et d'alerte causés par le changement peuvent entraîner toute une gamme de tactiques d'évitement, comme l'obstruction et l'évitement. Les organismes doivent trouver des moyens de gérer les émotions inévitablement causées par le changement, et cela peut comprendre de demander aux dirigeants d'agir et de parler au nom du groupe, et d'organiser des réunions ou des rencontres sociales où les employés ont l'occasion d'exprimer leurs sentiments et d'obtenir un soutien émotionnel.

Amis, Slack, & Hinings, 2002
Baulcomb, 2003
Carr, 2001
De Jager, 2001
French, 2001
Zell, 2003

4. *Le changement durable et efficace nécessite des valeurs et des croyances congruentes ainsi que la coopération et la participation de toute l'équipe.*

Les valeurs au sein d'un organisme sont définies comme étant les croyances d'une personne ou d'un groupe à l'égard du « moyen justifiant la fin » cerné qu'un organisme devrait trouver dans son fonctionnement. Les réactions au changement dépendent largement de la mesure à laquelle les valeurs des personnes au sein d'un organisme coïncident avec les changements proposés. Pour qu'un changement soit réussi, les dirigeants doivent faire le lien entre la satisfaction des valeurs des membres et les buts visés par l'organisme. Outre les valeurs et les croyances communes, il est nécessaire d'avoir l'entière participation de toute l'équipe dans le processus de changement pour que le changement soit durable. Afin de favoriser cette cohésion, des initiatives de changement devraient être planifiées selon les concepts de l'alliance. D'autres stratégies comprennent l'éducation, la responsabilité partagée, le rôle de négociateur/animateur ainsi qu'un respect et une reconnaissance à l'égard des connaissances de toutes les parties. Une fois que les croyances et les énergies d'une masse critique de personnes sont consacrées à une nouvelle idée, l'incitation au changement peut se propager dans tout l'organisme.

Amis, Slack, & Hinings, 2002
Baulcomb, 2003
Bruhn, 2004
Gill, 2003
Heracleous, 2001
Kim & Mauborgne, 2003
Mackert, 2001
Muchinsky, 2004

5. *Le changement est un processus complexe qui doit être abordé prudemment, au moyen d'une planification et de l'établissement de stratégies.*

La planification du changement organisationnel et de pratique doit tenir compte de la nature de l'innovation ou des nouvelles connaissances, des caractéristiques des personnes touchées ainsi que les contextes social, organisationnel, économique et politique. Les obstacles potentiels à divers niveaux doivent être abordés. Si une réflexion stratégique suffisante n'est pas accordée à la communication du raisonnement, des progrès et de l'impact du changement, les changements organisationnels peuvent ne pas se concrétiser. Le point de mire de la stratégie devrait comprendre une considération particulière pour la préparation au changement des groupes cibles et de l'organisme. Le fait d'institutionnaliser un changement, de façon à ce qu'il devienne une partie intégrante d'une pratique ou du fonctionnement organisationnel, signifie qu'il doit être inclus dans ses plans stratégiques, ses descriptions de tâches et ses budgets. Les stratégies qui consistent à aborder les variables de la résistance devraient également faire partie de l'exécution du plan de mise en oeuvre.

Cockburn, 2004
Klein, 1996
Nemeth, 2003
Trader-Leigh, 2002

6. *L'évaluation de la préparation au changement est essentielle à l'élaboration de stratégies pour initier et maintenir le changement organisationnel et de pratique.*

La préparation au changement se rapporte à l'intérêt, à la volonté et à la capacité d'une personne, d'un organisme ou d'une communauté à recevoir, à mettre en oeuvre et à adopter de nouvelles connaissances. Elle est conçue dans la documentation comme étant un processus de stades que les personnes traversent : la précontemplation, la contemplation, la décision, le changement actif et le maintien. Il est important de cerner et de comprendre le degré de préparation au changement d'une personne ou d'un groupe parce que cela permet à l'agent

de changement » d'individualiser les renseignements et le soutien en fonction du stade visé de la préparation des participants. Le déplacement d'un stade à un autre peut également être perçu comme étant un processus d'équilibre décisionnel, dans lequel les risques prévus du changement sont comparés aux bienfaits du changement. Par conséquent, les perceptions du personnel à l'égard des éléments de risque doivent être abordées lorsqu'elles influent sur le degré de préparation des membres. Ce n'est que lorsque les personnes au sein d'un organisme sont prêtes au changement que les interventions peuvent être efficaces à long terme. La réalisation et le maintien de capacités en matière de préparation au changement exigent la culture d'une main d'œuvre hautement qualifiée, responsabilisée et pleine d'énergie.

Chilvers, Harrison, et al., 2002
Cockburn, 2004
Cunningham, Woodward, et al., 2002
Iskat & Liebowitz, 2003
Jumper-Thurman, Edwards, et al., (In press)
Madsen, 2003
Oetting, Donnermeyer, et al., 1995

Théories du changement et science de la mise en oeuvre

La science de la mise en oeuvre est définie comme l'étude scientifique des méthodes visant à favoriser l'assimilation des résultats de recherche dans le but d'améliorer la qualité des soins (Foy, Eccles, & Grimshaw, 2001). Elle comprend l'étude des facteurs qui influent sur le comportement des professionnels de la santé et les organismes, ainsi que les interventions qui leur permettent d'utiliser les résultats de recherche plus efficacement. Les personnes qui participent à la science de la mise en oeuvre perçoivent la création d'interventions efficaces pour l'amélioration de la qualité comme étant un mécanisme par lequel nous pouvons réduire l'écart entre la recherche et la pratique.

Plusieurs théories et structures psychologiques nous permettent de mieux comprendre la mise en oeuvre (Ferlie & Shortell, 2001; McDonald, Graham, & Grimshaw, 2004). Ces théories du changement ont été élaborées à partir de diverses perspectives —la psychologie, la sociologie, le marketing, l'éducation et le comportement organisationnel, entre autres—et abordent des façons de changer le comportement des patients, des organismes et des praticiens. Les éléments clés de plusieurs de ces théories et les messages principaux tirés de la documentation sur la mise en oeuvre sont présentés ci-dessous en un bref sommaire.

1. Théorie de la diffusion de l'innovation (Rogers, 2003)

La théorie de Rogers décrit le processus d'innovation-décision et la façon à laquelle les perceptions des adeptes potentiels à l'égard des attributs ou des caractéristiques d'une innovation influent sur la diffusion de celle-ci. Le processus d'innovation-décision consiste en cinq stades que les adeptes potentiels traversent à mesure qu'ils décident d'adopter une innovation :

- (i) connaissances – devenir conscient de l'innovation;
- (ii) persuasion – développer des attitudes positives au sujet de l'innovation;
- (iii) décision – prendre la décision d'adopter l'innovation;
- (iv) mise en oeuvre –utiliser l'innovation;
- (v) confirmation – continuer d'utiliser l'intervention, adapter l'innovation ou l'abandonner.

Selon Rogers, les innovations sont adoptées plus rapidement lorsqu'elles sont : compatibles aux valeurs, aux croyances et aux façons d'agir actuelles; sont perçues comme étant plus avantageuses que la pratique actuelle (avantage relatif); sont faciles à utiliser (faible complexité); sont utilisées par d'autres (observabilité); et peuvent être mises à l'épreuve avant qu'une décision ne soit prise pour l'adopter (possibilité de mise à l'essai).

Selon Rogers, les adeptes potentiels peuvent être catégorisés en cinq types, définis en termes de statistiques par un nombre ou d'écart-types (ET) du temps moyen d'adoption. La classification est quelque peu artificielle, cependant ces étiquetages sont entrés dans l'usage conventionnel et se sont montrés utiles comme modèles de variation dans l'adoption de comportements.

Innovateurs – (par définition, ≥ 2 ET plus rapides que le taux moyen d'adoption, ou environ 2,5 % des participants). Le groupe d'adeptes le plus rapide, ils se démarquent des autres en raison de leur sens de l'aventure, leur tolérance au risque et leur fascination avec les nouveautés. Du côté social, ils ont tendance à être quelque peu en retrait. Ils ne sont pas des leaders d'opinion et sont perçus comme étant plutôt imprudents.

Adeptes précoces – (1 à 2 ET plus rapides à l'adoption que le taux moyen, ou 13,5 %). Ils sont les leaders d'opinion, bien branchés et respectés localement. Les adeptes précoces sont surveillés des autres, et c'est un facteur critique dans la dynamique de la mise en oeuvre et du transfert.

Majorité précoce – (0–1 ET plus rapides que le taux moyen, ou 34 %). Les membres de ce groupe sont des observateurs volontaires et locaux qui ont surveillé les adeptes précoces. Ils apprennent surtout des personnes qu'ils connaissent bien, et ils se fient davantage sur la familiarité personnelle que sur la science et la théorie avant de décider de mettre un changement à l'épreuve. Dans le domaine des soins de santé, ils sont surtout des praticiens qui sont prêts à essayer de nouvelles innovations qui répondent à leurs besoins immédiats plutôt que celles qui sont simplement intéressantes.

Majorité tardive – (0–1 ET au-dessus du taux moyen). Les membres de ce groupe représentent un autre tiers de la population, et ils sont plus sceptiques et conservateurs. Ils se fient sur la majorité précoce alors que celle-ci essaie l'innovation, et ne l'adopteront que lorsqu'il devient apparent qu'elle constitue le nouveau status quo ou la norme de pratique.

Retardataires – (1 ET ou plus au-dessus du taux moyen). Ceux-ci sont les plus lents à adopter un changement, ils sont socialement isolés et traditionalistes. Ils sont des praticiens qui adhèrent à ce qui a été essayé et à ce qui est réel, et persistent dans une approche traditionnelle à la prestation de soins.

2. *Modèle Précéder-Procéder* (Green, Kreuter, et al., 1980, 1991)

Ce modèle capte les étapes qui précèdent une intervention et propose des façons de procéder relativement à sa mise en oeuvre et à l'évaluation subséquente de son impact. Au cours des stades « Précéder », celui qui effectue la mise en oeuvre précise le problème et ensuite cerne les facteurs qui y contribuent. Ces facteurs sont catégorisés théoriquement comme étant des facteurs de prédisposition, de complicité ou de renforcement, et ils sont ensuite classés selon leur importance et leur susceptibilité au changement. Les facteurs de prédisposition comprennent les attitudes, les croyances et les perceptions, qui offrent toutes l'incitation au changement. Les facteurs de complicité comprennent les ressources, les installations et les compétences qui doivent être présentes pour qu'un changement survienne réellement. Les facteurs de renforcement comprennent les récompenses ou les incitatifs, comme la rétroaction positive, qui encouragent le changement. Les stades « Précéder » clés sont la mise en oeuvre et l'évaluation de l'intervention. Le stade de l'évaluation examine le degré auquel la pratique a été mise en oeuvre et les effets de l'intervention sur le changement de comportement, et sur les facteurs de prédisposition, de complicité et de renforcement.

3. *Marketing social* (Andreasen, 1995)

Le marketing social a été principalement axé sur les efforts pour apporter des changements de comportement en matière de santé au niveau de la communauté, mais il a également été utilisé comme fondement pour d'autres techniques de gestion de la qualité. Il s'agit d'un modèle de planification qui consiste en plusieurs stades : la planification et la stratégie (le dialogue avec les parties intéressées clés et l'évaluation des ressources disponibles); le choix de la documentation et des canaux pertinents aux interventions (concevoir sur mesure les messages et les méthodes de distribution selon les publics cibles visés); et finalement, la mise en oeuvre, l'évaluation et la rétroaction, après quoi l'intervention peut être mise au point (McDonald, Graham, & Grimshaw, 2004). La formation permanente des professionnels est une forme de marketing social (Soumerai & Avorn, 1990) où les personnes responsables de la mise en oeuvre dirigent des entrevues dans le but d'évaluer les connaissances et mobiles de base pour la pratique actuelle; les programmes sont axés sur des catégories précises de médecins et de leaders d'opinion; les objectifs en matière d'éducation et de comportement sont clairement définis; la crédibilité est établie par le biais d'une identité organisationnelle respectée; les deux côtés des questions controversées sont présentés; la participation active du praticien dans les interactions éducatives est stimulée; les messages principaux essentiels sont soulignés et répétés; et les incitatifs et le renforcement positif pour des pratiques améliorées sont fournis au fil du temps.

4. *Groupes d'influence et règles de la dissémination de Berwick* (Berwick, 2003)

La théorie de Berwick explore trois groupes d'influence qui agissent sur le taux de diffusion d'innovations au sein d'un organisme : les perceptions de l'innovation, les caractéristiques des personnes qui adopteront peut-être le changement, et les facteurs contextuels et de gestion au sein d'un organisme.

Les perceptions d'une innovation prédisent de 49 % à 87 % de la variance dans le taux de propagation (Rogers, 2003). Berwick est de l'avis que les changements se propagent plus rapidement lorsqu'ils ont cinq attributs précis :

- (i) les bienfaits perçus du changement – les personnes ont davantage tendance à adopter une innovation si elles croient que celle-ci peut les aider;
- (ii) pour être diffusée rapidement, une innovation doit être compatible avec les valeurs, les croyances, les antécédents et les besoins actuels des personnes;
- (iii) les innovations simples se propagent plus rapidement que les innovations compliquées – les innovations résistent plus aux modifications que ne l'imaginent les inventeurs, et l'adaptation locale ou la « réinvention » est presque une propriété universelle de toute dissémination réussie;
- (iv) possibilité de mise à l'essai – qu'un adepte potentiel puisse ou non mettre à l'essai l'innovation à petite échelle sans la mettre en oeuvre complètement dès le début; et
- (v) observabilité – la facilité à laquelle les adeptes potentiels peuvent observer d'autres mettre le changement à l'essai avant eux.

Les caractéristiques des adeptes potentiels influent également sur la propagation d'innovations. Ces caractéristiques sont celles qui sont cernées par Rogers (2003) et sont décrites ci-dessus.

Un troisième groupe d'influences sur la vitesse de transfert d'innovations se rapporte aux *facteurs contextuels ou de gestion au sein d'un organisme ou d'un système social* qui encourage et soutient, ou décourage et empêche, le processus de transmission. Par exemple, puisque la majorité précoce a

tendance à en apprendre davantage au sujet des innovations au moyen d'interactions locales et sociales avec les adeptes précoces, les organismes qui favorisent de tels échanges sociaux peuvent remarquer une dissémination plus rapide des changements que les organismes qui sont plus isolés. En Ontario, ce fait a été actualisé par le développement de communautés de pratiques dans chacune des neuf régions de l'Ontario, où des praticiens locaux peuvent se réunir pour discuter de l'utilisation d'outils autorisés pour l'assimilation et l'évaluation des résultats (Barwick, Boydell, & Omlin, 2002).

Bien que les règles de Berwick ne constituent pas un « modèle » réel, il a proposé une série de sept « règles » pour traduire la recherche dans la pratique. Ces règles sont examinées dans la section Passer à l'action, à la page 120.

5. *Modèle d'utilisation de la recherche en matière de santé d'Ottawa* (Logan & Graham, 1998)

Le Modèle d'utilisation de la recherche en matière de santé d'Ottawa consiste en six éléments clés qui sont liés les uns aux autres par le processus de l'évaluation. Les éléments abordent ce qui est considéré comme étant les composantes centrales du processus de l'utilisation de la recherche, y compris :

- (i) l'environnement de pratique;
- (ii) les adeptes potentiels;
- (iii) l'innovation fondée sur des données probantes;
- (iv) les stratégies de transfert de la preuve dans la pratique;
- (v) l'utilisation de la preuve;
- (vi) les résultats du processus liés à la santé ou autres résultats.

Une partie intégrante du Modèle d'utilisation de la recherche en matière de santé d'Ottawa est l'évaluation, la surveillance, l'évaluation systématiques des efforts de transfert.

6. *Modèle communautaire de préparation au changement* (Oetting et al., 2001)

Le modèle communautaire de préparation au changement est un outil pratique pour la mise en oeuvre de changements dans le domaine des services de santé communautaires. Il offre des méthodes d'évaluation, de diagnostic et de changement communautaire. Le modèle est fondé sur le principe qu'il existe une hiérarchie de stades de préparation communautaire au changement qui sont mesurables au moyen d'une échelle de préparation communautaire. Les auteurs soulignent que le changement est difficile pour diverses raisons : les ressources varient, les climats politiques changent, les personnes reçoivent une formation insuffisante ou se lassent d'attendre les résultats, les fonds s'épuisent, la frustration monte, l'intérêt se dissipe, etc. Ils indiquent astucieusement que les communautés sont fluides—en évolution, en adaptation et en croissance constante—et elles sont prêtes pour des choses différentes à des moments très différents.

Afin d'aborder les façons de mesurer le niveau de préparation au changement d'une communauté, le Tri-Ethnic Centre for Prevention Research à la Colorado State University a créé le modèle théorique de préparation communautaire. Le modèle a été initialement créé pour les programmes de prévention de la toxicomanie, et a depuis été appliqué à une gamme vaste et variée de programmes de prévention. Cette théorie offre des méthodes pour l'évaluation, le diagnostic et le changement communautaires. Premièrement, les informateurs communautaires clés sont appelés à répondre à des questions semi-structurées qui fournissent des renseignements au sujet de ce qui se passe dans la communauté relativement à un problème précis. Les résultats permettent d'évaluer la préparation pour composer avec ce problème sur six dimensions : les efforts existants, les connaissances au sujet du problème, les

connaissances au sujet des autres méthodes ou politiques, la direction, les ressources et le climat communautaire.

Le résultat final est un diagnostic du stade général de préparation communautaire. Il y a neuf stades :

- (i) *tolérance* ou *aucune sensibilisation* – la communauté ou les dirigeants ne reconnaissent pas la question;
- (ii) *déni* – il y a peu de reconnaissance ou une croyance que la question ne s'applique pas à eux;
- (iii) *vague sensibilisation* – il y a la reconnaissance du besoin mais aucune motivation de faire quoi que ce soit; il n'y a pas de direction identifiable, ou la direction manque d'énergie ou de motivation;
- (iv) *planification préliminaire* – il y a une reconnaissance de la question et du besoin d'intervenir; il y a une direction identifiable mais les efforts ne sont pas axés ou détaillés; il y a de la discussion mais aucune planification réelle;
- (v) *préparation* – la planification est continue et est axée sur les détails pratiques; la direction est active et énergétique; des décisions sont prises au sujet de ce qui sera fait et des personnes qui le feront; les ressources sont activement cherchées et engagées;
- (vi) *initiation* – des activités ou des actions ont été amorcées et sont en branle mais elles sont toujours perçues comme un nouvel effort; le personnel est en formation ou vient de terminer la formation; il n'y a habituellement aucune résistance active;
- (vii) *institutionnalisation* ou *stabilisation* – l'innovation est en marche et est perçue comme étant stable;
- (viii) *confirmation/expansion* – le personnel semble à l'aise avec l'innovation; les efforts originaux ont été évalués et modifiés; des données sont reçues sur une base régulière;
- (ix) *professionnalisation* – l'innovation est appliquée par le personnel hautement qualifié; la direction offre sont appui.

Chaque stade nécessite différentes formes d'interventions afin de faire progresser la communauté vers le prochain stade jusqu'à ce que, en fin de compte, l'initiation et le maintien des programmes et politiques en matière de santé peuvent être atteints.

7. *Préparation organisationnelle au changement* (Lehman et al., 2002)

Ce modèle comprend un instrument d'évaluation complet pour le fonctionnement organisationnel et la préparation au changement. Il est axé sur la motivation et les attributs de personnalité des dirigeants de programme et du personnel, les ressources institutionnelles et le climat organisationnel comme première étape importante dans la compréhension des facteurs organisationnels liés à la mise en œuvre de nouvelles technologies dans un programme. Ce modèle est décrit en détails au chapitre 4.

8. *Modèle Ferlie et Shortell* (Ferlie & Shortell, 2001)

Ce modèle propose des niveaux auxquels les interventions peuvent fonctionner afin d'améliorer la qualité des soins de santé: le professionnel individuel de soins de santé et les groupes ou équipes de soins de santé; et le grand système ou environnement de soins de santé. Ce modèle prône l'idée que le niveau auquel vous essayez d'intervenir déterminera le niveau auquel les considérations pour la mise en œuvre doivent être prises. Cette approche à multiples niveaux reconnaît l'importance de quatre propriétés fondamentales essentielles du changement :

- (i) la direction à tous les niveaux;
- (ii) une culture de persuasion qui appuie l'apprentissage tout au long du processus de soins;
- (iii) une importance accordée à l'élaboration d'équipes efficaces;
- (iv) une plus grande utilisation des technologies de l'information pour le travail de l'amélioration continue et la responsabilisation externe.

Ferlie et Shortell lient ces quatre niveaux importants à des stratégies précises de changement ou de transfert de connaissances (2001). Les niveaux de changement individuels peuvent être effectués au moyen de stratégies comme l'éducation, la formation continue des professionnels, la rétroaction aux données, l'établissement de points de repère, la mise en œuvre de lignes directrices/protocoles/voies, la direction et le développement. Au niveau du groupe ou de l'équipe, les stratégies utiles comprennent la création d'équipes, la redéfinition des tâches, les vérifications cliniques, les efforts de collaboration pour les percées, et la mise en œuvre de lignes directrices/protocoles/voies. Les stratégies pour effectuer un changement au niveau organisationnel comprennent les activités d'assurance de la qualité, l'amélioration continue de la qualité/gestion de la qualité, le développement/la culture/et l'apprentissage de l'organisme ainsi que le transfert/la gestion des connaissances. Le changement au plus vaste niveau du système est effectué par le biais d'entités nationales (p. ex., Association canadienne pour la santé mentale, ordres professionnels), les centres d'agrément ou de licence (p. ex., SMEO, associations professionnelles et organismes de réglementation), divulgation au public (comme des « bulletins scolaires » ou des rapports de point de repères), et les systèmes légaux (politiques, règlements, lois).

Messages principaux de la science de la mise en oeuvre

1. *La prestation de services avec preuve d'efficacité à l'appui est une importante priorité.*

La demande pour les interventions en santé mentale qui peuvent produire des résultats positifs est à la hausse. Bien que dans une certaine mesure les meilleurs résultats soient l'effet de la découverte de nouvelles interventions pour des troubles particuliers, un plus grand impact peut être créé si les efforts sont axés sur la découverte des meilleurs moyens d'offrir ces interventions qui ont déjà fait leurs preuves. La prévalence de traitements n'ayant pas été mis à l'épreuve, inefficaces ou dangereux dans le domaine de la santé mentale constitue une crise de santé publique, faisant en sorte qu'une plus grande disponibilité de traitements appuyés par des

preuves scientifiques est une priorité de santé publique importante. En effet, quatre des huit objectifs à l'ordre du jour de la Conférence on Children's Mental Health du Surgeon General (U.S. Public Health Service, 2000) portent sur une plus vaste mise en oeuvre de services de prévention et de traitement fondés sur des preuves scientifiques. Pour donner un exemple de comment cette direction peut être mise en oeuvre au sein d'un système, le rapport du National Advisory Mental Health Council's Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention, Development and Deployment (2001) a encouragé la création de réseaux de pratiques de traitement et de service afin qu'ils étudient des stratégies de transfert et d'amélioration de la qualité pour la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes.

Aarons, 2004
Berenholtz & Pronovost, 2003
Kettlewell, 2004
Schoenwald & Henggler, 2004
Schoenwald & Hoagwood, 2001
The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment, 2001

2. 2. *La mise en oeuvre est un sujet de recherche à haute priorité.*

De plus amples recherches sont requises afin d'élaborer une meilleure base théorique et d'évaluer de nouvelles stratégies efficaces de mise en oeuvre. Des recherches sont requises afin de cerner les indicateurs prévisionnels de succès en matière de mise en oeuvre. Les chercheurs devraient se demander, « quelles sont les variables et les étapes importantes qui résulteront en une mise en oeuvre réussie? » De telles recherches aideraient les personnes responsables de la mise en oeuvre à se concentrer sur les cibles appropriées pour le changement et élaborer des interventions pour effectuer le changement. Le fait de savoir quels facteurs prédisent une mise en oeuvre réussie aidera les personnes responsables de celle-ci à surmonter les obstacles au changement de comportement.

Alavi & Joachimsthaler, 1992
Greenberg & Eccles, 2004
McDonald et al., 2004
Rosenheck, 2001

3. *La dissémination des lignes directrices de la pratique clinique ne suffit pas à elle seule pour changer une pratique.*

La simple dissémination des lignes directrices des traitements fondés sur des données probantes est inefficace pour influencer le comportement des praticiens dans le domaine de la santé mentale. Des stratégies simultanées sont requises pour : « vendre » les lignes directrices; exercer une pression par les pairs pour faire accepter les lignes directrices (guides d'opinion); favoriser l'éducation du patient, les systèmes de rappel et de rétroaction et les processus d'examen; et fournir des incitatifs aux cliniciens pour qu'ils se conforment aux normes de la pratique désirée.

Azocar et al., 2003
Mittman & Tonesk, 1992

4. *La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes est la responsabilité des systèmes de soins organisés (province ou état), des organismes professionnels et de défense des consommateurs, et des praticiens individuels.*

Les systèmes de soins doivent travailler en collaboration avec les organismes professionnels et de défense des consommateurs et entre eux-mêmes pour mettre en oeuvre des pratiques

fondées sur des données probantes et pour améliorer les résultats en santé mentale. Une direction nationale et provinciale est requise pour guider le processus de mise en oeuvre. Les efforts de mise en oeuvre à grande échelle nécessitent le courage politique de la part des dirigeants élus et nommés au sein du gouvernement et dans la pratique. Les tentatives les plus ambitieuses d'instaurer les pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine ont été effectuées par des entités d'état et provinciales (p. ex., Michigan, Ohio, Ontario) et sont attribuables aux efforts de spécialistes de traitements particuliers (p. ex., groupe de thérapie multisystémique). Toutefois, les mandats ne garantissent pas une mise en oeuvre réussie. Il faut également assez de ressources et un consensus au sein des parties intéressées. Les organismes ne peuvent apprendre, s'adapter et se développer que si les personnes qui en font partie reconnaissent elles aussi le besoin d'en faire ainsi et d'apprendre de nouvelles compétences. Les politiques provinciales en matière de santé mentale doivent créer les incitatifs organisationnels et financiers pour mettre en oeuvre des pratiques fondées sur des données probantes. La participation des consommateurs est également essentielle pour réussir une mise en oeuvre; non seulement les pratiques fondées sur des données probantes doivent être acceptables aux yeux des clients, ceux-ci doivent être éduqués au sujet des pratiques pour qu'ils soient mieux en mesure de défendre les services les plus efficaces.

Azocar et al., 2003
Barratt, 2003
Goldman et al., 2001
Gotham, 2004
Schoenwald & Henggler, in press

5. *Une mise en oeuvre réussie d'une constatation clinique dans la pratique nécessite une attention particulière à de multiples niveaux et processus : les praticiens, le contexte organisationnel, le contexte du système de soins, la nature de la preuve pour la pratique fondée sur des données probantes, et les méthodes de mise en oeuvre.*

Afin de déterminer la meilleure façon de mettre en oeuvre des pratiques fondées sur des données probantes, les centres doivent évaluer les facteurs à tous les niveaux importants. Cela signifie d'analyser les éléments du groupe et du contexte cibles avant que la mise en oeuvre ne soit entreprise. Il est essentiel de travailler à différents niveaux avec des personnes qui ont des perspectives différentes. Il faut qu'il y ait de la clarté au sujet de la nature de la preuve utilisée, la qualité du contexte, et le genre de soutien requis pour la facilitation et la mise en oeuvre afin de garantir un processus de changement réussi. La mise en oeuvre la plus réussie survient lorsque la preuve est scientifiquement robuste et jumelle bien le consensus des professionnels aux besoins des clients; lorsque le contexte est favorable au changement (prêt au changement) grâce à des cultures compatissantes, une direction solide et des systèmes appropriés de surveillance et de rétroaction; et quand il y a des ressources et le soutien requis de la part des organisateurs externes et internes.

Barrat, 2003
Benefield, 2003
Grol, 2001
Grol & Grimshaw, 2003
Lemieux-Charles & McGuire, 2002
Logan & Graham, 1998
Ringelisen et al., 2003
Rycroft-Malone et al., 2002
Schoenwald & Henggler, in press

6. *Une meilleure compréhension des attitudes des fournisseurs de services/praticiens est requise afin de concevoir sur mesure les efforts de mise en oeuvre.*

Même lorsque les fournisseurs de services connaissent la meilleure pratique, ils peuvent ne pas réussir la mise en oeuvre en raison de scepticisme relativement au caractère approprié de leur environnement de traitement et leur clientèle, le soutien disponible pour aider à la mise en oeuvre, la culture organisationnelle requise pour mettre en oeuvre la pratique ou les coûts additionnels encourus lors de la mise en oeuvre. Il existe une grande dispersion dans les attitudes des praticiens au sujet de la mesure à laquelle il est possible de quantifier l'efficacité d'un traitement. Une autre résistance est caractérisée par un scepticisme à savoir si les praticiens disposent de suffisamment de preuves pour justifier la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes et si celles-ci sont trop prescriptives et ne prennent pas en considération le jugement et l'« art » requis en psychothérapie. Les croyances des praticiens au sujet des pratiques fondées sur des données probantes, leurs préoccupations au sujet de comment celles-ci pourraient contrôler leur pratique professionnelle (autonome), et leurs opinions au sujet des conséquences pour mener la mise en oeuvre à terme sont des facteurs qui prédisent s'ils auront « beaucoup » ou « peu » de succès dans la mise en oeuvre. Il est important de reconnaître que les attitudes du fournisseur de services face à la pratique fondée sur des données probantes peuvent être mesurées de façon précise et qu'elles devraient être prises en considération parce qu'elles varient selon les différences individuelles et les contextes de service. De nouvelles constatations sur l'utilisation des renseignements de recherche par les infirmières indiquent que les caractéristiques du praticien individuel permettent davantage de prédire l'utilisation de connaissances fondées sur des données probantes que les facteurs liés à l'équipe de soins infirmiers ou l'hôpital/organisme (Estabrooks, 2004, communication personnelle). De plus, le meilleur facteur de prévision de l'utilisation de la recherche était la direction au sein d'une équipe ou d'une unité de soins infirmiers. Cette recherche pointe vers l'importance du praticien et du superviseur clinique individuels dans l'utilisation de la recherche et de la mise en oeuvre subséquente de pratiques et traitements fondés sur des données probantes.

Aarons, 2004
Barratt, 2003
Garland et al., 2003
Kettlewell, 2004
Kitson, 2001
Michie et al., 2004
Rosen, 2003
Wachter & Owens, 2004

7. *L'accès du praticien à la nouvelle base de connaissances est important (bien que non suffisante) au succès des connaissances et de la mise en oeuvre subséquente de pratiques fondées sur des données probantes.*

Bien que l'accès à la recherche soit un facteur critique pour l'utilisation et la mise en oeuvre subséquente de pratiques fondées sur des données probantes, de nombreux organismes et praticiens ne jouissent pas d'un tel accès. Sans l'accès à la base de preuves, les praticiens demeurent mal renseignés et désavantagés relativement à la prestation des soins les plus efficaces. Cette question est liée au besoin de perfectionnement professionnel continu, dans le sens qu'il faut améliorer l'accès à la recherche selon la capacité des praticiens à en faire l'évaluation. L'accès à la base de recherche ne suffit pas, toutefois, à la lumière des constatations récentes qui indiquent que les praticiens cliniques se renseignent mieux auprès

d'autres dans des situations sociales où des connaissances tacites peuvent être échangées (C. Estabrooks, communication personnelle, 2004).

Barratt, 2003

Barwick, Boydell, & Omlin, 2002

8. *La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes exige que les praticiens posent des questions exploratrices au sujet des résultats de leurs pratiques et de leurs services (perfectionnement professionnel continu et pratique réfléchie).*

Certains croient que le manque de compétences au sein de la main d'œuvre dans le domaine de la santé mentale est une des raisons qui expliquent la lente mise en oeuvre et assimilation de pratiques fondées sur des données probantes. Il faut offrir une formation qui répond aux besoins et aux connaissances de toute l'équipe et qui cible les pratiques fondées sur des données probantes que l'équipe considère comme étant pertinentes à leurs objectifs cliniques. Afin que les preuves jouent un plus grand rôle dans la prise de décisions cliniques, il faut qu'il y ait un changement dans les attitudes et les connaissances des gestionnaires et des praticiens envers les résultats et le processus de recherche. Il faut fournir aux praticiens et aux gestionnaires : une formation sur les méthodes de recherche; une évaluation critique de la documentation de recherche et l'accès à celle-ci; des ressources et un soutien afin de susciter une participation à la recherche; et des occasions de parfaire leurs études théoriques. Au niveau pré-pratique, il y a un besoin pour une formation en matière de traitements fondés sur des données probantes et le caractère utile de la gestion et la mesure des résultats dans le but de produire des services et des résultats de qualité pour les clients. Une telle formation est requise pour les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux et les travailleurs auprès des enfants et des jeunes.

Ager & O'May, 2001

Barratt, 2003

Tarrier et al., 1999

Wade et al., 1998

Walshe & Rundall, 2001

Wilson, 1997

9. *Il est nécessaire d'avoir une direction aux niveaux organisationnels et du système pour guider la mise en oeuvre.*

Il est important que les cadres directeurs « fassent les premiers pas » et élaborent une direction capable de maintenir les pratiques fondées sur des données probantes. L'appui solide de la part des cadres supérieurs augmente le succès de l'adoption de nouvelles pratiques. La direction clinique efficace accélère également l'adoption.

Barratt, 2003

Bereenholtz & Pronovost, 2003

Bradley et al., 2004

10. *Il faut réconcilier l'importance de la fidélité du traitement et la réalité de la réinvention.*

La fidélité à la recherche indique qu'une mise en oeuvre inefficace (c'est-à-dire une faible fidélité) occasionnera une perte d'efficacité au sein du programme. On estime qu'il est essentiel d'élaborer des stratégies pour transférer avec fidélité des pratiques fondées sur des données probantes dans les milieux communautaires afin de garantir l'atteinte des résultats visés en matière de soins cliniques et de services. Par contre, les recherches en matière de changement organisationnel indiquent que la mise en oeuvre n'est pas possible en l'absence de la réinvention. Il faut réconcilier ces points de vue apparemment divergents. La fidélité peut être davantage pertinente aux traitements qu'aux pratiques fondés sur des données probantes (p.

ex., gestion des résultats). Toutefois, une recherche continue est requise afin de découvrir les ingrédients actifs des traitements efficaces afin que nous puissions savoir dans quelle mesure les pratiques fondées sur des données probantes peuvent être adaptées aux besoins d'environnement ou de groupes de clients particuliers. La fidélité à la recherche, une approche qui détermine dans quelle mesure la mise en oeuvre d'un programme s'apparente au programme existant, est grandement requise afin d'évaluer les effets de la réinvention. Nous devons revoir la perception que les traitements doivent être administrés de façon rigide, sans variation, créativité ou flexibilité, et sans prendre en considération les différences individuelles des clients.

Dusenbury. et al., 2003
Gotham, 2004
Nock. et al., 2003
Schoenwald & Henggeler, 2003

11. *La mise en oeuvre exige que tous les facteurs pouvant influencer sur le succès de l'innovation soient cernés au stade de la planification et de la conception.*

Les études précédentes sur la mise en oeuvre étaient faussées du point de vue méthodologique parce que bon nombres d'entre elles ne prenaient pas en considération les déterminants pertinents du processus de mise en oeuvre. Tous les efforts de mise en oeuvre doivent prendre en considération les obstacles et les facilitateurs de changement à tous les niveaux (c'est-à-dire le système, l'organisme, le praticien et le consommateur) afin de réussir, et il faut que cela soit fait lors du stade de planification (dans la mesure du possible). Les projets de mise en oeuvre précis à l'échelle du système peuvent offrir beaucoup en matière de leçons apprises et peuvent permettre de cerner les obstacles, les facilitateurs et les questions qui devront être abordés (p. ex., les initiatives à l'échelle du système dans l'Ohio et en Ontario).

Fleuren et al., 2004
Dusenbury et al., 2003



*Il ne suffit pas de connaître; il faut appliquer
ces connaissances.*



Goethe

Chapitre 3

Sondage sur l'utilisation de la recherche et la préparation au changement



Utilisation de la recherche et préparation au changement parmi les centres SMEO membres

Tiré du sondage

Caractéristiques des répondants

- ☞ 72,5 % des 85 directeurs généraux sondés ont répondu. Ils avaient principalement des antécédents en travail social, avaient plus de 16 années d'expérience clinique et de gestion et représentaient des organismes qui offraient une vaste gamme de services cliniques.
- ☞ Parmi la population du personnel clinique, estimée au nombre de 3 951, 12,2 % ont répondu au sondage. La majorité d'entre eux avaient des antécédents en travail social, avaient plus de 16 années d'expérience et étaient affiliés à une gamme de services cliniques situés principalement à Toronto (18,3 %), dans le Sud-Ouest (18,1 %), dans les régions du Centre-Est (16,8 %). Un taux de 65,7 % des répondants étaient du personnel clinique, 16 % étaient des gestionnaires cliniques qui offraient également des services et 18,3 % étaient des gestionnaires qui n'offraient pas de services.
- ☞ La participation au sondage par les directeurs généraux par rapport au nombre de Centres de SMEO dans chaque région indiquait une plus forte participation des directeurs généraux parmi les centres membres dans les régions de Hamilton-Niagara (85,7 %), du Nord (83,3 %), et du Centre-Est (71 %).
- ☞ Un taux de 50 % des répondants avaient des budgets annuels dans l'écart de 1 à 5 millions de dollars.

Lien à Internet

- ☞ Parmi les directeurs généraux et le personnel clinique, plus de 65 % croyaient qu'il était « probable » que leurs collègues utilisent Internet comme ressource.

Lien aux renseignements de recherche via le monde universitaire

- ☞ Des taux de 67 % du personnel clinique et de 77 % des directeurs généraux ont un lien quelconque avec un collègue ou une université.
- ☞ Moins de 40 % de CSME ont un accès organisationnel à une bibliothèque universitaire ou collégiale.

Usage des renseignements de recherche

- ☞ Les directeurs généraux et le personnel clinique estiment tous deux que la capacité de leur organisme à accéder à des renseignements de recherche et à en faire l'évaluation, l'adaptation et l'adoption était « plutôt bonne ». Cette découverte offre un point de repère important pour les comparaisons futures et indique qu'il y a possibilité d'amélioration.

Préparation au changement de la part des organismes

☞ **Motivation pour le changement** : Sauf si la motivation pour le changement est « activée », il est peu probable que les personnes amorcent le changement. Dans les trois secteurs importants de la préparation au changement,

- Les directeurs généraux perçoivent un besoin beaucoup important pour des *améliorations aux programmes* (p. ex., suivre les améliorations du client sur une période de temps, obtenir des preuves d'efficacité des programmes, choisir de nouveaux traitements, générer des rapports de constatations cliniques et des données), tandis que le personnel clinique perçoit une *pression pour le changement* beaucoup plus importante (de la part de personnel clinique, de superviseurs et du Ministère).
- Pour le personnel clinique, la pression pour le changement provient de superviseurs/gestionnaires (62,5 %), d'autres membres du personnel (52,6 %), du Ministère/d'autres bailleurs de fonds (39 %) et membres de conseils d'administration (28,9 %). Les directeurs généraux ressentent une pression pour le changement de la part de superviseurs/gestionnaires (51 %), du Ministère/d'autres bailleurs de fonds (49 %), et du personnel clinique (42,9 %). Moins d'un tiers des répondants des deux groupes ressentent une pression pour le changement de la part des consommateurs, et moins d'un quart des directeurs généraux ressentent une pression pour le changement de la part de leur conseil d'administration.
- Les groupes ne diffèrent pas en ce qui a trait à la force de leur besoin perçu en matière de *soutien à la formation*, mais ils nécessitent de la formation dans différents secteurs. Les praticiens cliniques perçoivent un besoin de formation pour améliorer l'engagement des clients envers le traitement, tandis que les directeurs généraux perçoivent un besoin de formation pour surveiller les progrès du client.

☞ **Suffisance des ressources** : Les installations, les modèles de dotation en personnel et la formation de celui-ci, et les appareils sont aussi d'importantes considérations en matière de préparation au changement.

- La majorité du personnel clinique et des directeurs généraux voyaient d'un oeil favorable la suffisance en matière d'*espace de bureau* pour le traitement individuel ou de groupe, bien que 44 % du personnel clinique perçoivent l'espace de bureau comme étant insuffisante pour le traitement de groupe; cela peut avoir une portée sur la mise en oeuvre future de TFDP de groupe.
- Les deux groupes conviennent qu'il y a trop peu de personnel clinique pour satisfaire aux besoins des clients.
- Le roulement du personnel n'est pas une question généralement préoccupante, et on perçoit peu le besoin de plus de personnel de soutien.
- La majorité des directeurs généraux et du personnel clinique conviennent que leur organisme accorde de l'importance à l'éducation permanente et offre des occasions d'apprentissage internes et à l'extérieur de l'organisme.
- Les deux groupes perçoivent de façon importante la suffisance et l'usage d'*ordinateurs*.
- Les deux groupes diffèrent d'opinion en ce qui a trait à l'utilisation d'un ordinateur pour effectuer les évaluations de client. Il s'agit d'une découverte intrigante étant donné le mandat pour l'accueil informatisé et les outils servant à l'évaluation des résultats.
- Plus de 95 % des directeurs généraux et du personnel clinique indiquent qu'ils ont un ordinateur dans leur espace personnel de travail. Il s'agit encore là d'une découverte intrigante étant donné les fréquents rapports isolés d'un faible accès aux ordinateurs comme obstacle à l'utilisation de l'outil de résultat autorisé. Une analyse plus approfondie a indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une partialité à l'endroit de la méthode de sondage sur Internet.

- Les deux groupes étaient d'avis que l'accès à la *communication électronique*—Internet et courrier électronique—était plus que suffisant.
- ↻ **Attributs du personnel** : Plusieurs caractéristiques individuelles de niveau sont notées comme étant essentielles pour garantir la préparation au changement organisationnel.
 - En général, la mesure à laquelle les deux groupes valorisent et perçoivent les occasions de croissance personnelle est relativement faible. La majorité du personnel clinique ne lisent pas au sujet des nouvelles techniques chaque mois, et ils n'ont pas suffisamment d'occasions pour maintenir à jour leurs capacités cliniques (bien que la moitié d'entre eux se disent à jour relativement à la documentation du journal publié). Les directeurs généraux réussissent un peu mieux.
 - Plus de 60 % des deux groupes ont confiance en leur efficacité clinique ainsi qu'en leur volonté et leur capacité d'influencer leurs collègues de travail, deux caractéristiques qui favorisent le changement.
 - Ce qui est moins encourageant, c'est leur capacité perçue de s'adapter à un environnement en évolution. Plus de 65 % des deux groupes estiment qu'ils essaient de nouvelles idées et s'adaptent rapidement, toutefois, la moitié d'entre eux reconnaissent qu'ils étaient parfois trop lents ou prudents pour apporter des changements—constituant une curieuse contradiction.
- ↻ **Climat organisationnel** : Plusieurs dimensions organisationnelles sont cernées comme étant essentielles au changement organisationnel.
 - Plus de 60 % du personnel clinique et des directeurs généraux connaissent la *mission* et les buts de leur organisme.
 - Plus de 50 % des deux groupes perçoivent l'administration comme étant réceptive aux suggestions du personnel et croient que les réseaux et canaux de renseignements sont propices au flux de la *communication*.
 - *La cohésion du personnel*—la confiance et la coopération—est élevée dans les deux groupes, tout comme l'impression d'*autonomie* ou la liberté de décision que le personnel clinique perçoit lorsqu'il travaille avec ses clients.
 - Il y a une division dans les deux groupes à savoir si les contraintes du travail nuisent à l'efficacité.
 - Les niveaux élevés de *stress* et l'impact négatif d'une lourde charge de travail sur l'efficacité d'un programme est perçue par les deux groupes, bien qu'elle le soit davantage par le personnel clinique.
 - L'intérêt de bien répondre aux demandes du changement varie dans les deux groupes : deux tiers des directeurs généraux trouvent que les procédures changent rapidement pour répondre aux nouvelles conditions, tandis que seulement 30 % des membres du personnel clinique partagent cette opinion.
 - Il semble y avoir une attitude positive envers les nouvelles techniques et de l'encouragement pour essayer celles-ci au sein des deux groupes, et cela, c'est encourageant.

Usage de traitements fondés sur des données probantes

- ↻ Les 10 TFDP les plus communément utilisés sont : la thérapie du comportement cognitif (65 %); COPE (42,7 %); Wraparound (42,5 %); Formation comportementale à l'intention des parents (41,2 %); Thérapie stratégique familiale brève (39,2 %); Thérapie narrative (38,8 %); « The Incredible Years » (36,4 %); la thérapie multisystémique (35,9 %); « Stop Now and Plan » (32,4 %); et « Right From the Start » (29,3 %).
- ↻ On indique qu'une gamme d'autres traitements sont utilisés (p. ex., consignes d'interaction modifiées, thérapie à court terme axée sur la recherche de solutions, « Watch, Wait & Wonder »).

Bien que ce ne soient pas tous ces traitements qui répondent aux critères rigoureux d'évaluation, beaucoup d'entre eux ont fait l'objet d'un certain niveau d'études empiriques pour appuyer leur utilisation.

- ☞ Parmi les directeurs généraux, la moitié perçoivent leurs services et programmes comme étant « quelque peu » soutenus par des résultats de recherche, tandis que la majorité du personnel clinique sont plus optimistes (40 % ont dit « surtout »). Ces renseignements offrent un point de repère important auquel on peut mesurer les améliorations.

Aperçu

La mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le système de santé mentale de l'Ontario nécessitera l'attention à de nombreux facteurs à certains niveaux (praticien, organisme, système). Un sondage auprès des directeurs généraux et du personnel clinique membres de SMEO a été mené afin de mieux comprendre les obstacles et les facilitateurs liés à leur utilisation des connaissances de recherche, à leur capacité de se lier à de la documentation sur les pratiques fondées sur des données probantes, à leur utilisation de traitements fondés sur des données probantes, et à leurs caractéristiques relativement à la préparation organisationnelle au changement.

Méthodologie

Procédure et trousse d'instruments

Deux formulaires de collecte de données ont été utilisés pour mener le sondage auprès du personnel clinique et des directeurs généraux de 80 centres SMEO membres. Les formulaires de sondage à l'intention du personnel clinique et des directeurs généraux ont été créés au moyen d'un formulaire sur Internet. Une lettre, décrivant la raison d'être du projet et donnant les localisateurs URL des deux sondages, a été envoyée par courrier électronique du bureau de SMEO aux directeurs généraux des centres membres, leur demandant de remplir le sondage à l'intention des directeurs généraux et de faire circuler le sondage à l'intention du personnel clinique aux praticiens oeuvrant dans leur centre. De plus, un sondage à l'intention du personnel clinique, en format Word, a été inclus dans la communication électronique devant être acheminée au personnel clinique pour qui la version sur Internet représentait un obstacle. Afin d'augmenter le taux de participation, la lettre et ses fichiers attachés ont été envoyés de nouveau aux directeurs généraux sur une base hebdomadaire, à compter du début du sondage (le 21 juin 2004) jusqu'à la dernière semaine (19 juillet 2004).

Résultats

Taux de participation

Le taux de participation pour les directeurs généraux étaient de 72,5 % (58 sur 80). Nous ne pouvions qu'estimer le nombre exact de membres du personnel clinique dans les 80 centres, selon l'indication des 51 directeurs généraux qui ont répondu à la question au sujet du nombre de membres du personnel clinique à temps plein et à temps partiel au sein de leur organisme. Un total de 483 membres du personnel clinique d'une population estimée au nombre de 3 951 dans 51 CSME (12,2 %) ont répondu au sondage. Selon SMEO, ces chiffres semblent plausibles selon des données de sondage datant de deux à trois ans qui indiquaient 4 923 ETP (personnel clinique et non clinique) pour leurs organismes membres. Le faible taux de participation limite la mesure à laquelle les résultats sont représentatifs de tout le personnel clinique oeuvrant dans les 80 centres.

Pourquoi un taux de participation si faible parmi le personnel clinique? Les directeurs généraux ont-ils agi comme protecteurs pour un personnel déjà trop occupé, choisissant de ne pas faire circuler le sondage? Puisque nous nous attendions à un faible taux de participation, nous nous sommes renseignés auprès des directeurs généraux au sujet de la distribution du sondage à l'intention du personnel clinique. Au moment où ils ont rempli le sondage, les directeurs généraux ont décrit leur distribution de sondages de la façon suivante : 58,5 % ont indiqué qu'ils avaient distribué le sondage aux membres de leur personnel clinique, 7,5 % ont indiqué qu'ils ne l'avaient pas distribué aux membres de leur personnel clinique, et 34 % ont indiqué qu'ils n'avaient toujours pas fait la distribution mais qu'ils planifiaient de le faire. Par conséquent, il est possible que 41,5 % des directeurs généraux n'ont pas distribué le sondage aux membres de leur personnel clinique, même s'ils ont reçu des rappels hebdomadaires. Il est également possible que le personnel clinique était tout simplement trop occupé à effectuer leurs tâches cliniques pour participer, et qu'il y avait beaucoup de scepticisme par rapport aux pratiques fondées sur des données probantes, comme nous en avons pris note dans la documentation. Nous avons également remarqué que le sondage a été distribué au cours des mois d'été; il se peut donc que les vacances d'été aient nuit au taux de participation.

Caractéristiques des participants

Les membres du personnel clinique de 80 organismes SMEO ont été invités par leur directeur général à répondre à la version du sondage à l'intention du personnel clinique. Au total, 405 membres du personnel clinique ont répondu au sondage au moyen de la version sur Internet, et 78 autres ont répondu au moyen de la version Word et ont retourné le sondage par télécopieur ou par la poste, pour un échantillon total de personnel clinique de N=483.

Les caractéristiques des participants, comme la discipline et le nombre d'années d'expérience clinique et de gestion, sont indiquées dans le Tableau 4,1. Les directeurs généraux (48,3 %) et le personnel clinique (41,6 %) ont tous deux des antécédents principalement dans le domaine du travail social. Le deuxième plus important groupe de membres du personnel clinique était composé du groupe desservant la clientèle de l'enfance à la jeunesse (22,2 %). Ceux qui ont indiqué 16 années ou plus d'expérience clinique dans le domaine de la santé mentale pour enfants comptaient pour les plus grands groupes parmi les directeurs généraux (77,8 %) et le personnel clinique (36,3 %). La majorité des directeurs généraux ont indiqué qu'ils avaient plus de 16 années d'expérience en gestion (70,7 %).

La majorité des directeurs généraux ont indiqué que leur centre fournissait une vaste gamme de services. Tel que décrit dans le Tableau 3,1, le personnel clinique et les directeurs généraux ont indiqué de nombreuses affiliations. Les deux tiers (65,7 %) des participants parmi le personnel clinique étaient du personnel clinique de première ligne, dont 18,3 % s'identifiaient comme étant des « directeurs cliniques n'offrant pas de services » et 16 % comme étant des « directeurs cliniques offrant également des services ». Les directeurs généraux étaient principalement situés dans les régions de Toronto (20 %), du Sud-Ouest, (18,2 %), et du Sud-Est (14,5 %). La majorité des membres du personnel clinique participants oeuvraient dans les régions de Toronto (18,3 %), du Sud-Ouest, (18,1 %) et du Centre-Est (16,8 %).

Tableau 3,1 – Caractéristiques des participants

	Directeurs généraux (N=58)		Personnel clinique (N=483)	
	Fréquence	%	Fréquence	%

Transfert de connaissances et mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale pour enfants

Discipline				
Psychologie	11	19,0	47	9,8
Travail social	28	48,3	200	41,6
Services sociaux	2	3,4	14	2,9
Soins aux enfants et aux jeunes	3	5,2	107	22,2
Médecine/psychiatrie	–	–	1	0,2
Administration de la santé publique	3	5,2	1	0,2
Autres	4	6,9	37	7,7
Disciplines multiples*	7	12,1	74	15,4
Années d'expérience clinique				
0–2 ans	2	3,4	57	11,8
3–5 ans	2	3,4	82	17,0
6–10 ans	2	3,4	79	16,5
11–15 ans	7	12,1	88	18,3
16 ans et +	45	77,8	174	36,3
Années d'expérience en gestion				
0–2 ans	3	5,2		
3–5 ans	–	–		
6–10 ans	5	8,6		
11–15 ans	8	13,8		
16 ans et +	41	70,7		
Affiliation de programme				
En établissement	34	58,6	177	36,6
Traitement de jour	42	72,4	182	37,7
Intervention en situation de crise	34	58,6	160	33,1
Services familiaux intensifs	44	77,6	207	42,9
Services de santé mentale pour les enfants de 0–6 ans	41	70,7	172	35,6
Accueil	47	81,0	131	27,1
Communautaire	50	86,2	236	48,9
Prévention & intervention précoce	8	69,0	118	24,4
Autres	27	46,6	109	22,6
Rôle et responsabilité				
Personnel clinique de première ligne			312	65,7

Gestionnaire offrant des services cliniques			76	16,0
Gestionnaire n'offrant pas de services cliniques			87	18,3
Région de l'Ontario où oeuvre le participant				
Toronto	11	20,0	86	18,3
Centre-Ouest	6	10,9	54	11,5
Sud-Ouest	10	18,2	85	18,1
Hamilton-Niagara	6	10,9	11	2,3
Nord	5	9,1	58	12,3
Nord-Est	3	5,5	29	6,2
Centre-Est	5	9,1	79	16,8
Sud-Est	8	14,5	22	4,7
Est	1	1,8	46	9,8

* Les disciplines dans la catégorie « multiple » comprennent : l'éducation, les soins infirmiers, les affaires, la thérapie familiale, les études familiales, les services de toxicomanie, l'éducation de la petite enfance, la thérapie conjugale/familiale, la thérapie du jeu, les loisirs.

Caractéristiques des organismes

Quand le taux de participation est évalué en fonction du nombre de centres membres du SMEO (approximation fondée sur les réponses des directeurs généraux) dans chaque région, nous voyons que plus de 50 % des centres membres de SMEO ont participé dans chaque région, y compris un excellent taux de participation de la part des régions de Hamilton-Niagara et du Nord (voir le Tableau 3,2). Les centres participants représentaient les régions desservies urbaines, rurales et de banlieue. Moins de 10 % des centres disposaient d'un budget annuel de moins d'un million de dollars ou de plus de 11 millions de dollars, la majorité indiquant un budget dans l'écart de 1 à 5 millions de dollars.

Tableau 3,2 – Caractéristiques des organismes telles que signalées par les directeurs généraux

	Nombre de centres participants	Pourcentage des centres membres de SMEO
Centres SMEO par région en Ontario		
Toronto (N=17)	11	64,7
Centre-Ouest (N=9)	6	66,7
Sud-Ouest (N=16)	10	62,5
Hamilton-Niagara (N=7)	6	85,7
Nord (N=6)	5	83,3
Nord-Est (N=5)	3	60,0
Central-Est (N=7)	5	71,4
Sud-Est (N=5)	8	*
Est (N=8)	1	12,5
Région de service primaire		
Rurale	33	56,9
Urbaine	42	72,4

Banlieue	18	31,0
Budget annuel (N=54)		
Moins de 1 million de dollars	4	7,4
\$1–5 millions	27	50,0
\$6–10 millions	19	35,2
\$11 millions ou plus	4	7,4

* 8 centres ont indiqué qu'ils étaient situés dans cette région, cependant, il n'y a que 5 centres membres de SMEO dans cette région.

Accès à Internet

De nos jours, l'accès à la base de preuves dépend largement sur l'accès à Internet et sur les bases de données électroniques. Les directeurs généraux et le personnel clinique perçoivent tous deux qu'il est « probable » que leur organisme utilisera Internet comme ressource (voir le Tableau 3,3). À la question qui demandait si leur organisme était branché au Web, seulement 2 membres du personnel clinique (0,4 %) ont indiqué « non ». Tous les directeurs généraux sont branchés personnellement au Web, comparativement à 92 % du personnel clinique qui sont branchés à leur bureau et à 7,6 % qui sont branchés à un autre endroit dans leur édifice.

Tableau 3,3 – Utilisation d'Internet

<i>Dans quelle mesure est-il probable que votre organisme utilise les ressources sur Internet?</i>					
(%)	Incapable de l'utiliser/aucun accès	Très peu probable	Peu probable	Probable	Très probable
Directeur général (n=52)	–	3,8	7,7	65,4	23,1
Personnel clinique (n=444)	0,5	7,0	9,2	65,1	18,2

Accès aux ressources collégiales et universitaires

Pour de nombreux organismes, l'accès à la base de preuves existe parce que les membres individuels du personnel sont branchés ou liés à des collègues et universités. De telles connexions se font par le biais d'interactions interpersonnelles avec d'autres dans ces environnements, et comme moyen d'accéder aux systèmes bibliothécaires collégiaux ou universitaires. Nous avons appris que 67 % du personnel clinique et 77 % des directeurs généraux sont liés à un collègue ou à une université, soit par la supervision d'étudiants, la nomination de membres du corps professoral ou l'éducation permanente. Toutefois, moins de 40 % des CSME ont une adhésion leur donnant accès à une bibliothèque universitaire ou collégiale, et cela est très probablement un obstacle important à l'accès qui pourrait être abordé (voir les Recommandations).

Capacité organisationnelle d'utiliser la recherche : Accès, Évaluation, Adaptation, Adoption

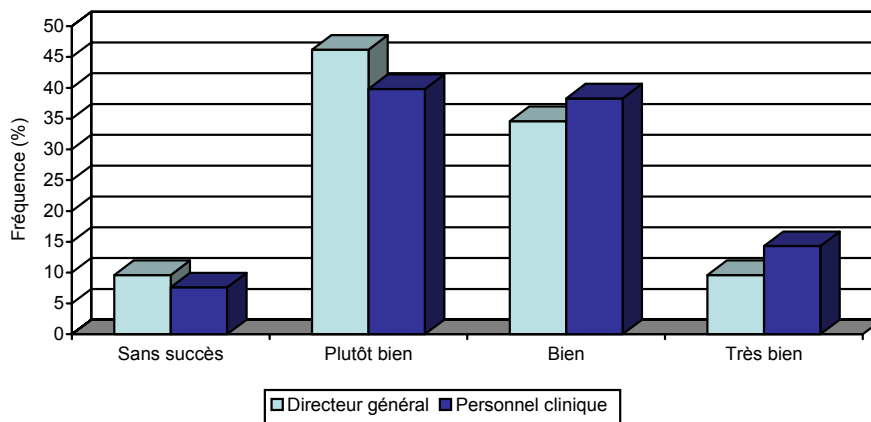
Une section du sondage portait sur la capacité des membres d'utiliser la recherche. Le concept Acquérir, Évaluer, Appliquer et Adapter—a été proposé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS, 2001) dans le but de capter les éléments essentiels de la capacité d'un organisme pour l'utilisation des connaissances/recherches. Selon la FCRSS, « de nombreux organismes aimeraient mieux utiliser les recherches mais ne savent pas exactement où commencer. D'autres estiment qu'ils s'en tirent bien, mais ils aimeraient savoir s'il y a des secteurs dans lesquels ils pourraient s'améliorer. » (FCRSS, 2004).

Les questions du sondage sur ce sujet tentaient de déterminer si les organismes peuvent : trouver les preuves de recherche dont ils ont besoin (Acquérir); évaluer la recherche pour déterminer sa fiabilité, sa qualité, sa pertinence et son application (Évaluer); adapter les renseignements pour répondre à ses besoins, à sa clientèle et à son environnement (Adapter); et mettre en oeuvre et adopter les renseignements dans leur contexte (Appliquer). Cette structure a également été utilisée dans une étude antérieure à laquelle participaient de multiples parties intéressées et secteurs du système de santé mentale pour enfants de l'Ontario (Barwick, Boydell, & Omlin, 2002). Le concept « Adapter » de la FCRSS est défini quelque peu différemment de l'application que nous lui prêtons dans ce rapport. Dans l'auto-évaluation de la FCRSS, « Adapter » désigne la capacité d'un organisme de présenter ses propres preuves de recherche aux décideurs dans un format utile qui fait la synthèse des recommandations, des conclusions et des questions clés. Puisque la plupart des FCRSS ne produisent pas leurs propres recherches, notre utilisation du concept « Adapter » porte sur la capacité de l'organisme à utiliser les connaissances de recherche pour répondre à son contexte.

Capacité d'accéder aux connaissances de recherche

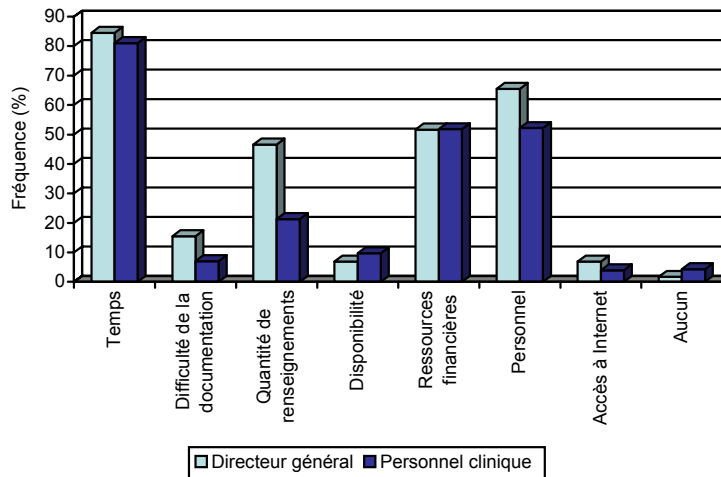
La capacité d'un organisme de trouver et d'obtenir des connaissances de recherche est essentielle à sa capacité d'évoluer au moyen de nouvelles innovations. La majorité des directeurs généraux et du personnel clinique estiment que leur organisme réussit « plutôt bien » à cet égard. Il est clair que l'on peut potentiellement améliorer l'accès de la FCRSS aux connaissances de recherche, et il s'agit d'une question qui devrait être abordée parce qu'elle est liée à la mise en oeuvre éventuelle de pratiques fondées sur des données probantes.

Tableau 3,1 Dans quelle mesure votre organisme réussit-il à ACCÉDER (trouver et obtenir) des connaissances de recherche?



Les obstacles à l'accès aux connaissances de recherche sont présentés dans le Tableau 3,2. Les directeurs généraux et le personnel clinique invoquent le temps, les ressources financières et le personnel le plus fréquemment. Les directeurs généraux perçoivent le niveau de difficulté de la documentation de recherche, la quantité écrasante de renseignements et le manque de personnel comme étant des obstacles plus importants que ne l'estime le personnel clinique.

Tableau 3,2 À quels obstacles votre organisme fait-il face lorsqu'il tente d'accéder à des connaissances fondées sur des données probantes?



D'autres thèmes intéressants ont été soulevés lorsqu'on a demandé au personnel clinique d'indiquer à quels autres obstacles il a fait face lorsqu'il tentait d'accéder à des connaissances fondées sur des données probantes. Une préoccupation importante est le **manque d'accès aux bibliothèques universitaires**.

(Nous sommes) à une heure de l'université la plus près.

Bien que l'on puisse accéder à une certaine documentation par le biais de l'université ou de l'établissement de services de santé mentale de notre localité, il y a de nombreuses contraintes, y compris le manque de ressources au sein d'une communauté, le manque d'aide financière pour l'obtention de documentation et le manque de personnel pour aider à effectuer la recherche et à trouver la documentation. Pour ceux d'entre nous qui portons de multiples chapeaux, comme directeur clinique, superviseur et fournisseur direct de services, en raison de réductions de financement, cela représente un obstacle immense à surmonter. Je sais que le programme que je supervise pourrait contribuer aux données de recherche si j'avais plus facilement accès aux recherches courantes publiées et de l'aide pour accéder à celles-ci.

Les bibliothèques universitaires/l'accès à des articles de revues spécialisées sont à plus de 100 kilomètres.

Une quantité limitée d'articles universitaires approuvés par des collègues doit souvent être obtenue indirectement ou par des moyens chronophages comme des prêts interbibliothèques ou la photocopie de microfiches; les renseignements de SMEO ne fournissent pas toujours suffisamment de renseignements au sujet du « où » et du « comment » les renseignements ont été obtenus afin de donner lieu à une interprétation éclairée et une application à des cas précis; il s'agit par contre d'une excellente source de renseignements généraux.

Il serait utile si nous pouvions avoir accès aux bases de données de bibliothèques universitaires.

Un accès restreint à la documentation scientifique pertinente au niveau universitaire.

On note également un accès insuffisant à de la **documentation en français**.

Il y a un accès insuffisant à des ressources en français, même si celles-ci existent puisque mes études universitaires ont été faites en grande partie en français, en Ontario. Cela s'applique aux ressources à l'intention des professionnels ainsi qu'aux clients francophones.

Le personnel clinique a soulevé des préoccupations au sujet des obstacles aux **niveaux organisationnels et systémiques**, en indiquant comme obstacles l'établissement de priorités, l'engagement organisationnel et le temps consacré aux activités prescrites de dépistage clinique et de gestion des résultats.

Nous devons organiser et prioriser l'accès aux connaissances de recherche et aux pratiques fondées sur des données probantes. Et (nous) devons intégrer la discussion dans la supervision, en partie par les superviseurs de formation.

Selon moi, l'obstacle le plus important est un obstacle systémique; plus précisément, le manque d'engagement organisationnel qui permet et favorise que le personnel de première ligne ait le temps de recueillir, d'étudier et de mettre en œuvre la documentation pertinente. Je crois que, en théorie, il y a un engagement d'allouer au personnel du temps pour lire et recueillir la documentation et en faire la recherche. En pratique, toutefois, cet engagement est insuffisant lorsque vient le moment de prioriser d'autres demandes, comme les longues listes d'attente, les appels de la part de membres de la communauté et le flux quotidien de familles avec lesquelles nous travaillons.

Il y a trop de temps qui est consacré sur le CAFAS, BPI, (et) l'agrément et trop peu sur les données probantes et le temps de préparation.

Cependant, d'autres se préoccupent de la **disponibilité et de la qualité des résultats de recherche**, et de la partialité envers les **résultats de recherche effectuée en laboratoire** plutôt que la recherche et l'évaluation de l'efficacité sur le terrain.

Il faut être prudent lorsqu'on consulte des renseignements fondés sur des données probantes car (il y existe) d'importantes préoccupations au sujet de fiabilité et de validité dans la recherche humaine. En outre, les recherches sont pour la plupart cognitivo-comportementales (de par sa nature, et) nous ne travaillons pas tous dans ce domaine, (par conséquent) nous manquons des occasions intrigantes. De toute façon, la base de recherche doit comprendre des approches quantitatives ainsi que qualitatives.

Les connaissances fondées sur des données probantes dans le domaine des traitements de jour sont limitées.

Il y a un manque de recherche pertinente relativement aux diverses populations.

Certaines des prétendus genres de « sciences » adhèrent réellement à des techniques plutôt douteuses. Les personnes s'imaginent qu'elles accèdent à des renseignements de pointe, alors qu'en réalité, ils ne valent absolument rien. Heureusement, (il existe) également des genres de sciences « véritables ».

Il n'existe pas beaucoup de recherche sur certains secteurs précis; il y a beaucoup de travail valable qui n'est pas fondé sur des données probantes, et cela ne signifie pas qu'il n'est pas efficace.

Certains membres du personnel clinique indiquent que les **formats et les emplacements pour l'accès constituent** un obstacle important.

Les renseignements sont plus efficacement transmis par le biais de la formation, etc., par conséquent, les finances deviennent l'obstacle.

Tous ont cerné dans cet organisme le besoin de participer à plus d'ateliers, de conférences, etc., toutefois, le budget ne le permet pas.

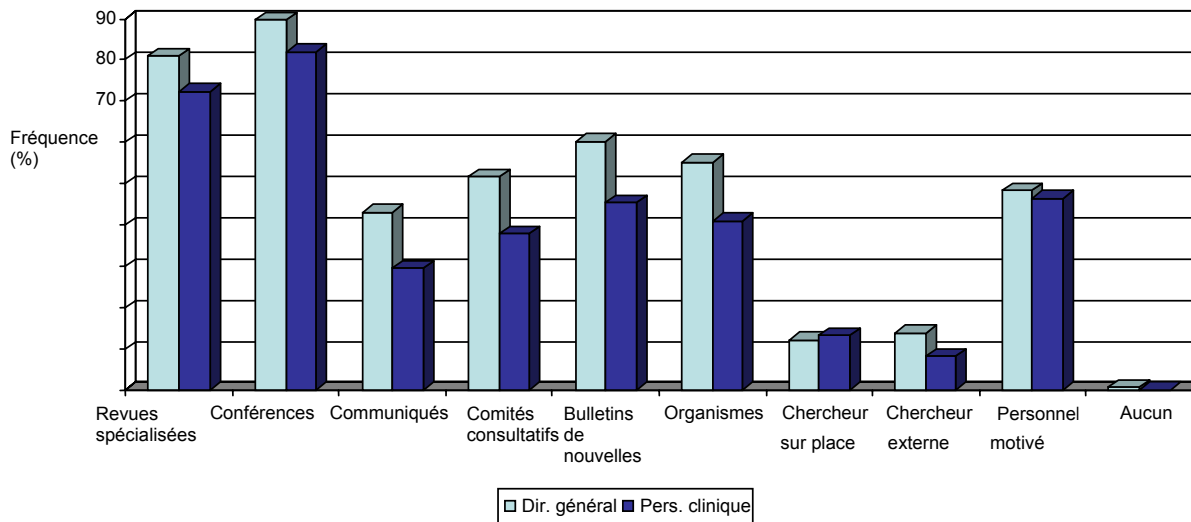
Les conférences et les autres occasions de formation spécialisée ne sont pas facilement accessibles et sont trop coûteuses pour l'organisme. En outre, certains membres du personnel ne savent pas qu'ils ont besoin de formation dans certains secteurs spécialisés.

Certaines **attitudes** relativement au rôle que les résultats de recherche jouent pour informer la clinique pratique comporte également une préoccupation.

Il y a un manque général d'organisation clinique et de direction. D'un autre côté, la plus grande partie du travail clinique peut être effectué efficacement en l'absence des connaissances fondées sur des données probantes.

Le personnel clinique appuie un certain nombre des sources utilisées pour accéder aux renseignements de recherche, démontrant un modèle semblable pour les formats les plus fréquemment appuyés, comme les conférences, les revues spécialisées, les bulletins de nouvelles, les échanges avec d'autres organismes et les comités consultatifs (Tableau 3,3). Il existe une dispersion dans la nature de ces

Tableau 3,3 Quelles sources votre organisme utilise-t-il pour accéder aux renseignements de recherche?



activités dans tous les CSME; certains organismes utilisent un « comité des meilleures pratiques pour discuter et étudier la documentation », tandis que d'autres perçoivent une absence de direction : « nous n'avons pas de direction dans ce secteur ou une personne désignée pour en assumer la responsabilité, alors c'est chacun pour soi, chaque bureau pour soi. »

Capacité d'évaluer la fiabilité et la qualité de la recherche

La plupart des participants provenant des deux groupes ont évalué la capacité de leur organisme d'évaluer la fiabilité et la qualité de la recherche comme étant « plutôt bonne » (Tableau 3,4). Cela indique le besoin pour un certain genre de perfectionnement professionnel continu dans le domaine de l'évaluation des résultats de recherche. Cela nous porte également à se demander si les programmes d'éducation préparent suffisamment les travailleurs des services de santé dans leur capacité d'assimiler et d'évaluer la documentation de recherche. Lorsque nous tournons notre attention du côté des mécanismes utilisés par les organismes pour évaluer la fiabilité et la qualité de la recherche, nous concluons que la crédibilité de la source et de l'organisme, et la confiance envers les membres du personnel en ce qui a trait aux connaissances de recherche, sont les mécanismes les plus souvent utilisés (Figure 3.5).

Tableau 3,4 Comment évalueriez-vous la capacité de votre organisme à ÉVALUER la fiabilité et la qualité de la recherche?

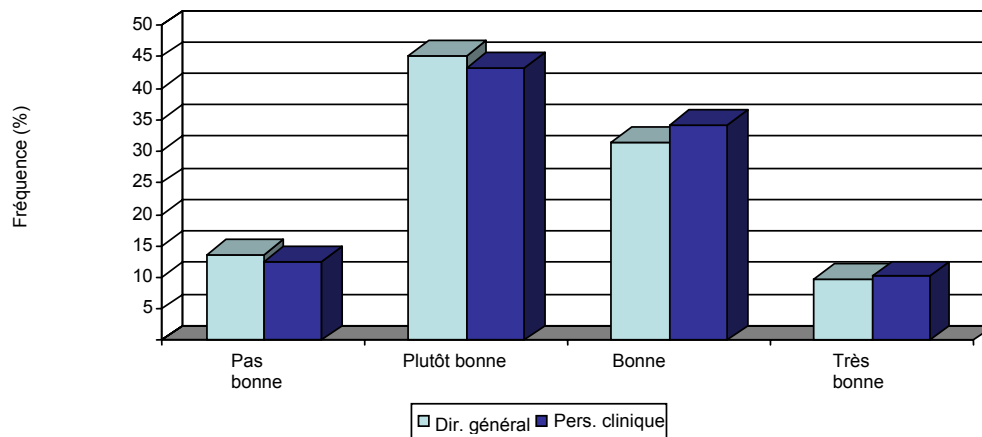
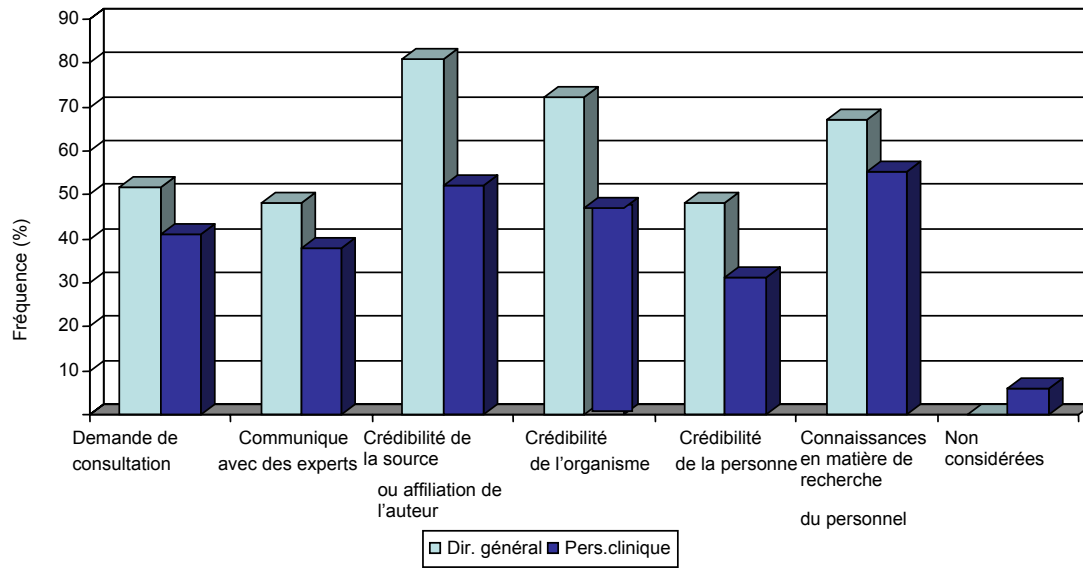


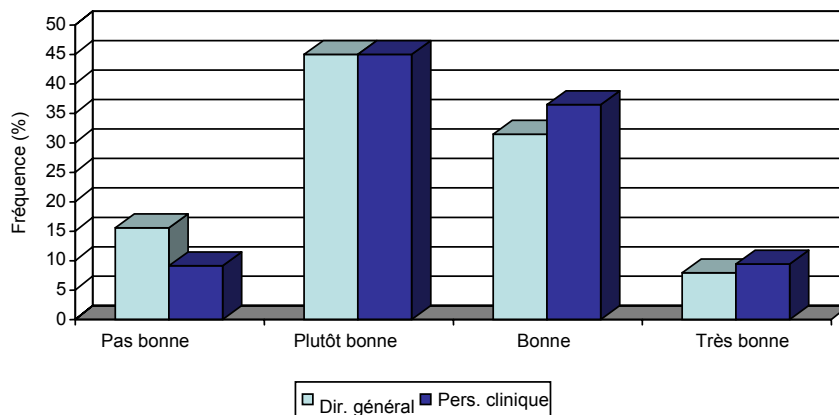
Tableau 3,5 Comment votre organisme évalue-t-il la fiabilité et la qualité des renseignements de recherche?



Capacité d'adapter les renseignements pertinents tirés de la recherche

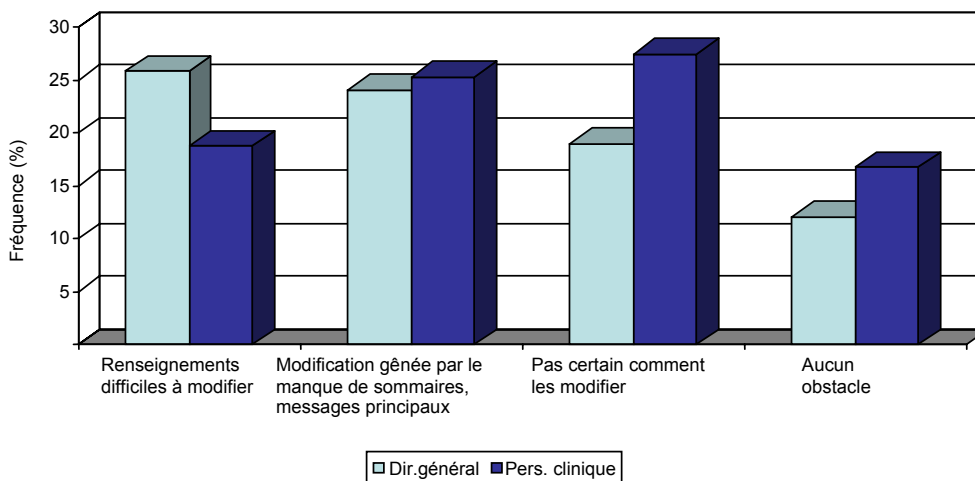
Encore une fois, les résultats démontrent une grande ressemblance entre les directeurs généraux et le personnel clinique relativement à la mesure dans laquelle ils perçoivent que leur organisme peut modifier les renseignements de recherche pour répondre aux besoins des clients et des programmes (Tableau 3,6). Moins de la moitié des deux groupes croient que la capacité de leur organisme d'adapter les connaissances de recherche est « plutôt bonne ». Moins de 10 % des deux groupes estiment que leur capacité est « très bonne », ce qui indique qu'il y a place à de l'amélioration à cet égard et qu'il se peut qu'une formation précise sur la fidélité et la « réinvention » des PFCC soit requise.

Tableau 3,6 Comment évalueriez-vous la capacité de votre organisme d'ADAPTER (modifier pour répondre aux besoins du client ou du programme) les renseignements pertinents tirés de la recherche.



Les participants devaient cerner les obstacles à leur capacité d'adapter les renseignements de recherche pour répondre aux besoins du client ou du programme (Tableau 3,7). Le quart des participants dans les deux groupes n'ont cerné aucun obstacle, cependant, il y avait une certaine entente pour dire que le manque de sommaires, de rapports brefs et de messages principaux sont des obstacles à la capacité organisationnelle de modifier les résultats de recherche selon les besoins des clients et des programmes.

Tableau 3,7 À quels obstacles votre organisme fait-il face pour adapter les renseignements pertinents?



Lorsqu'il devait cerner d'autres obstacles à l'adaptation de la recherche, le personnel clinique pointe largement vers le manque de ressources, p. ex., **le temps du personnel**, comme obstacle important.

Je travaille dans un organisme de traitement en établissement et l'environnement est toujours à un rythme rapide (nous) devons souvent composer avec des situations de crise. Le peu de renseignements que nous recevons sont rapidement perdus parce qu'il n'y a pas de temps alloué au personnel pour qu'il puisse s'asseoir, libre des obligations de première ligne, et lire la documentation, étudier comment nous pourrions mettre en œuvre ce qui pourrait nous aider, etc. En termes simples, obtenir les renseignements est une chose... libérer le personnel de première ligne, celui qui les mettra en œuvre sur une base quotidienne afin de trouver des moyens de les adapter, est la composante qui est souvent négligée. Sans cette deuxième composante, la première est annulée.

La **résistance au changement du personnel** est également cernée comme étant un obstacle.

La résistance de la part de certains membres du personnel si (la) pratique fondée sur des données probantes ne cadre pas avec leur orientation et leur formation cliniques. Certains membres du personnel perçoivent l'inclusion des pratiques fondées sur des données probantes comme étant trop « du haut vers le bas » et normative.

La notion de **fidélité** et le fait que les pratiques fondées sur des données probantes perdent leur validité et leur fiabilité si elles sont modifiées sont également cernés comme étant des obstacles.

Souvent, les pratiques fondées sur des données probantes ne sont pas conçues pour être MODIFIÉES—puisque'elles ne seraient alors pas fondées sur des données probantes (du moins jusqu'à ce qu'elle ait fait l'objet d'une recherche à ce stade).

*Parfois, le modèle utilisé nécessite qu'il soit appliqué dans sa forme exacte afin de garantir la fidélité du programme et les résultats prévus. Un exemple de ceci est le programme *The Incredible Years*.*

La perception que le transfert de PFDP à la pratique clinique doit adhérer strictement à une approche prescrite n'est pas pleinement appuyée par la recherche. Bien qu'il y ait certains traitements dont l'efficacité peut être judicieusement attribuable à la fidélité et à la supervision, il y a d'autres exemples pour lesquels ce n'est pas le cas (Nock et al., 2004). Les éléments clés liés aux adaptations efficaces comprennent des mesures de mise en oeuvre fiables pour distinguer les questions de mise en œuvre des questions d'efficacité, et une compréhension des principes sous-jacents afin que les adaptations n'enfreignent pas les principes liés à l'efficacité (Le Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Dusenbery et al., 2003).

Capacité d'appliquer les connaissances de recherche

Les directeurs généraux et le personnel clinique perçoivent que leur organisme met en œuvre et adopte les renseignements de recherche « plutôt bien » (Tableau 3,8). Tel que mentionné auparavant, ces résultats offrent un bon point de repère et indiquent qu'il y a place à de l'amélioration.

Les directeurs généraux et le personnel clinique partagent sensiblement la même perception des obstacles qui ralentissent la mise en œuvre et l'adoption de renseignements de recherche dans la pratique clinique (Tableau 3,9). La moitié des participants des deux groupes reconnaissent que le changement organisationnel est difficile à effectuer, dont presque autant se sentent incertains de

comment faire le lien entre la recherche et la pratique. Un tiers des participants dans les deux groupes perçoivent la généralisabilité et la nature souvent contradictoire des renseignements de recherche et le manque d'aide précise en matière de mise en oeuvre comme étant des obstacles additionnels.

Tableau 3,8 Dans quelle mesure votre organisme est-il en mesure d'APPLIQUER les renseignements de recherche?

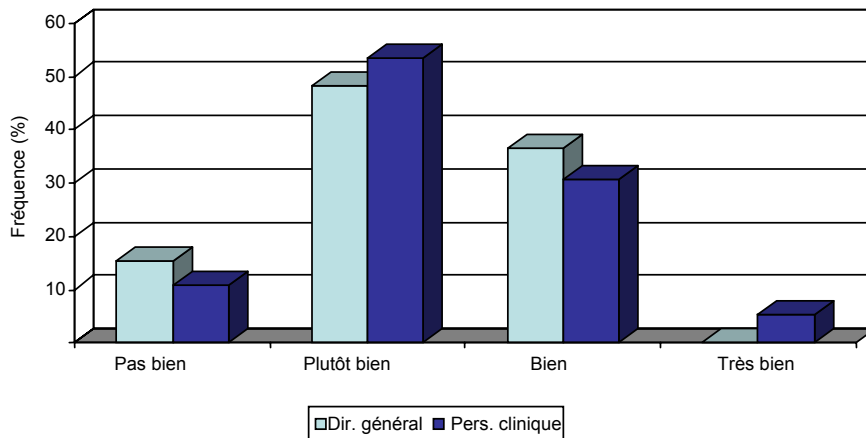
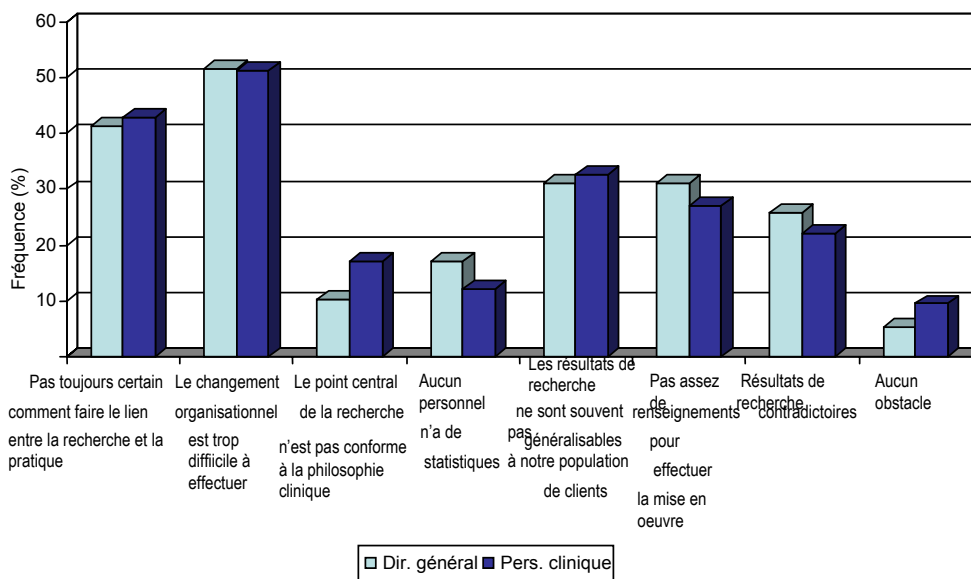


Tableau 3,9 À quels obstacles votre organisme fait-il face lors de l'application des renseignements de recherche?



Sommaire

En général, il y a un consensus entre les directeurs généraux et le personnel clinique relativement à la capacité de leur organisme pour l'utilisation—l'accès, l'évaluation, l'adaptation et l'application—des connaissances de recherche. En général, les deux groupes estiment que leur organisme utilise les renseignements de recherche « plutôt bien ». Ces constatations offrent un point de repère important pour les organismes membres de SMEO à partir duquel ils peuvent tenir compte des changements dans leur capacité d'accès, d'évaluation, d'adaptation et d'application des connaissances de recherche sur une période déterminée.

Préparation organisationnelle au changement

La documentation cerne les facteurs importants qui semblent influencer sur le transfert de PFDP aux praticiens dans le domaine, toutefois, il faut améliorer la compréhension de ce processus (Simpson 2002). Simpson et ses collègues ont incorporé ces facteurs importants comme éléments dans une structure intégrée. Ce genre d'infrastructure est particulièrement important en vue de mener des études systématiques d'efforts dans le but de disséminer les innovations de traitement faisables et efficaces.

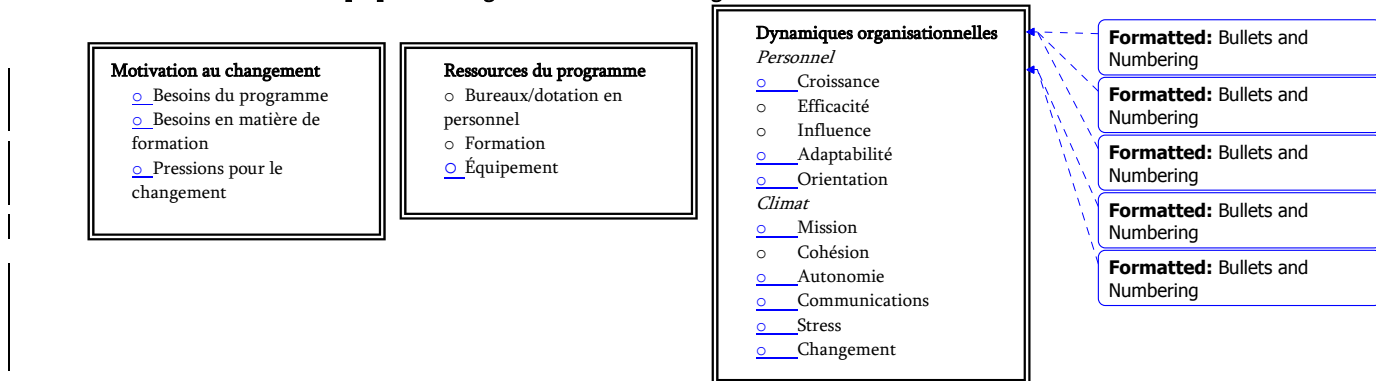
Bien que le « changement » aux niveaux personnel et organisationnel soit uniforme et universel, le fait de le rendre intentionnel et positif nécessite de l'attention et de la planification. C'est particulièrement le cas au niveau organisationnel, qui incorpore les attitudes, les actions et les relations collectives d'un groupe de personnes. Il y a un consensus en expansion que les problèmes à transférer la recherche dans la pratique sont plus vraisemblablement attribuables à des facteurs organisationnels (p. ex., attitudes de la direction, ressources du personnel, stress organisationnel, les contraintes financières réglementaires, le style de gestion, la tolérance au changement) qu'à la façon à laquelle la documentation est disséminée (p. ex., présentation, formation, déploiement).

Modèle de changement de programme de la Texas Christian University (TCU)

Simpson (2002) présente un modèle de processus de changement de programme qui décrit l'introduction de nouvelles connaissances dans un programme ou un organisme. Ce processus comprend l'exposition à la nouvelle connaissance (c'est-à-dire la nouvelle pratique), l'adoption de la pratique ou de la connaissance, la mise en œuvre ou l'usage exploratoire, et la pratique ou l'usage courant. S'il est complètement réussi, le processus de changement peut mener à un changement au programme ou à un changement organisationnel et à une amélioration. Les attributs organisationnels peuvent avoir un impact sur chacun de ces stades du transfert. La préparation collective et individuelle (p. ex., motivation et ressources) et les dynamiques organisationnelles, comme le climat pour le changement et les attributs du personnel sont d'une importance particulière.

La documentation cerne des facteurs importants qui semblent influencer sur le processus de changement. L'évaluation de la préparation organisationnelle au changement (POC) de la TCU se concentre sur les dimensions et les sous-échelles, tel qu'illustré dans le Tableau 3,10.

Tableau 3,10 – Dimensions de la préparation organisationnelle au changement de la TCU



La préparation motivationnelle par les dirigeants et les membres du personnel (définie comme un besoin perçu et une pression au changement) est combinée aux attributs personnels (p. ex., croissance professionnelle, l'efficacité, l'influence et l'adaptabilité) pour faciliter la mise en oeuvre des nouvelles connaissances ou pratiques. Les facteurs de climat organisationnel (p. ex., clarté de la mission et des buts, cohésion du personnel, communication et ouverture au changement) et les ressources de l'organisme (p. ex., nombre d'employés, ressources physiques, fréquence de la formation et usage de l'ordinateur) sont des composantes additionnelles à prendre en considération. La préparation motivationnelle est essentielle, toutefois, et est sujette aux influences externes de la part des organismes de financement et des paires. Elle a également un effet facilitateur sur le climat organisationnel, et une plus grande motivation de la part du dirigeant peut faire en sorte que le personnel transformera les buts de l'organisme et augmentera leur préparation au changement.

L'évaluation de la préparation organisationnelle au changement de la TCU comprend 115 articles de genre Likert (Échelle en 5 points d'accord-pas d'accord) pour mesurer les 18 domaines décrits dans le Tableau 4,10. Son développement a été guidé par la documentation récente sur le transfert de la technologie (Backer, David, & Soucy, 1995), le transfert de la formation (Goldstein, 1991), le développement et le changement organisationnels (Judge, Thoresen, Pucik, & Welbourne, 1999; Porras & Roberston, 1992), et le climat organisationnel (Furnham & Gunter, 1993; James & McIntyre, 1996; Koys & DeCotiis, 1991). Les évaluations au niveau de l'organisme peuvent être les plus difficiles parce qu'elles nécessitent que des données soient recueillies des personnes au sein d'un organisme et ensuite rassemblées de façons qui « représentent » l'organisme. La POC a été adaptée pour l'utilisation dans ce contexte. Plus précisément, la version du directeur général a été réduite à 66 articles sur 115, et la version du personnel clinique, à 67 articles. De plus, le langage a été modifié dans une certaine mesure afin qu'il convienne mieux au secteur de la santé mentale pour enfants, plutôt qu'aux établissements de toxicomanie, pour lesquelles cette mesure avait été initialement créée et évaluée. Des versions parallèles ont été adaptées à l'intention du directeur de programme (directeur général) et à l'intention du personnel clinique (voir l'Annexe B). La POC se concentre sur les caractéristiques organisationnelles qui prédisent les changements de programme, et elle peut servir d'outil diagnostique pour la planification d'interventions dans le but d'améliorer le fonctionnement de l'organisme. Pour les fins de cette étude, les articles étaient conservés s'ils étaient jugés comme étant assez pertinents par l'équipe du projet et le sous-comité de SMEO.

Fiabilité des échelles

La fiabilité de chacune des 18 échelles (modifiées) de la POC a été calculée au moyen de l'Alpha de Cronback. Les résultats des versions POC-DG et POC-PC sont présentés dans le Tableau 3,4. En général, 6 des 18 échelles pour les directeurs généraux et 9 des 18 échelles pour le personnel clinique présentent une fiabilité de plus de 0,60. Ce niveau de fiabilité parmi les articles d'échelle est légèrement plus faible que la fiabilité prévue par les auteurs des échelles (Lehman, Greener, & Simpson, 2002), indiquant que les articles des sous-échelles ne mesurent pas un concept unidimensionnel latent, ou qu'il y a un consensus moins uniforme relativement aux concepts des sous-échelles parmi notre groupe de directeurs généraux et de membres du personnel clinique. Par contre, il est important de noter que les articles d'échelle ont été utilisés dans ce contexte parce que la documentation empirique soutient que ceux-ci, ainsi que leurs concepts sous-jacents, sont importants au processus du changement, et qu'ils sont utilisés d'une façon exploratoire et descriptive plutôt que dans le but de confirmer des hypothèses précises. De plus, plusieurs articles de l'échelle initiale ont été effacés au moyen d'un processus de consultation entre l'équipe du projet et le sous-comité de SMEO, et lorsqu'on réduit le nombre d'articles, la fiabilité de l'échelle est réduite. Ainsi, nos données ne constituent pas un test psychométrique véritable des articles et des sous-échelles de la POC.

Tableau 3,4 – Propriétés psychométriques du sondage adapté sur la préparation organisationnelle au changement

Sous-échelle	Articles	Directeurs généraux (N=48)	Articles	Personnel clinique (N=414)
Motivation au changement				
Besoins du programme en matière d'amélioration	6	0,75	7	0,84
Besoins immédiats en matière de formation	4	0,79	4	0,73
Pressions pour le changement	7	0,70	7	0,64
Suffisance des ressources				
Bureaux	3	0,50	3	0,57
Personnel	4	0,10	3	0,18
Formation	3	0,32	3	0,60
Accès à l'ordinateur	7	0,59	7	0,54
Communications électroniques	4	0,76	4	0,69
Attributs du personnel				
Croissance	3	0,53	3	0,60
Efficacité	2	0,21	2	0,38
Influence	3	0,61	3	0,52
Adaptabilité	3	0,56	3	0,41
Climat organisationnel				
Mission	2	0,49	2	0,36
Cohésion	2	0,85	2	0,72
Autonomie	3	0,22	3	0,27
Communication	2	0,31	2	0,59
Stress	3	0,47	3	0,68
Changement	5	0,45	5	0,60

Sous-échelles de la préparation organisationnelle au changement

Les médianes et les écarts-types (ET) des sous-échelles modifiées de la POC à l'intention du personnel clinique et des directeurs généraux sont indiqués dans le Tableau 3.5. Des scores plus élevés sur une échelle indiquent « une plus grande » représentation de cet attribut. Les scores pour chaque échelle sont obtenus en faisant la somme des réponses à son ensemble d'articles (après avoir inversé les scores aux articles étudiés en soustrayant l'article de 6), en divisant la somme par le nombre d'articles inclus (donnant une moyenne), et en multipliant par 10 afin de remettre à l'échelle les scores finaux pour qu'ils se situent dans l'écart 10-50 (p. ex., une réponse moyenne de 2,6 pour une échelle devient un score de 26).

Préparation motivationnelle au changement

Les forces de motivation au changement sont complexes, mais elles comprennent les perceptions de l'état actuel en ce qui a trait au fonctionnement clinique (p. ex., évaluation et services) ainsi qu'organisationnel (p. ex., enregistrement des données cliniques et financières) (Lehman et al., 2002). Sauf si la motivation est « activée », il est peu probable que les personnes au sein d'un organisme initieront des changements de comportement. Pour ce qui est des trois secteurs qui semblent particulièrement importants à la préparation motivationnelle au changement, les résultats indiquent que les directeurs généraux perçoivent un niveau considérablement plus élevé de *besoins en matière de programme*, tandis que le personnel clinique perçoit un niveau plus élevé de *pressions pour le changement*. Il y avait un consensus entre les deux groupes pour ce qui est de leur perception des *besoins immédiats en matière de formation*.

Table 3.5 – Préparation organisationnelle au changement : médianes et écarts-types pour le personnel clinique et les directeurs généraux

	Directeur général (N=39)		Personnel clinique (N=303)		T
	Médiane	ET	Médiane	ET	
Motivation au changement					
Besoins en matière d'amélioration des programmes	33,38	7,12	28,44	7,74	-3,799**
Besoins immédiats en matière de formation	29,61	9,02	27,94	8,35	-1,165
Pressions pour le changement	28,24	6,59	32,76	5,63	4,623**
Suffisance des ressources					
Bureaux	34,62	7,48	31,94	10,01	-2,017
Dotation en personnel	27,82	4,77	27,81	5,95	-0,15
Formation	36,67	6,49	35,09	8,39	-1,373
Accès aux ordinateurs	34,25	5,69	36,12	5,76	1,906
Communication électronique	42,18	5,17	42,32	6,10	0,136
Attributs du personnel					
Croissance	29,91	8,74	29,87	8,23	-0,033
Efficacité	38,97	4,32	39,84	5,19	0,992
Influence	37,95	5,70	39,26	5,22	1,465

Adaptabilité	38,97	5,83	38,86	5,02	-0,136
<i>Climat organisationnel</i>					
Mission	37,95	6,56	39,49	6,28	1,435
Cohésion	36,79	8,92	34,06	9,78	-1,661
Autonomie	36,50	5,18	36,34	5,57	-0,170
Communication	39,10	5,11	35,58	8,30	-3,720
Stress	32,56	6,60	34,95	8,07	1,772
Changement	37,95	3,99	34,75	5,46	-4,503

* p < 0,05, ** p < 0,0001

Le besoin en matière d'amélioration des programmes est une réflexion des forces et des faiblesses perçues d'un programme. Les préoccupations en matière de direction peuvent être principalement axées sur le flux de patients, les systèmes d'évaluation et de rapport, les systèmes d'envoi en consultation, les dossiers de facturation, etc., tandis que le personnel clinique peut être plus sensibilisé aux besoins du patient en matière d'évaluation des besoins à son accès aux services. En raison de ces différentes préoccupations entre la direction et le personnel, les échelles correspondantes dans les versions à l'intention des directeurs généraux et le personnel clinique de la POC ont un différent ensemble d'articles pour ce domaine.

Tableau 3,6 – Besoin en matière d'amélioration des programmes

Besoins en matière de programme						
<i>Votre organisme a besoin d'aide dans les domaines ci-dessous</i>						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Évaluer les besoins des clients.	17,2	56,6	6,4	18,6	1,2	2,30
Jumeler les besoins aux services.	10,5	44,5	8,6	33,7	2,6	2,73
Augmenter la participation des clients aux programmes.	5,8	37,3	15,3	35,1	6,5	2,99
Mesurer le rendement des clients.	6,2	34,5	12,9	38,8	7,4	3,07
Augmenter la qualité générale du service.	9,8	37,2	13,7	34,5	4,8	2,87
Utiliser l'évaluation des clients pour guider les décisions cliniques et de programme.	7,4	46,2	12,0	29,9	4,5	2,78
Utiliser les évaluations des clients afin de documenter l'efficacité des programmes.	6,5	29,8	18,0	39,7	6,0	3,09
Directeurs généraux						

Documenter les besoins du client en matière de services pour décider d'un traitement.	6,0	54,0	14,0	26,0	–	2,60
Surveiller et évaluer le rendement des clients sur une période.	4,0	20,0	8,0	54,0	14,0	3,54
Obtenir des renseignements qui peuvent permettre de documenter l'efficacité des programmes.	6,0	10,0	10,0	56,0	18,0	3,70
Évaluer le rendement du personnel et le fonctionnement de l'organisme.	4,1	49,0	14,3	22,4	10,2	2,86
Choisir de nouvelles interventions et stratégies de traitement pour lesquelles le personnel a besoin de formation.	2,0	28,6	12,2	51,0	6,1	3,31
Générer des rapports de gestion en temps opportun pour les données cliniques et les résultats.	2,0	18,0	6,0	54,0	20,0	3,72

Les directeurs généraux perçoivent un plus grand besoin d'aide pour surveiller et évaluer le rendement des clients, obtenir des renseignements qui peuvent permettre de documenter l'efficacité des programmes, choisir de nouvelles interventions et stratégies de traitement pour lesquelles le personnel a besoin d'une formation, et générer des rapports de gestion en temps opportun pour les données cliniques et les résultats. (Tableau 3,6). Le personnel clinique perçoit qu'une aide est requise pour mesurer le rendement des clients et utiliser les évaluations des clients pour documenter l'efficacité des programmes.

Les *besoins en matière de formation* évaluent les perceptions du besoin en matière de formation dans plusieurs secteurs généraux du personnel. Les intérêts du personnel clinique reposent sur la formation qui les aiderait à augmenter la participation des clients dans le traitement et dans l'utilisation d'évaluations informatisées (Tableau 3,7). Il est possible que ce dernier article se rapporte à l'outil provincial de mesure des résultats. Les directeurs généraux perçoivent les besoins en matière de formation dans la surveillance des progrès des clients et dans l'utilisation d'évaluations informatisées.

Tableau 3,7 – Besoins en matière de formation

Besoins en matière de formation						
<i>Vous avez besoin de formation pour les raisons ci-dessous :</i>						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement en accord	Moyenne des réponses
Évaluer les problèmes et	15,0	53,2	6,3	24,3	1,2	2,43

les besoins du client.						
Augmenter la participation du client dans le traitement.	8,9	34,5	9,4	42,9	4,3	2,99
Surveiller les progrès du client.	8,2	40,9	10,2	36,8	3,9	2,87
Utiliser des évaluations informatisées.	12,5	33,1	12,2	35,0	7,2	2,91
Directeurs généraux						
Évaluer les problèmes et les besoins du client.	6,0	56,0	4,0	24,0	10,0	2,76
Augmenter la participation du client dans le traitement.	12,0	40,0	8,0	38,0	2,0	2,78
Surveiller les progrès du client.	8,0	30,0	14,0	42,0	6,0	3,08
Utiliser des évaluations informatisées.	12,2	14,3	6,1	61,2	6,1	3,35

La *pression pour le changement* peut provenir de sources internes (p. ex., personnel) ou externes (p. ex., règlements et financement). Ces pressions varient dans leur intensité et forment un index sommatif dans lequel il est probable qu'elles atteignent un niveau suffisant pour qu'une décision soit prise qu'à un niveau plus élevé. Tel que noté au Tableau 3,8, le personnel clinique perçoit un niveau de *pression pour le changement* considérablement plus élevé que les directeurs généraux. Tandis que le personnel clinique perçoit que la pression pour le changement provient des membres du personnel, des superviseurs, des membres du conseil d'administration, des bailleurs de fonds et des organismes d'agrément, les directeurs généraux se sentent moins imposés par leur conseil d'administration et par les organismes d'agrément. Ni l'un ou l'autre des deux groupes ne ressent de la pression pour le changement de la part des clients et des groupes de consommateurs.

Table 3.8 – Pression au changement

Pression au changement						
<i>Les pressions actuelles pour apporter des changements organisationnels proviennent de :</i>						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Clients inscrits au programme	10,2	43,9	11,7	29,5	4,6	2,74
Personnel du programme	3,4	23,8	11,7	52,6	8,5	3,39
Superviseurs ou gestionnaires du programme	1,5	9,9	9,2	62,5	16,9	3,84
Membres du conseil d'administration de l'organisme	5,6	25,7	34,1	28,9	5,6	3,03
Groupes d'action communautaire	7,5	38,8	28,4	23,9	1,5	2,73
Ministère et autres bailleurs de fonds	1,7	9,2	16,8	39,0	20,2	3,91
Organismes d'agrément ou de délivrance de licences	2,2	21,7	16,8	39,0	20,2	3,53
Directeurs généraux						
Clients inscrits au programme	17,0	44,7	8,5	21,3	8,5	2,60
Personnel du programme	6,1	32,7	12,2	42,9	6,1	3,10
Superviseurs ou gestionnaires du programme	2,0	28,6	2,0	51,0	16,3	3,51
Membres du conseil d'administration de l'organisme	12,5	62,5	2,1	20,8	2,1	2,38
Groupes d'action communautaire	10,4	56,3	14,6	14,6	4,2	2,46
Ministère et autres bailleurs de fonds	6,1	24,5	12,2	49,0	8,2	3,29
Organismes d'agrément ou de délivrance de licences	4,1	53,1	16,3	20,4	6,1	2,71

Suffisance des ressources

Outre le climat psychologique qui enveloppe l'organisme, les installations, les modèles et la formation du personnel, et l'équipement sont également d'importants facteurs à prendre en considération pour déterminer le comportement organisationnel (Brown, 1997; Burrington, 1987; Jones & James, 1979; Pond et al., 1984). Dans certains cas, le changement organisationnel peut être grandement désirable mais peu probable en raison de la charge de travail du personnel, de la pratique clinique et des ressources. Cinq secteurs de ressources sont évalués par la POC.

L'article *Bureau* se rapporte à la suffisance de l'espace de bureau et de l'espace physique disponible. L'insuffisance de ces ressources réduit la capacité du personnel à incorporer de nouvelles approches de traitement et il est probable qu'elle est liée à un manque général de ressources financières. Tel qu'indiqué au Tableau 3,9, les directeurs généraux et le personnel clinique perçoivent leur bureau comme étant suffisant pour offrir des services, bien que 44 % du personnel clinique aient de faibles opinions (Fortement en désaccord, En désaccord) de la suffisance des bureaux pour le traitement en groupe, et cela peut influencer sur la mise en oeuvre future de TFDP de groupe.

Table 3,9 – Bureaux

Bureaux						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Nos bureaux et notre équipement sont suffisants.	9,1	25,5	5,7	47,5	12,2	3,28
Nos bureaux sont suffisants pour offrir du counseling de groupe.	14,2	30,0	7,0	41,1	7,5	3,02
Nos bureaux offrent le caractère privé requis pour le counseling individuel.	10,3	17,0	8,6	47,0	17,0	3,43
Directeurs généraux						
Nos bureaux et notre équipement sont suffisants.	10,0	28,0	2,0	48,0	12,0	3,24
Nos bureaux sont suffisants pour offrir du counseling de groupe.	–	6,0	4,0	76,0	14,0	3,98
Nos bureaux offrent le caractère privé requis pour le counseling individuel.	6,0	32,0	4,0	48,0	10,0	3,24

La *dotation en personnel* se concentre sur le nombre et la qualité des membres du personnel disponibles pour faire le travail. Ici encore, nous remarquons un consensus entre les directeurs généraux et le personnel clinique qui perçoivent qu'il y a trop peu de personnel clinique pour répondre

à la demande actuelle des clients, et qu'un personnel de soutien plus important est requis pour aider à répondre aux besoins du programme (voir le Tableau 3,10). Ce manque de ressources humaines est appuyé par des rapports isolés dans le domaine au cours de la dernière décennie.

Tableau 3,10 – Dotation en personnel

Dotation en personnel						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Nous avons assez de cliniciens pour répondre aux besoins actuels les clients.	46,6	33,9	6,5	9,4	3,6	1,89
Un personnel de soutien plus important est requis pour aider à répondre aux besoins des programmes. ® ²	0,7	20,6	16,5	38,6	23,5	3,64
Le roulement fréquent du personnel est un problème pour ce programme.®	11,5	40,0	14,6	22,7	11,2	2,82
Notre personnel clinique est bien formé.	2,6	7,9	13,9	62,2	13,4	3,76
Directeurs généraux						
Nous avons assez de cliniciens pour répondre aux besoins actuels les clients.	44,9	34,7	2,0	12,2	6,1	2,00
Un personnel de soutien plus important est requis pour aider à répondre aux besoins des programmes. ®	4,0	16,0	10,0	42,0	28,0	3,74
Le roulement fréquent du personnel est un problème pour ce programme. ®	18,0	42,0	16,0	18,0	6,0	2,52

Les *ressources consacrées à la formation* comprennent le soutien administratif et financier envers la formation et le perfectionnement du personnel clinique. Le Tableau 3,11 indique qu'il y a également consensus ici par rapport à la suffisance de la formation comme priorité organisationnelle et aux occasions offertes au personnel et aux directeurs généraux pour apprendre de nouvelles compétences lors de congrès professionnels.

² ® indique que les résultats ont été inversés.

Tableau 3,11 – Formation

Formation						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
La formation et l'éducation permanente du personnel sont des priorités dans cet organisme.	6,0	19,6	13,6	44,5	16,3	3,45
Vous avez appris de nouvelles compétences ou techniques lors d'une conférence professionnelle au cours de la dernière année.	3,8	17,0	5,5	57,1	16,5	3,65
L'organisme offre des ateliers de formation régulièrement.	4,3	19,2	10,1	53,6	12,7	3,51
Directeurs généraux						
La formation et l'éducation permanente du personnel sont des priorités dans cet organisme.	–	8,0	8,0	44,0	40,0	4,16
Vous avez appris de nouvelles compétences ou techniques lors d'une conférence professionnelle au cours de la dernière année.	–	20,0	6,0	58,0	16,0	3,70
L'organisme offre des ateliers de formation régulièrement.	2,0	8,0	8,0	72,0	10,0	3,80

L'accès aux ordinateurs se rapporte à la suffisance et à l'usage des ordinateurs. Les directeurs généraux et le personnel clinique sont d'accord au sujet de la suffisance de l'accès aux ordinateurs, à l'informatisation de la documentation des clients et à l'état de fonctionnement des ordinateurs (voir le Tableau 3,12). Cette constatation n'est pas conforme aux perceptions tirées de notre travail dans le but d'appuyer la mise en oeuvre de l'outil d'évaluation des résultats autorisé partout en Ontario, où, au cours des cinq dernières années, nous avons entendu des rapports isolés au sujet de l'insuffisance d'ordinateurs dans tout le secteur.

Tableau 3,12 – Accès aux ordinateurs

Accès aux ordinateurs						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Les évaluations de client dans cet organisme sont habituellement effectuées au moyen d'un ordinateur.	11,1	32,6	10,9	32,1	13,3	3,04
Les problèmes d'ordinateur sont habituellement réglés en temps opportun dans cet organisme.	4,8	17,8	7,7	52,6	17,1	3,59
La plupart des dossiers de client sont informatisés.	8,2	20,6	5,8	41,7	23,7	3,52
Vous avez un ordinateur que vous pouvez utiliser dans votre espace de bureau personnel au travail.	1,0	2,4	0,2	50,0	46,4	4,39
L'équipement d'ordinateur est surtout ancien et désuet dans cet organisme.®	19,6	47,4	13,9	14,8	4,3	2,34
Vous vous sentez à l'aise d'utiliser les ordinateurs.	1,0	5,0	5,5	57,9	8,6	2,71
Il faut plus d'ordinateurs dans cet organisme pour l'usage du personnel.®	14,4	41,9	10,5	24,6	8,6	2,71
Directeurs généraux						
Les évaluations de client dans cet organisme sont habituellement effectuées au moyen d'un ordinateur.	10,2	30,6	12,2	36,7	10,2	3,06
Les problèmes d'ordinateur sont habituellement réglés en temps opportun dans cet organisme.	–	20,0	18,0	52,0	10,0	3,52
La plupart des dossiers de client sont informatisés.	8,0	24,0	4,0	54,0	10,0	3,34
Vous avez un ordinateur que vous pouvez utiliser dans votre espace de bureau personnel au travail.	–	2,0	–	60,0	38,0	4,34

L'équipement d'ordinateur est surtout ancien et désuet dans cet organisme.®	16,0	44,0	12,0	22,0	6,0	2,58
Le personnel se sent à l'aise d'utiliser les ordinateurs.	2,0	14,0	20,0	56,0	8,0	3,54
Il faut plus d'ordinateurs dans cet organisme pour l'usage du personnel.®	12,0	46,0	8,0	26,0	8,0	2,72

Afin d'explorer ceci plus à fond, nous avons comparé les réponses de ce concept entre les membres du personnel clinique qui ont répondu au sondage sur Internet et ceux qui ont répondu en remplissant la version Word du sondage (notez que tous les directeurs généraux ont répondu au sondage sur Internet). Nous n'avons trouvé aucune différence dans ce cas-ci, bien qu'il soit évident que les participants sur papier sont davantage d'accord avec le besoin de plus d'ordinateurs au sein de l'organisme, tel qu'indiqué dans le Tableau 3,13.

Tableau 3,13 – Accès à l'ordinateur selon la méthode de participation au sondage

Accès à l'ordinateur pour le personnel clinique comme fonction du sondage sur Internet ou sur papier						
Sondage sur Internet	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Les évaluations de client dans cet organisme sont habituellement effectuées au moyen d'un ordinateur.	11,2	32,7	12,1	32,4	11,5	3,00
Les problèmes d'ordinateur sont habituellement réglés en temps opportun dans cet organisme.	3,8	18,3	8,3	52,4	17,2	3,61
La plupart des dossiers de client sont informatisés.	8,3	19,8	5,6	41,9	24,5	3,55
Vous avez un ordinateur que vous pouvez utiliser dans votre espace de bureau personnel au travail.	0,9	2,4	0,3	50,9	45,6	4,38
L'équipement d'ordinateur est surtout ancien et désuet dans cet organisme.®	20,3	47,9	14,7	13,5	3,5	2,32
Vous vous sentez à l'aise d'utiliser les ordinateurs.	0,9	5,0	5,3	58,8	30,0	4,12
Il faut plus d'ordinateurs dans cet organisme pour l'usage du	13,2	44,1	11,5	22,6	8,5	2,69

personnel.®						
Sondage sur papier						
Les évaluations de client dans cet organisme sont habituellement effectuées au moyen d'un ordinateur.	10,7	32,0	5,0	30,7	21,3	3,20
Les problèmes d'ordinateur sont habituellement réglés en temps opportun dans cet organisme.	9,0	15,4	5,1	53,8	16,7	3,54
La plupart des dossiers de client sont informatisés.	7,7	24,4	6,4	41,0	20,5	3,42
Vous avez un ordinateur que vous pouvez utiliser dans votre espace de bureau personnel au travail.	1,3	2,6	–	46,2	50,0	4,41
L'équipement d'ordinateur est surtout ancien et désuet dans cet organisme.®	16,7	44,9	10,3	20,5	7,7	2,58
Le personnel se sent à l'aise d'utiliser les ordinateurs.	1,3	5,1	6,4	53,8	33,3	4,13
Il faut plus d'ordinateurs dans cet organisme pour l'usage du personnel.®	19,2	32,1	6,4	33,3	9,0	2,81

Les *communications électroniques* se rapportent à l'usage du courrier électronique et d'Internet pour les communications professionnelles, le réseautage et l'accès aux renseignements. On estime à 7,9 millions (64 %) des 12,3 millions de foyers canadiens dont au moins un membre s'est servi d'Internet régulièrement en 2003, à la maison, au travail, à l'école, à la bibliothèque publique ou à un autre endroit (Statistique Canada 2005). La recherche ne fait que commencer afin de déterminer l'usage d'Internet parmi les professionnels de la santé. Une étude sur l'usage de l'ordinateur parmi les infirmières semble indiquer que l'usage d'Internet au travail est faible parmi les infirmières comparativement à d'autres groupes, malgré un accès suffisant au travail (Estabrooks, O'Leary, Ricker, & Humphrey, 2003). Cette étude a démontré que, tandis que 57,8 % des infirmières avaient accès à un ordinateur, seulement 45,2 % l'utilisaient. Seulement 5,1 % d'entre elles utilisaient un ordinateur pour chercher des renseignements sur la pratique sur Internet pendant qu'elles se trouvaient au travail. Dans notre étude, environ 90 % du personnel clinique et des directeurs généraux indiquent qu'ils ont utilisé Internet au cours du dernier mois et y ont facilement accès, tandis qu'un taux légèrement plus faible—environ 80 %—ont utilisé Internet pour obtenir des renseignements liés au travail. Comme précédemment, il n'y a pas de différences entre les perceptions des directeurs généraux et du personnel clinique (voir Tableau 3,14).

Table 3.14 – Communications électroniques

Communications électroniques						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Vous avez utilisé Internet au cours du dernier mois.	2,2	7,4	1,0	44,7	44,7	4,22
Vous avez facilement accès à Internet au travail.	1,0	2,4	2,4	44,3	50,0	4,40
Vous avez utilisé Internet pour obtenir des renseignements liés au travail.	1,4	7,7	3,8	62,7	24,4	4,01
Vous avez un accès pratique au courrier électronique au travail.	1,7	1,7	1,7	48,7	46,3	4,36
Directeurs généraux						
Vous avez utilisé Internet au cours du dernier mois.	–	4,0	–	48,0	48,0	4,40
Vous avez facilement accès à Internet au travail.	–	–	4,0	54,0	42,0	4,38
Vous avez utilisé Internet pour obtenir des renseignements liés au travail.	–	2,0	6,0	58,0	34,0	4,24
Vous avez un accès pratique au courrier électronique au travail.	–	6,0	2,0	58,0	34,0	4,20

Encore ici, nous tentions de comparer les réponses des membres du personnel clinique qui ont participé au sondage sur Internet et ceux qui ont envoyé par télécopieur la version Word du sondage. Tel qu'indiqué au Tableau 3,15, nous ne décelons aucune différence entre les deux groupes.

Tableau 3,15 – Communications électroniques selon la méthode de participation au sondage

Communications électroniques du personnel comme fonction du sondage (version électronique vs. version sur papier)						
Version électronique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Vous avez utilisé Internet au	1,8	7,4	0,9	46,5	43,5	4,23

cours du dernier mois.						
Vous avez facilement accès à Internet au travail.	0,3	1,8	2,9	44,6	50,4	4,43
Vous avez consulté Internet pour obtenir des renseignements liés au travail.	1,5	7,9	2,9	62,6	25,0	4,02
Vous avez un accès pratique au courrier électronique au travail.	1,2	1,5	1,5	49,6	46,3	4,38
Sondage sur papier						
Vous avez utilisé Internet au cours du dernier mois.	3,8	7,7	1,3	37,2	50,0	4,22
Vous avez facilement accès à Internet au travail.	3,9	5,2	–	42,9	48,1	4,26
Vous avez consulté Internet pour obtenir des renseignements liés au travail.	1,3	6,4	7,7	62,8	21,8	3,97
Vous avez un accès pratique au courrier électronique au travail.	3,8	2,6	2,6	44,9	46,2	4,27

Attributs du personnel

La recherche sur l'adaptation gestionnaire (Judge et al., 1999), le professionnalisme (Bartol 1979), et les modèles de changement de comportement (Fishbein, 1995) convergent sur des dimensions d'attitude et de fonctionnement semblables qui influent sur le changement organisationnel. Celles-ci ont été réduites à quatre secteurs clés. La *croissance* mesure l'importance que le clinicien accorde aux occasions de croissance professionnelle et la façon à laquelle il les perçoit. Une faible importance ou de faibles occasions de croissance seront probablement combinées à une faible préparation au changement et à une faible importance accordée aux nouvelles technologies. Bien que les différences entre les directeurs généraux et le personnel clinique sur cette dimension ne soient pas importantes, les réponses au Tableau 3,16 ci-dessous démontrent que 42,2 % des membres du personnel clinique indiquent qu'ils ne font pas de lecture au sujet de nouvelles techniques ou de nouveaux traitements sur une base mensuelle, et seulement un quart de ceux-ci perçoivent qu'ils ont assez d'occasions pour maintenir leurs compétences cliniques à jour.

Tableau 3,16 – Croissance

Croissance						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses

Vous faites de la lecture au sujet des nouvelles techniques et de nouveaux traitements chaque mois.	5,8	42,2	12,5	33,1	6,5	2,92
Vous avez d'occasions pour maintenir vos compétences cliniques à jour.	9,2	28,3	36,0	25,0	1,5	2,81
Vous lisez régulièrement des articles de revues spécialisées ou des livres au sujet des traitements.	4,3	35,5	7,9	42,7	9,6	3,18
Directeurs généraux						
Vous faites de la lecture au sujet des nouvelles techniques et de nouveaux traitements chaque mois.	8,0	30,0	4,0	46,0	12,0	3,24
Vous avez d'occasions pour maintenir vos compétences cliniques à jour.	8,0	30,0	22,0	32,0	8,0	3,02
Vous lisez régulièrement des articles de revues spécialisées ou des livres au sujet des traitements.	6,0	36,0	6,0	42,0	10,0	3,14

L'*efficacité* mesure la confiance des membres du personnel clinique en leurs propres compétences cliniques. Il est moins probable que les praticiens cliniques ayant une faible efficacité s'adapteront facilement au changement, et ceux ayant une efficacité élevée cherchent, utilisent et intègrent de nouveaux renseignements plus efficacement (Brown, Ganesan, & Challagalla, 2001). Il est plus probable que le personnel clinique ayant une efficacité perçue comme étant plus élevée verra l'importance des nouvelles technologies et aura la confiance nécessaire afin de l'incorporer efficacement à leurs pratiques de counseling. Les articles précis dans le Tableau 3.17 ci-dessous démontrent que plus des deux tiers des membres du personnel clinique et des directeurs généraux perçoivent en eux une efficacité élevée.

Table 3.17 – Efficacité

Efficacité						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses

Vous accomplissez habituellement tout ce que vous entreprenez.	0,5	9,9	10,8	68,5	10,3	3,78
Vous êtes efficace et confiant dans votre travail.	–	1,7	5,0	71,5	21,8	4,13
Directeurs généraux						
Vous accomplissez habituellement tout ce que vous entreprenez.	–	10,0	14,0	68,0	8,0	3,74
Vous êtes efficace et confiant dans votre travail.	–	2,0	2,0	80,0	16,0	4,10

L'*influence* est la volonté et la capacité d'un praticien clinique d'influencer ses collègues de travail. Sa raison d'être est de cerner les leaders d'opinion au sein d'un organisme. Le transfert de la technologie et le changement organisationnel seront à leur plus efficace lorsque les leaders d'opinion « acceptent » le changement et se servent de leur influence pour vendre le changement à d'autres au sein de l'organisme. Encore une fois, les articles ci-dessous ne démontrent aucune différence entre les deux groupes, indiquant que les deux tiers perçoivent des niveaux suffisants d'influence de la part de leurs pairs (voir le Tableau 3,18).

Tableau 3,18 – Influence

Influence						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Vous partagez souvent vos connaissances par rapport à de nouvelles idées avec les autres membres du personnel.	1,2	7,4	2,2	67,7	21,5	4,01
Le personnel vous perçoit généralement comme étant une source précieuse de renseignements.	0,2	2,6	15,8	70,6	10,7	3,89
Les autres membres du personnel vous demandent souvent des conseils au sujet des procédures de programme.	0,2	9,6	10,4	66,0	13,7	3,83

Directeurs généraux						
Vous partagez souvent vos connaissances par rapport à de nouvelles idées avec les autres membres du personnel.	–	6,0	4,0	60,0	30,0	4,14
Le personnel vous perçoit généralement comme étant une source précieuse de renseignements.	–	6,1	14,3	65,3	14,3	3,88
Les autres membres du personnel vous demandent souvent des conseils au sujet des procédures de programme.	–	14,0	22,0	58,0	6,0	3,56

L'*adaptabilité* est la capacité du personnel de s'adapter à un environnement en évolution. Encore ici, nous remarquons peut de divergence entre les deux groupes, tel qu'indiqué dans le Tableau 3,19, ce qui indique que deux tiers ou plus perçoivent une volonté d'essayer de nouvelles idées et de s'adapter rapidement, et seulement 20 % estiment qu'ils sont trop prudents ou trop lents à apporter des changements.

Tableau 3,19– Adaptabilité

Adaptabilité						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	E n d é s a c c o r d	I n d é c i s	D , a c c o r d	F o r t e m e n t	M o y e n n e d e s r é p o n s e s
Vous accepter d'essayer de nouvelles idées même si certains membres du personnel sont réticents.	–	1,7	2,4	6,8	27,1	4,21

Vous êtes parfois trop prudent ou trop lent à apporter des changements.®	7,9	53,2	18,0	19,7	12,3	25,3
Vous êtes en mesure de vous adapter rapidement lorsque vous devez changer votre orientation.	–	38,3	10,3	70,4	15,4	39,7
Directeurs généraux						
Vous accepter d'essayer de nouvelles idées même si certains membres du personnel sont réticents.	2,0	–	–	65,3	32,7	42,7
Vous êtes parfois trop prudent ou trop lent à apporter des changements.®	12,0	52,0	14,0	22,0	–	24,6
Vous acceptez de vous adapter rapidement lorsque vous devez changer votre orientation.	–	40,0	10,0	72,0	14,0	39,6

Climat organisationnel

Les évaluations collectives (p. ex., fondées sur des évaluations agrégées) d'un environnement organisationnel indique son « climat ». Plusieurs dimensions sont communément cernées, et beaucoup d'entre elles sont pertinentes au changement organisationnel. En général, celles-ci portent sur la mission et les buts, la cohésion du groupe et la coopération ainsi que l'ouverture. La POC comprend six échelles dans cette dimension.

La *clarté de la mission et des buts* comprend la sensibilisation du personnel à la mission de l'organisme et l'importance accordée aux buts de la part de l'administration. Les organismes qui manquent de clarté par rapport à leur mission ou à leurs buts sont moins aptes à cerner efficacement leurs besoins et, par conséquent, n'ont pas tendance à gérer le changement par des moyens qui améliorent le fonctionnement des programmes. Les articles pour cette dimension n'indiquent aucune différence dans la façon dont les directeurs généraux et le personnel clinique perçoive la mission de leur organisme et la place de celui-ci au sein du système de services de leur communauté (voir le Tableau 3,20).

Tableau 3,20 – Mission

Mission						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	E	I	D	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
		d	d	'		
		é	é	c		
		s	c	c		
		a	s	c		
			i	c		
			o	c		
			r	c		

		c	s	d		
		c	s	d		
		o				
		r				
		d				
Vous comprenez la place de ce programme au sein du système de traitement dans votre communauté.	0,2	4	9	6	23,4	4,05
		,	,	,		
		1	6	7		
Cet organisme fonctionne grâce à des buts et des objectifs clairs.	2,4	6	1	6	18,3	3,87
		,	,	,		
		7	1	1		
		,	,	,		
		1	5			
Directeurs généraux						
Vous comprenez la place de ce programme au sein du système de traitement dans votre communauté.	–	8	1	7	10,00	3,82
		,	2	0		
		0	0	0		
Cet organisme fonctionne grâce à des buts et des objectifs clairs.	2,0	6	6	7	16,0	3,92
		,	,	0		
		0	0	0		

La *cohésion du personnel* est axée sur la confiance et la coopération au sein du groupe de travail. Tel qu'indiqué dans le Tableau 3,21, un quart du personnel clinique et un peu plus de 10 % des directeurs généraux perçoivent des niveaux élevés de friction parmi le personnel. Des sentiments de confiance et de coopération mutuelles étaient communs au sein des deux groupes.

Tableau 3,21 – Cohésion

Cohésion						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Il y a trop de friction parmi les membres du personnel. ®	19,6	40,1	14,0	19,8	6,5	2,54
La confiance et la coopération mutuelles sont solides au sein de cet organisme.	3,4	18,0	21,6	47,4	9,6	3,42
Directeurs généraux						
Il y a trop de friction parmi les membres du personnel. ®	20,0	54,0	12,0	12,0	2,0	2,22

La confiance et la coopération mutuelles sont solides au sein de cet organisme.	2,0	8,2	16,3	63,3	10,2	3,71
---	-----	-----	------	------	------	------

L'*autonomie du personnel* aborde la latitude allouée aux conseillers lorsqu'ils travaillent auprès de leurs patients. Plus de la moitié du personnel clinique et des directeurs généraux perçoivent que les cliniciens jouissent d'une autonomie ou d'une latitude en matière de prise de décisions lorsqu'ils travaillent auprès de leurs clients, et cela cadre bien avec le changement organisationnel (voir le Tableau 3,22).

Tableau 3,22 – Autonomie

Autonomie						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Les décisions relativement à la planification du traitement à l'intention des clients doivent souvent être révisées par un superviseur.	14,8	60,6	8,6	11,9	4,1	2,30
Les cliniciens jouissent d'une grande autorité en ce qui a trait au traitement de leurs propres clients.	1,2	10,5	17,2	59,8	11,2	3,69
Les cliniciens essaient souvent des techniques différentes afin d'améliorer leur efficacité.	2,2	14,6	25,4	54,0	3,8	3,43
Directeurs généraux						
Les décisions relativement à la planification du traitement à l'intention des clients doivent souvent être révisées par un superviseur.	8,0	64,0	18,0	8,0	2,0	2,32
Les cliniciens jouissent d'une grande autorité en ce qui a trait au traitement de leurs propres clients.	2,0	14,0	12,0	56,0	16,0	3,70
Les cliniciens essaient souvent des techniques différentes afin d'améliorer leur efficacité.	–	16,0	22,0	58,0	4,0	3,50

La *communication ouverte* est axée sur la réceptivité de l'administration aux suggestions de la part du personnel et la suffisance des réseaux de renseignements visant à garder tout le monde bien renseigné. Tel qu'indiqué dans le Tableau 3,23, plus de 50 % du personnel clinique et des directeurs généraux perçoivent une grande réceptivité aux suggestions.

Tableau 3,23 – Communication

Communication						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Les voies de communication formelles et informelles fonctionnent très bien.	4,1	20,9	18,5	50,0	6,5	3,34
Les membres du personnel se sentent toujours libres de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations dans cet organisme.	3,6	10,6	9,8	54,7	21,3	3,80
Directeurs généraux						
Les voies de communication formelles et informelles fonctionnent très bien.	2,0	2,0	2,0	62,0	14,0	3,84
Les membres du personnel se sentent toujours libres de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations dans cet organisme.	–	2,0	10,0	70,0	18,0	4,04

Le *stress* mesure la tension, le stress et la surcharge de travail. Bien que les deux groupes perçoivent un certain stress parmi leur personnel, ni l'un ou l'autre des deux groupes estimait que le stress nuisait à leur capacité d'être efficace dans l'exécution de leur travail, tel qu'indiqué dans le Tableau 3,24.

Tableau 3,24 – Stress

Stress						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Vous êtes trop sous pression pour faire votre	4,5	36,0	18,4	27,2	13,8	3,10

travail efficacement.						
Les membres du personnel montrent des signes de stress et de tension.	0,5	15,1	12,0	55,5	17,0	3,74
La lourde charge de travail réduit l'efficacité des programmes.	1,4	18,4	16,5	43,3	20,3	3,63
Directeurs généraux						
Vous êtes trop sous pression pour faire votre travail efficacement.	2,0	42,0	14,0	36,0	6,0	3,02
Les membres du personnel montrent des signes de stress et de tension.	2,0	28,0	12,0	50,0	8,0	3,34
La lourde charge de travail réduit l'efficacité des programmes.	4,0	22,0	14,0	48,0	12,0	3,42

L'ouverture au changement touche l'intérêt et les efforts démontrés par l'administration pour suivre le changement. Les articles échantillonnés comprennent « Il est facile de changer les procédures afin de répondre aux nouvelles conditions », et « l'attitude générale est d'utiliser la technologie nouvelle et en évolution ». En général, les directeurs généraux et le personnel clinique conviennent qu'ils entendent souvent de bonnes idées visant à améliorer les services, estiment que l'attitude générale est réceptive au changement, et se sentent encouragés d'essayer de nouvelles idées (voir le Tableau 3,25). Toutefois, 42 % des membres du personnel clinique perçoivent que les procédures ne changent pas assez rapidement pour répondre aux nouvelles conditions.

Tableau 3,25 Changement

Changement						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Les idées innovatrices de traitement de la part du personnel sont découragées. ®	14,9	51,1	21,6	10,1	2,4	2,34
Vous pouvez changer les procédures rapidement pour répondre aux nouvelles conditions.	7,4	42,4	23,7	24,0	2,4	2,71
Vous entendez souvent de bonnes idées de la	0,5	12,9	14,4	63,2	9,1	3,67

part du personnel pour améliorer le traitement.						
L'attitude générale est d'utiliser la technologie nouvelle et en évolution.	1,4	11,5	25,2	51,3	10,6	3,58
On vous encourage à essayer des techniques nouvelles et différentes pour le traitement.	1,4	7,7	20,9	58,8	11,3	3,71
Directeurs généraux						
Les idées innovatrices de traitement de la part du sont découragées. ®	34,0	52,0	6,0	6,0	2,0	1,90
Vous pouvez changer les procédures rapidement pour répondre aux nouvelles conditions.	–	22,4	16,3	51,0	10,2	3,49
Vous entendez souvent de bonnes idées de la part du personnel pour améliorer le traitement.	–	4,0	14,0	74,0	8,0	3,86
L'attitude générale est d'utiliser la technologie nouvelle et en évolution.	–	4,0	24,0	60,0	12,0	3,80
Vous encouragez les cliniciens à essayer des techniques nouvelles et différentes pour le traitement.	2,0	8,0	2,0	74,0	14,0	3,90

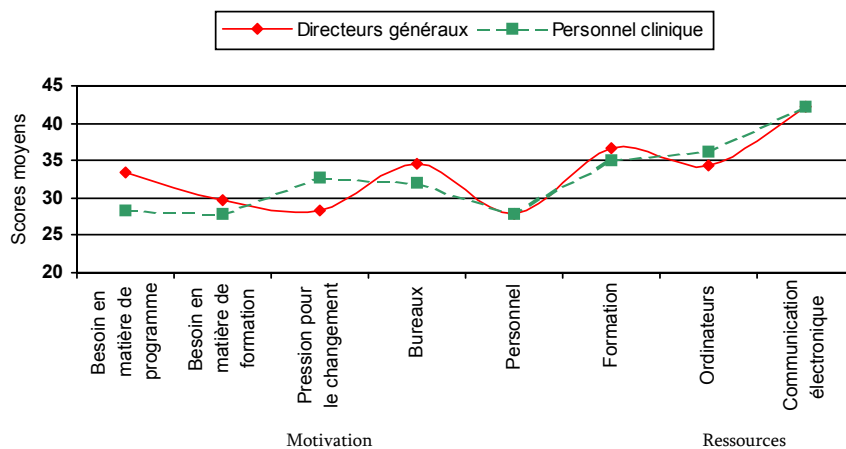
Sommaire

Les directeurs généraux se trouvent au-dessus de la médiane de l'échelle (30) pour ce qui est de plusieurs motivations et caractéristiques de ressources du changement organisationnel, y compris les besoins en matière de programme, les bureaux, la formation, les ordinateurs et la communication électronique (voir le Tableau 4,9). Cela signifie qu'ils ne perçoivent pas beaucoup de besoins ou de faiblesses relativement aux programmes, ni un besoin en matière de formation, et qu'ils estiment que l'espace de bureau et l'espace physique est plus que suffisant. Ils ne perçoivent pas une forte pression pour le changement, ce qui indique un secteur possible d'intervention puisque, sauf si leur perception de la pression pour le changement augmente, il n'est pas probable que le changement surviendra. Ce n'est qu'en présence de niveaux de pression plus élevés pour le changement que les personnes auront tendance à atteindre des niveaux suffisants pour qu'une décision passe à l'action. La question de la dotation en personnel, qui est axée sur le nombre de membres du personnel de qualité disponibles pour effectuer le travail, obtient une note relativement basse de la part du personnel clinique et des directeurs généraux, ce qui indique qu'il s'agit d'un autre secteur nécessitant une intervention.

Les praticiens du personnel clinique se trouvent au-dessous de la médiane de l'échelle pour ce qui est de plusieurs caractéristiques de motivations et de ressources du changement organisationnel, y compris les besoins en matière de programme, les bureaux, la formation, les ordinateurs et la communication électronique. Ils se situent haut sur les échelles de la pression pour le changement. Pour ce qui est des caractéristiques de ressource, le personnel clinique perçoit une suffisance élevée relativement aux bureaux, à la formation, à la disponibilité des ordinateurs et à la communication électronique (voir le Tableau), bien qu'il y ait une certaine indication que l'espace de bureau peut ne pas être suffisant pour les interventions de groupe.

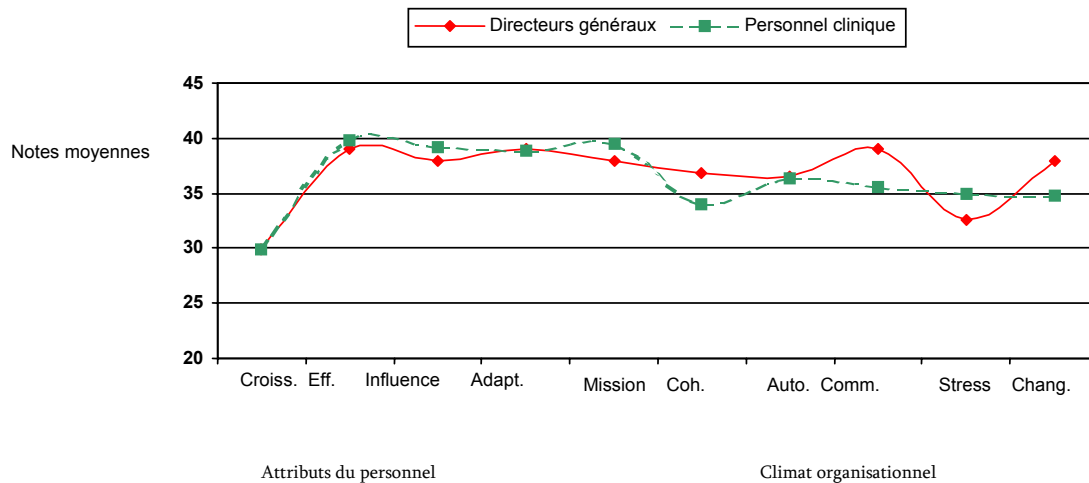
Pour ce qui est des attributs du personnel, les directeurs généraux et le personnel clinique tenaient tous deux des perceptions moyennes relativement à leurs occasions de croissance professionnelle—une croissance élevée est liée à la préparation au changement (voir Tableau 3,12). Les deux groupes avaient une confiance élevée en leurs capacités cliniques (auto-efficacité), et estimaient qu'ils étaient en mesure d'influencer leurs collègues—deux facteurs liés à la préparation au changement. Les deux groupes étaient d'avis qu'ils étaient capables de s'adapter facilement à un environnement en évolution. Pour ce qui est du climat organisationnel, les deux groupes connaissent bien la mission et les buts de leur organisme, et ils croient qu'il y a une bonne confiance et une bonne coopération (cohésion) parmi les collègues. Les deux groupes étaient également au-dessus de la moyenne pour ce qui est de l'autonomie du personnel ou la latitude accordée aux praticiens lorsqu'ils travaillent auprès de leurs clients. La communication ouverte ou la réceptivité de l'administration aux suggestions du personnel était également élevée, en particulier en ce qui a trait aux

Figure 3,11 : Évaluations de la motivation et des ressources



directeurs généraux. L'ouverture au changement ou l'intérêt et les efforts de l'administration afin de suivre le cours du changement était perçue comme étant élevée pour les deux groupes, mais ici aussi, davantage pour les directeurs généraux. La mesure du stress, la tension perçue et la surcharge du rôle étaient élevées pour les deux groupes, mais fait intéressant, elles n'étaient pas perçues comme étant aussi élevées pour le personnel clinique comparativement aux directeurs généraux.

Figure 3,12 : Évaluations des auto-attributs et du climat organisationnel



Articles ne convenant pas aux concepts POC

Certains des articles inclus dans ce sondage ne conviennent à aucune échelle particulière, mais ils ont été inclus parce qu'ils pourraient être informatifs car ils renferment des renseignements particuliers. Le Tableau 3,26 démontre que 43 % du personnel clinique perçoivent une résistance au changement de la part du personnel, et cette résistance est perçue par un peu moins de directeurs généraux (38 %). Plus de deux tiers des deux groupes estiment qu'il y a une très grande valeur dans la communication avec d'autres organismes relativement aux questions importantes, et cela peut être perçu comme étant un aspect important à développer davantage (p. ex., créer des groupes de pratique ou des communautés de pratique). La moitié des participants dans les deux groupes perçoivent qu'ils ont un accès suffisant aux services de santé mentale spécialisés. Cette constatation est surprenante étant donné la plainte commune au sujet de la pénurie de pédopsychiatres et de médecins de soins primaires, sans mentionner la longue liste d'attente pour d'autres services, tant en santé mentale qu'en éducation (p. ex., services d'évaluation psycho-éducative ou d'orthophonie).

Tableau 3,26 – Articles additionnels

Articles additionnels						
Personnel clinique	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Moyenne des réponses
Vous préférez les ateliers de formation fondés sur des	1,9	6,9	14,3	55,0	21,9	3,88

Transfert de connaissances et mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale pour enfants

données probantes.						
Vous avez souvent de la difficulté à mettre en oeuvre les concepts que vous avez appris lors de conférences	8,6	49,8	14,1	25,6	1,9	2,62
Certains membres du personnel résistent à toute forme de changement.	5,5	23,6	11,7	43,4	15,8	3,40
Vous avez des réunions du personnel chaque semaine.	8,2	32,6	1,4	38,1	19,7	3,29
Les politiques limitent l'accès du personnel à Internet et l'usage du courrier électronique.	22,8	48,1	4,6	19,5	5,0	2,36
La communication avec d'autres organismes ayant des intérêts semblables serait utile.	–	2,2	7,0	70,5	20,4	4,09
Vous avez appris de nouvelles compétences ou techniques grâce à des manuels ou des textes d'auto-éducation au cours de la dernière année.	1,2	13,2	3,8	68,2	13,6	3,80
Vous avez besoin d'un meilleur accès aux ressources sur Internet au travail.	21,2	52,9	10,3	12,5	3,1	2,24
Vous avez facilement accès à des consultations/traitements spécialisés pour les clients au besoin.	5,5	29,7	10,8	44,6	9,4	3,23
La charge de travail et les pressions au sein de votre organisme réduisent la motivation pour la formation.	3,4	34,1	23,0	31,4	8,2	3,07
Directeurs généraux						
Votre personnel préfère les ateliers de formation fondés sur des données probantes.	–	14,0	22,0	52,0	12,0	3,62
Votre personnel a souvent de la difficulté à mettre en oeuvre les concepts que vous avez appris lors de conférences	2,0	28,0	18,0	46,0	6,0	3,26
Vous étiez satisfait de la formation externe qui était offerte à votre personnel au	2,0	24,0	20,0	38,0	16,0	3,42

cours de dernière année.						
Certains membres du personnel résistent à toute forme de changement.	2,0	44,0	12,0	38,0	4,0	2,98
Vous avez des réunions du personnel chaque semaine.	4,0	36,0	6,0	44,0	10,0	3,20
Les politiques limitent l'accès du personnel à Internet et l'usage du courrier électronique.	14,0	42,0	8,0	32,0	4,0	2,70
La communication avec d'autres organismes ayant des intérêts semblables serait utile.	–	4,0	6,0	74,0	16,0	4,02
Vous avez appris de nouvelles compétences de gestion ou techniques grâce à des manuels ou des textes d'auto-éducation au cours de la dernière année.	–	20,0	6,0	58,0	16,0	3,70
Vous avez besoin d'un meilleur accès aux ressources sur Internet au travail.	16,0	52,0	6,0	22,0	4,0	2,46
Vous avez facilement accès à des consultations/traitements spécialisés pour les clients au besoin.	12,0	24,0	14,0	42,0	8,0	3,10
La charge de travail et les pressions au sein de votre organisme réduisent la motivation pour la formation.	6,3	58,3	22,9	6,3	6,3	2,48

Utilisation signalée de traitements fondés sur des données probantes

Les participants devaient indiquer quels traitements fondés sur des données probantes étaient offerts dans leur organisme. Pour les fins de ce sondage, le traitement fondé sur des données probantes est défini comme étant un « traitement qui a été créé au moyen de la recherche, qui est soutenu par les résultats d'études de traitement contrôlées, et qui a des lignes directrices et des procédures liées à sa mise en œuvre ». Le Tableau 3,27 montre les résultats.

Tableau 3,27 – Usage de TFDP dans la pratique

Traitements fondés sur des données probantes	Fréquence
Aggression Replacement Training (ART)	4.8
Thérapie familiale stratégique brève	39.2
Programme de prévention de l'intimidation	22.2

Formation en matière de comportement à l'intention des parents	41.2
Formation en matière de comportement à l'intention du personnel enseignant	3.5
COPE	42.7
Cognitive Behaviour Therapy (CBT)	65.1
Earls court Under 12 Outreach Program (ORP)	8.7
Earls court Girls Connection	3.3
Formation sur l'efficacité familiale	4.3
Families and Schools Together (FAST)	3.9
Functional Family Therapy (FFT)	8.7
Jeu du bon comportement	0.9
Helping the Noncompliant Child	7.8
Homebuilders	2.6
I Can Problem Solve	5.0
Intensive Behavioural Intervention (IBI)	21.8
Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT)	1.3
Formation sur les capacités de la vie quotidienne	28.5
Multidimensional Treatment Foster Care (MDTFC)	6.1
Thérapie multisystémique	35.9
Thérapie narrative	38.8
Partenariat infirmière-famille	1.8
Programme préscolaire Perry	0.9
Soutien en matière de comportement positif	4.1
Project Towards No Drug Abuse (Projet TND)	1.1
Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)	3.5
Psychopharmacologie	29.3
Right from the Start	29.3
School Transitional Environmental Program (STEP)	3.4
Stop Now and Plan (SNAPP)	32.4
Teaching Family Model	2.4
The Incredible Years	36.4
Wraparound	42.5

De l'espace a été fourni afin que les participants inscrivent les TFDP qui ne figurent pas sur la liste ci-dessus, tel qu'indiqué dans le Tableau 3,28.

Tableau 3,28 – Autres traitements utilisés dans la pratique

Transfert de connaissances et mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale pour enfants

TFDP des participants	Nombre
123 Magic (Dr. Thomas Phelan)	3
Gestion de la colère	2
Thérapie de l'art	3
BET Crisis	1
Thérapie à court terme axée sur la recherche de solutions	6
Thérapie brève	4
Children in the Middle	1
Classwide Social Skills Kindergarten Program (J. Hundert & P. Burlak)	1
Cognitive Enrichment Advantage (CEA)	2
Coping Cat (programme de Kendall pour les enfants/familles aux prises avec des difficultés d'anxiété)	1
Early Years	4
EMDR: Eye Movement Desensitization & Reprocessing	2
Groupes de gestion des émotions	1
Thérapie familiale axée sur l'émotion	2
Exposure Response Prevention intervention for OCD (y compris CBT)	1
Families First Day Treatment	1
Groupe sur le deuil	1
Thérapie de groupe	1
Home Improvements	1
Services familiaux intensifs pour les CCAS	1
Programme de traitement des traumatismes intergénération	1
Thérapie interpersonnelle	1
Modèle Jack Bush Creighton	1
Orientation sur l'interaction modifiée	8
Entrevues motivationnelle	1
Thérapie familiale d'approche	1
Parenting A Balancing Act (PABA)	1
Parents Kids & Mother Goose	1
Thérapie par le jeu	1
Psycho-pharmacologie	1
Ready-Set-Go	1
Traitement en établissement	1
Re-Think	1
Right From the Start	2

Roots of Empathy	1
Seeking Safety	1
Séparation/Divorce	2
Thérapie d'une séance	1
Apprentissage social-interventions orientées (p. ex., Oregon Social Learning Institute)	1
Apprentissage des capacités sociales	1
T.E.A.M. Sports Program	1
TAPP-C: The Arson Prevention Program for Children	1
Entrevue téléphonique brève pour l'enfant et la famille	1
Thera-Play	1
Intervention thérapeutique en cas de crise	1
Outils nécessaires au rôle de parent	1
Comprendre et gérer le comportement agressif	1
VOICE	1
Watch Wait and Wonder	2

Les programmes et pratiques indiqués dans le Tableau 4,27 ne répondent toujours pas aux critères de la recherche rigoureuse, bien qu'ils puissent avoir fait l'objet d'études et qu'ils aient été trouvés efficace. De plus, les participants cernaient parfois des TFDP dans la catégorie « autres » même s'ils ont été inclus dans les choix de réponse d'une question précédente. Le côté positif, c'est que les praticiens cliniques cherchent des façons plus systématiques d'effectuer des interventions avec les enfants et les familles. L'expérience acquise en tentant de mettre en oeuvre ces pratiques et programmes définis sera probablement utile lorsque viendra le temps de mettre en oeuvre des programmes et des pratiques qui répondent aux définitions plus rigoureuses établies par la profession de la santé mentale.

Les participants devaient commenter sur la mesure à laquelle ils perçoivent que les services et programmes de leur organisme sont appuyés par des résultats de recherche, tel qu'indiqué au tableau 3,29.

Seulement 50 % des directeurs généraux perçoivent que leurs services/programmes sont « quelque peu » appuyés par des résultats de recherche, tandis que la majorité des membres du personnel clinique sont plus optimistes, puisque 40 % ont indiqué qu'ils percevaient que les services et programmes de leur organisme sont « assez » appuyés par des résultats de recherche. Ces renseignements offrent un point de repère important à partir duquel on peut mesurer le changement sur une période.

Tableau 3,29 – Dans quelle mesure les résultats de recherche appuient les traitements présentement utilisés

Dans quelle mesure les services/programmes de votre organisme sont-ils appuyés par des résultats de recherche?						
	Pas du tout	Quelque peu	Assez	Beaucoup	Je ne sais pas	Moyenne des réponses

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Personnel clinique (n=444)	0.7	29.7	39.9	22.1	7.7	3.06
Directeurs généraux (n=51)	2.0	51.0	35.3	11.8	–	2.57



Une grande partie du capital intellectuel d'un organisme n'est écrit nulle part, mais en fait repose dans l'esprit du personnel. Le fait de communiquer ce savoir-faire dans l'ensemble d'un organisme et au-delà de celui-ci survient habituellement de façon informelle, par le biais du partage d'expériences.



Hubert St-Onge & Debra Wallace, 2003

Chapitre 4

Entrevues auprès d'experts internationaux en matière de mise en oeuvre



Perspectives des experts sur la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes

Faits saillants

Tiré des entrevues en compagnie d'experts

- ☞ Il est nécessaire d'élaborer, à tous les niveaux du système—praticiens, chefs et responsables de l'établissement de politiques, une « acceptation » pour la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes. Cela exige principalement de cerner l'avantage relatif de la pratique (quels sont les avantages pour mon client et moi-même, et comment facilitent-elles ma tâche?) et de montrer la disponibilité des ressources, de la formation et de la direction requises pour effectuer le changement.
- ☞ Le scepticisme parmi les praticiens présente un obstacle important à la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes. L'éducation professionnelle continue et la formation précise sont essentielles pour contrer les idées fausses, la peur et le scepticisme.
- ☞ Il est important de cerner les « champions » pour une pratique fondée sur des données probantes à tous les niveaux du système—le champion peut être n'importe qui, mais il faut que ce soit quelqu'un!
- ☞ La résistance au changement survient au niveau du praticien individuel et collectivement au sein de l'organisme. Les chefs doivent créer des cultures organisationnelles qui sont propices au changement, en favorisant la croissance professionnelle, l'innovation et la liberté de décision.
- ☞ Le changement exige du temps et nécessite une planification et un effort soutenus pour son maintien à long terme. En commençant avec une vision et un plan réaliste, une considération particulière doit être accordée aux facilitateurs et aux obstacles à tous les niveaux du système, ainsi qu'aux caractéristiques uniques de la pratique que l'on met en oeuvre et aux personnes qui l'adoptent.
- ☞ La mise en oeuvre exige que l'on crée et que l'on maintienne une « culture d'adhésion » ou un système de gestion et d'évaluation de la qualité qui fait en sorte que les résultats sont acceptables, et qui contribue à la culture globale de la pratique fondée sur des données probantes. La mise en oeuvre de nouveaux traitements ne vaut rien si ceux-ci ne sont pas efficaces.
- ☞ Un équilibre plus équitable doit être établi entre le fait de composer avec de longues listes d'attente pour des services cliniques et le temps et l'énergie requis pour l'innovation et le perfectionnement professionnel. Il est nécessaire d'avoir plus de financement et un virage stratégique pour nous aider à descendre du tapis roulant et à développer une culture dans laquelle c'est acceptable. Le fournisseur de service n'est pas le seul responsable du fait qu'il y a trop peu de praticiens pour

prodiguer des services à un trop grand nombre d'enfants et de familles—il s'agit d'une question systémique qui nécessite plus de financement et des solutions innovatrices à tous les niveaux.

- ☞ La mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes sera lente si on s'attend à ce que les fournisseurs de services empruntent cette route seuls, de façon individuelle. Nous devons prendre en considération des initiatives de mise en oeuvre à la grandeur du système, semblables à celles utilisées pour le dépistage et la gestion des résultats en Ontario.
- ☞ Les consommateurs doivent être informés des options de traitement fondé sur des données probantes alors qu'ils deviendront plus largement disponibles, afin qu'ils puissent faire les choix les plus éclairés au sujet des soins de leurs enfants et qu'ils puissent exercer des pressions pour s'assurer que ces choix sont livrés. Toutes les parties intéressées dans le domaine des services de santé mentale pour enfants ont une tâche à accomplir à ce chapitre.
- ☞ Les partenariats entre les bailleurs de fonds, les fournisseurs de services et les chercheurs peuvent grandement favoriser la création d'occasions pour la recherche en matière d'efficacité et de mise en oeuvre, et pour l'évaluation d'interventions prometteuses sur le terrain. Cela, en revanche, contribuera à nos connaissances en ce qui a trait aux traitements efficaces, pour qui, dans quels contextes et comment appuyer de la meilleure façon leur mise en oeuvre et leur adoption dans le domaine. De tels partenariats auront également une fin éducative en démystifiant la recherche et en améliorant les compétences des praticiens à déterminer quels traitements en valent l'effort et dans quelle mesure ils peuvent être « réinventés » afin de servir des populations de clients distinctes.

Renseignements généraux

Il ne fait aucun doute que les chercheurs investissent beaucoup de ressources dans le développement et les essais sur l'efficacité d'innovations cliniques qui améliorent la santé des patients et de leur famille, toutefois, le fait de traduire ces innovations dans la pratique a présenté des défis imposants. Beaucoup de pratiques et programmes fondés sur des données probantes ne sont adoptés que partiellement dans la pratique clinique, et beaucoup d'entre eux ne sont pas adoptés du tout (Grimshaw, Shirran, Thomas, et al., 2001; Rogers, 2003). Ce qui est d'autant plus inquiétant, ce sont les preuves qui indiquent que de nombreuses pratiques néfastes sont perpétuées au détriment des consommateurs de services de santé (West, Barron, Dowsett, et al., 1999). Par exemple, il y a des preuves qui indiquent que le traitement de groupe à l'intention des jeunes à risque élevé a entraîné une augmentation auto-signalée et de la délinquance signalée par le personnel enseignant sur une période de trois ans (Poulin, Dishion, & Burraston, 2001).

Le fait de ne pas traduire la recherche dans la pratique clinique a récemment capté l'attention d'organismes nationaux et d'organismes de financement. Il y a une préoccupation grandissante relativement aux ressources limitées qui sont disponibles pour garantir l'adoption d'innovations efficaces et positives dans le domaine de la santé mentale. Par conséquent, il est essentiel de comprendre quelles méthodes fonctionnent le mieux.

À cette fin, nous avons consulté plusieurs experts dans le domaine de la santé mentale qui ont participé à des projets qui examinent le processus de mise en oeuvre—apporter la pratique fondée sur des données probantes dans les milieux cliniques—et, dans de nombreux cas, étudier le processus. Le but était de parfaire nos connaissances sur la diffusion et l'adoption d'innovations fondées sur des données probantes, de la recherche à la pratique, et de cerner les leçons importantes.

Méthodologie

Participants

L'équipe du projet a commencé par dresser une liste préliminaire d'experts bien connus et publiés dans la mise en oeuvre à grande échelle de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale au Canada et aux États-Unis, qui ont de l'expérience pratique dans la mise en oeuvre de PFDP. Cette liste a été mise au point au moyen de discussions avec le Sous-comité sur les pratiques fondées sur des données probantes de Santé mentale pour enfants Ontario. Un effort particulier a été fait afin qu'il y ait un équilibre d'experts basés au Canada et en Ontario. De plus, on a demandé à tous les experts cernés de suggérer le nom d'autres experts dans le domaine de la mise en oeuvre de PFDP avec qui, selon eux, l'équipe du projet devrait s'entretenir. Par conséquent, 11 personnes en tout ont été cernées et ont convenu de participer à l'entrevue par téléphone.

Cueillette des données

Des entrevues téléphoniques semi-structurées ont été menées auprès de nos experts cernés en matière de mise en oeuvre. Des questions directrices ont été élaborées par l'équipe d'enquête et ensuite mises au point suite à une consultation avec le Sous-comité sur les pratiques fondées sur des données probantes de Santé mentale pour enfants Ontario (Annexe B). Les questions principales abordées dans le cadre des entrevues étaient : quelles étaient les leçons apprises, et quelles sont les considérations pratiques importantes pour la mise en oeuvre de PFDP?

Les méthodes d'entrevue en profondeur ont permis au coordonnateur des recherches de converser directement avec les experts et d'obtenir des descriptions détaillées et nuancées de leurs expériences, de leurs observations et de leur vision du monde (Charmaz, 1991; McCracken, 1998). Les experts ont signé des formulaires de consentement éclairé, qui ont été envoyés par télécopieur et retournés à l'équipe de recherche. Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites mot à mot. Dans le cas de deux entrevues, les enregistrements étaient indéchiffrables et l'équipe de recherche a dû se fier à beaucoup de notes dans le domaine prises par le coordonnateur de recherche pour le projet. La durée des entrevues était de 20 à 50 minutes, la moyenne étant de 30 minutes.

Analyse

Des notes détaillées ont été prises pendant les entrevues et ont constitué les données textuelles. Toutes les notes et entrevues auprès d'experts ont été analysées au moyen d'une technique conventionnelle pour l'analyse de données qualitatives. L'analyse de données textuelles comprenait l'analyse du contenu thématique, une forme dynamique d'analyse de données verbales axée sur la récapitulation du contenu informatif et la description des modèles et des régularités présentes dans les données. Trois membres de l'équipe du projet (Stasiulis, Boydell et Barwick) ont étudié les relevés de données, d'abord pour obtenir une idée générale du contenu, et également dans le but de cerner les emphases et thèmes importants. Ces thèmes ont été discutés, convenus et consignés dans un livre de codage utilisé pour normaliser le codage des relevés. Cette approche à l'analyse de données qualitatives suit un processus analytique généralement connu pour lire les relevés, noter et comparer les thèmes pour le codage, transformer les codes en catégories et, finalement, comparer et passer en revue les thèmes parmi les membres de l'équipe de recherche (McCracken, 1998; Patton, 1990).

Dans le contexte de la recherche qualitative, les questions de fiabilité des données et la validité des résultats de recherche sont inclus sous le chapeau de la fiabilité, qui comprend les attributs de

crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de corroboration (Creswell, 1998; Diekelmann, 1992). Le breffage des paires au sein de l'équipe a été effectué avec un accord relatif sur les nouvelles tendances et observations, un engagement prolongé envers les sujets en terme d'immersion dans la documentation est survenu, et les membres de l'équipe avaient accès à une piste de vérification de notes, procès-verbaux et décisions analytiques (Erlandson et al., 1993).

Résultats

Les experts dans la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes ont cerné les facteurs qui facilitent la mise en oeuvre, ainsi que les obstacles et les défis inhérents au processus de mise en oeuvre à partir de la phase initiale d'« acceptation » jusqu'à la soutenabilité et la croissance future.

L'« acceptation »

Le processus d'obtenir l'« acceptation » comprend principalement le fait d'éduquer et de renseigner les personnes potentiellement chargées de la mise en oeuvre au sujet de l'avantage relatif de la pratique en question ainsi que de la validité et de la valeur de la preuve scientifique qui l'appuie. Les répondants ont souligné que pour être efficace et soutenable, la mise en oeuvre ne peut être forcée ou imposée.

Si vous le leur imposez, ils ne feront que la saboter. Cela ne donne rien.

Nous avons décidé d'adopter plutôt l'approche du bâton et de la carotte.

Les conscrits font de médiocres convertis.

Peser le pour et le contre

Dans la phase d'initiation, lorsque les personnes prennent la décision d'adopter la mise en oeuvre ou quand le plan de mise en oeuvre est introduit, elles sont au stade de l'évaluation des risques. La perception que l'adoption d'une pratique est risquée ou non dépend d'un certain nombre de facteurs. L'avantage relatif, un terme emprunté à un des experts de la documentation organisationnelle, se rapporte aux bienfaits de mettre en oeuvre une pratique ou pourquoi ce genre d'action serait positif. Les bienfaits peuvent comprendre le fait que la pratique ou le programme améliorera l'image de l'organisme, vous rendra plus efficace et aidera les consommateurs. Il est important de communiquer ces bienfaits de multiples façons au début et tout au long du processus de mise en oeuvre.

Je n'ai fait que continuer à parler, que continuer à inviter les gens. J'invitais (créateur du programme) à une conférence ainsi que des personnes pour venir écouter, envoyer de la documentation... C'est comme si vous vous sentiez comme un représentant de GM quand vous faites cela. Cependant, nous ne tentons pas de vendre l'idée aux personnes, mais plutôt que de les informer qu'il s'agit d'une question qui vaut la peine d'étudier.

Certaines personnes sont contemplatives... je vais participer à cette formation et je verrai si je suis convaincu qu'il s'agit d'une bonne chose.

Si les gens perçoivent le sentiment qu'il existe beaucoup de raisons pour lesquelles vous devriez adopter le changement, l'effet de ceci a tendance à bien se propager jusqu'à la fin, jusqu'au processus de mise en oeuvre.

La croyance que les ressources et le soutien seront en place tout au long de la mise en oeuvre est également un facteur dans l'équation de l'évaluation des risques. Est-ce faisable? Y aura-t-il une formation continue? Est-ce que cela en vaut l'effort?

D'accord, un autre projet pilote où des gens attirent toute cette attention spéciale et ces ressources spéciales et ensuite, c'est fini, j'ai toujours mon travail à faire. Alors, combien j'investis? Dans quelle mesure je demande aux familles d'investir dans quelque chose qui pourrait disparaître? C'est un défi de taille si vous essayez d'effectuer un changement à l'échelle du système; il vous faut planifier un investissement à long terme.

Contester la preuve soutenant les « pratiques fondées sur des données probantes »

Les questions entourant la validité et la valeur de la preuve soutenant les pratiques fondées sur des données probantes semblent être une préoccupation courante et un obstacle potentiel à l'acceptation de la part des praticiens. Selon les experts, de nombreux praticiens cliniques sont de l'avis que la thérapie est un art et ne peut être étudiée de façon empirique. Par conséquent, ils se méfient d'autres sources de preuves et, en général, n'ont pas de confiance envers les programmes fondés sur des données probantes. Bon nombre d'entre eux ne croient pas qu'il est possible de mesurer les changements qui surviennent pendant la thérapie.

Beaucoup de gens ayant reçu une formation dans le domaine du travail social, de nombreux thérapeutes familiaux, sont formés selon ce genre de notion qu'il s'agit d'un art et que l'on ne peut pas vraiment l'étudier ou l'étudier de façon empirique.

Les gens ne respectent pas la pratique fondée sur des données probantes... malgré son importance... en fin de compte, il y a tellement de scepticisme.

La perception générale de la part de bon nombre de personnes dans le domaine de la santé mentale pour enfants est que, quelle que soit la pratique utilisée à ce moment donné, elle est fondée sur des données probantes... un sentiment général qu'elle semble fonctionner... les patients nous disent qu'elle fonctionne.

L'éducation et la formation sur l'importance et le caractère applicable des pratiques fondées sur des données probantes et la recherche sont perçues comme étant intégrales pour contrer les fausses idées entourant les pratiques fondées sur des données probantes parmi les praticiens.

De mon point de vue, une des véritables faiblesses de la formation générale des psychologies cliniques est le fait de ne pas exposer suffisamment nos étudiants aux meilleures pratiques pour les enfants et les adolescents en général.

Tout comme leur formation, leur orientation n'est pas d'examiner des données et je ne sais pas de quelle autre façon générer des renseignements. Alors, c'est comme, vous savez, au sein de cette profession, il vous faut créer une sensibilité envers l'importance de la pratique fondée sur des données probantes.

De plus, les experts indiquent que de nombreux praticiens contestent également l'efficacité de ces interventions dans le contexte des situations du monde réel dans lesquelles ils oeuvrent. Bien qu'un programme de pratique puisse s'avérer efficace dans un milieu contrôlé, les mêmes effets peuvent ne pas être atteignables dans un milieu naturel. Quelques-uns des experts eux-mêmes ont admis que, sauf si la fidélité envers un programme est maintenue, son efficacité peut être compromise. Un expert a indiqué que la dissémination d'une pratique ne devrait pas survenir avant qu'elle n'ait été

empiriquement validée dans le domaine. Cependant, les facteurs culturels, les milieux de pratique et les caractéristiques du client nécessitent un certain niveau d'adaptation ou de réinvention de la pratique dans son transfert dans le milieu du monde réel. De plus amples études sont requises sur l'efficacité des pratiques fondées sur des données probantes et les variables précises qui influenceront sur la mise en oeuvre dans des milieux de soins habituels.

Si ensuite vous prenez cette (pratique) et essayez de la superposer ou de l'introduire dans un centre de santé mentale pour enfants où souvent vous trouverez un MSW ou un psychologue ou un autre genre de professionnel qui fait face à toutes sortes de problèmes et qui essaie de mettre en oeuvre cette soi-disant technique de laboratoire dans un milieu de clinique est très difficile à faire... Il s'agit alors d'un défi de taille de montrer l'efficacité et la base de preuves pour ces interventions dans des conditions naturelles.

Inclure tout le monde

Afin qu'une pratique soit initiée avec succès, il faut qu'il y ait acceptation de la part de tous les niveaux au sein d'un organisme. L'importance d'avoir un champion a également été cernée par les experts en matière de PFDP.

Ce champion « peut être n'importe qui, mais il fallait que ce soit quelqu'un. »

En fait, en ce qui a trait à l'acceptation, je crois que vous avez besoin de plusieurs couches d'acceptation. Cela ne fonctionnera pas si les administrateurs acceptent la pratique et que les travailleurs de première ligne ne l'acceptent pas. Également, cela ne fonctionnera pas si les travailleurs de première ligne acceptent la pratique que les administrateurs ne l'acceptent pas.

Il vous faut des personnes qui acceptent d'en être le champion... une personne doit se lever et accepter de dire « vous savez, voilà ce que nous devons faire et voilà comment nous devons le faire et je serai ici pour longtemps ». Le changement se développe au sein d'une culture. Cependant, il doit avoir un champion.

Plusieurs experts ont également mentionné l'importance d'avoir plus d'un champion. Leur expérience indique que si un champion cerné quittait l'organisme, l'initiative pourrait s'écrouler. Un expert a cerné l'importance d'un responsable clé des politiques dont la mission clé comprend l'engagement d'intégrer les PFDP dans le système de santé mentale de l'état.

Résistance au changement

La résistance au changement a été cernée par les experts comme étant un obstacle important à l'acceptation. Cette résistance survient tant au niveau individuel qu'organisationnel. En général, le changement est une chose difficile pour toute personne ou pour tout organisme, et il est important pour les dirigeants d'organisme de reconnaître et d'aborder les facteurs qui influent sur la résistance.

La question est la suivante : pourquoi les gens n'adoptent-ils pas les pratiques fondées sur des données probantes ou pourquoi ne changent-ils pas? La question est : comment est-ce arrivé et qu'arrive-t-il quand ils le font? C'est le cas inhabituel. La règle, je crois, est la résistance au changement.

Résistance individuelle

Pour certains praticiens, la résistance au changement provient de leurs identités professionnelles conférées. Leur choix de thérapie et de pratique est perçu comme une chose qu'ils ont le droit de faire, à titre de professionnel, et que de nombreux administrateurs ont appuyé dans le passé.

Que je choisisse d'être un psychoanalyste, un thérapeute familiale ou un thérapeute du comportement, j'ai le droit, à titre de professionnel, de faire ce choix. Je crois que cette opinion est partagée par de nombreux administrateurs qui permettent à leur personnel de prendre des décisions au sujet des genres de thérapie qu'ils utilisent, et alors l'idée que le droit de faire ce choix serait remplacé par un autre genre de processus de prise de décision est une chose face à laquelle, selon moi, de nombreux cliniciens sont réticents... Ils sont investis de part leur profession dans cette identité et c'est une chose dont ils tirent beaucoup de satisfaction personnelle et, d'après ce qu'ils peuvent voir, leur perception est qu'il s'agit de quelque chose d'utile, alors pourquoi la changer?

Cette identité professionnelle est accompagnée d'une croyance correspondante que le travail qui est effectué pendant la thérapie est d'une certaine façon plus profond et plus significatif que, par exemple, la thérapie du comportement. Par conséquent, il est plus difficile de la mesurer, elle ne se prête pas à l'observation directe, et ce n'est pas une chose qui peut être mesurée au moyen d'une échelle d'évaluation.

Je crois qu'il y a un sentiment général de la part de nombreux cliniciens que les interventions fondées sur des données probantes sont superficielles.

Les gens ne veulent pas changer leur façon de faire même si les données n'appuient pas ce qu'ils font depuis vingt ans.

Une des stratégies principales avancées par les experts est de contrer la résistance des praticiens en faisant preuve de respect et en puisant dans leurs expériences par des façons qui peuvent aider à renseigner et à élaborer des programmes fondés sur des données probantes, et de se concentrer sur les aspects relationnels du changement de pratique proposé.

Vous devez faire preuve de respect et les approcher en disant, « Écoutez, vous êtes des personnes intelligentes, vous avez beaucoup d'expérience. Essayons de trouver lesquelles des choses que vous faites qui semblent fonctionner le mieux ». Selon moi, la pratique fondée sur des données probantes est un processus à étapes multiples et une partie du processus est de mettre en oeuvre des interventions aléatoires générées par des essais, mais une autre partie est tout aussi importante est de déterminer comment faire cela dans le monde clinique. Les aspects de la relation qui sont tellement importants dans la plus grande partie de la formation des cliniciens est une chose que nous avons dû souligner encore davantage dans les thérapies de comportement cognitif qui, souvent, ont la réputation de ne pas se composer avec une relation. Bien sûr, ce n'est vrai, mais je crois que c'est une réputation. Alors, dans le cadre de la formation, nous avons renforcé les aspects de relation.

Une grande partie de cet effort consistait à souligner les aspects de relation et à donner aux cliniciens le sentiment que le manuel n'était pas un scripte qui devait être suivi comme si, vous savez, vous jouiez dans une pièce et que vous aviez à lire votre texte.

Préparation organisationnelle

Quelques-uns des experts ont mentionné le fait qu'il y a également une résistance organisationnelle générale au changement. Au sein de tout organisme, il y a tendance à y avoir un petit groupe de

personnes qui consentent à envisager le changement et un groupe beaucoup plus important de personnes qui ne sont pas prêts pour le changement. Le fait d'engager ceux qui ont du zèle et qui sont prêts au changement est essentiel afin d'initier une mise en oeuvre réussie et d'aider à inspirer et à motiver les autres qui en sont à un stade différent de préparation.

Vous voulez les meilleures personnes pour le poste qui sont vraiment zélées et motivées... Vous préparez l'échec d'un programme de PFDP si vous n'avez pas les meilleures personnes qui exécutent le travail.

Et si ces personnes connaissent un succès, alors il y a un groupe de songeurs qui examineront le programme et, s'il semble fonctionner sans s'effondrer, ceux-ci constitueront la deuxième vague d'adoptants. Alors je crois qu'il faut essayer de ne pas forcer le changement mais bien de travailler avec les personnes qui sont prêtes au changement parce qu'elles l'initieront avec succès.

Les experts ont également parlé des façons de créer un organisme qui favorise la préparation au changement. En particulier, ils ont souligné qu'une liberté de décision accordée aux personnes est extrêmement importante afin d'encourager la prise de risques et la flexibilité. Le fait de s'assurer que les postes sont stimulants et offrent des occasions pour une formation et une croissance ultérieures était également considéré comme étant important à la création de la préparation au changement.

Si vous examinez les indicateurs prévisionnels de la préparation au changement, alors la liberté de décision en était un des plus importants. Les personnes qui avaient des postes stimulants et qui avaient beaucoup de contrôle décisionnaire... se sentaient également plus confiantes de pouvoir effectuer des changements avec succès.

Si les personnes se sentent comme si elles ont fait partie d'une décision, si elles estiment que celle-ci est logique... cela finit par influencer sur le fait que la mise en oeuvre (d'une PFDP) est réussie ou non.

Il nous faut aider les personnes à dévier et il faut continuellement offrir de nouvelles formations et de nouvelles occasions afin d'assurer leur croissance au sein des nouvelles connaissances qui sont générées.

Maintenir la lancée

La raison d'être et le niveau de soutien et de ressources mis en oeuvre au début de la mise en oeuvre doivent être maintenus pendant tous les stades du processus d'adoption. En fait, selon les premières constatations d'une étude qualitative sur les obstacles à la mise en oeuvre actuellement menée par un des participants à l'entrevue, ces facteurs peuvent devenir encore plus importants à mesure qu'un plus grand nombre de défis et d'obstacles surviennent pendant l'évolution du programme.

Il faut également que vous fassiez faire les choses de la bonne façon au début, au milieu et à la fin ou vous vous buterez à des obstacles à ces endroits.

Dès le début, presque tous voient plus de facilitateurs que d'obstacles. Lorsqu'ils en arrivent aux stades ultérieurs de la mise en oeuvre, ils voient plus d'obstacles que de facilitateurs.

Vision et planification réaliste

Les experts en matière de PFDP ont parlé de l'importance d'avoir une vision et un plan réaliste afin de maintenir la mise en oeuvre. Cela comprend la pleine compréhension des caractéristiques de la mise en

oeuvre. Par exemple : Quel genre de traitement clinique est-ce? Dans quelle mesure est-il bien développé? Quels en sont les besoins en matière de formation? Combien de séances seront requises? Quel en sera le point de mire? En connaissant les caractéristiques de l'intervention, les attentes peuvent être plus réalistes et la mise en œuvre, mieux soutenue.

Quand vous entreprenez quelque chose, il vous faut avoir une vision pour la durabilité.

J'aurais tenté de planifier davantage.

C'est le fait de comprendre celles-ci (caractéristiques de mise en oeuvre) qui sera le plus important lorsqu'il s'agira de mettre en oeuvre une de ces nouvelles pratiques cliniques au sein d'une nouvelle clinique.

Estimez mieux le temps requis. Je crois que tout le monde est quelque peu irréaliste au sujet du temps requis. Je crois qu'il est facile de sous-estimer l'intensité du travail.

Maintenir une culture d'adhésion

Maintenir une culture d'adhésion signifie non seulement de garantir la fidélité à la pratique, mais également d'encourager la collaboration et la participation de tous au sein d'un organisme ainsi qu'entre organismes.

L'adhésion est vraiment importante et vous obtenez de meilleurs résultats quand les personnes adhèrent plus étroitement à l'intervention. Cependant, le roulement du personnel, les congés de maternité, les choses du genre... cela ne fait que diluer l'intervention.

La fidélité envers au moins les principes du traitement et les techniques de base fonctionne et les cliniciens remarquent des améliorations chez des enfants et cela aide à les motiver.

Le fait d'inclure tous les niveaux de l'administration et du personnel de première ligne dans une formation continue est perçu comme étant très important dans le maintien de l'intégrité de la pratique ainsi qu'au maintien du moral et de l'intérêt. Le fait de rassembler les personnes favorise également le soutien et la communication.

Si nous n'incluons pas les cadres intermédiaires superviseurs dans la formation, dans la supervision et la gestion du projet, alors les choses risquent de s'écrouler.

Je crois que la composante la plus importante a été de simplement rassembler les gens, de partager des expériences et de se soutenir mutuellement.

Je crois que, puisque nous avons créé ce consortium, nous avons été en mesure de faire en sorte que les emplacements se rendent compte que vous pouvez en retirer plus s'il y a une entente de collaboration mise en oeuvre.

Stratégies pour la durabilité

Certaines stratégies pratiques visant à soutenir efficacement les mises en oeuvre discutées lors des entrevues en compagnie des experts comprenaient le soutien des cadres supérieurs, des ressources dévouées et la liberté du personnel à exprimer leurs sentiments, leurs doutes, etc. Tandis que tous les facteurs requis doivent être présents tout au long du processus de mise en oeuvre, un expert était d'avis que l'accès à de l'aide technique est particulièrement important.

Si vous avez accès à un soutien technique au début, cela vous donnera un bon point de départ... cela a une forte corrélation qui donne de bons résultats. Il est évident que la corrélation est encore plus forte si on a accès à une aide technique dans les stades finaux de la mise en oeuvre. Cependant, les gens n'y pensent pas. Ils font un genre de « ta ra ra boom de ya ». Ils lancent l'initiative et ensuite tout le monde semble s'en écarter et ensuite, c'est l'échec.

La stratégie de la surveillance du rendement a été cernée comme étant l'« indicateur prévisionnel de bons résultats le plus puissant. »

Si vous observez et remarquez que les choses commencent à tourner mal, vous êtes mieux en mesure de faire des rajustements et corrections et faire en sorte que les choses reprennent leur cours, que si, à la fin, vous regardez autour de vous et dites, « alors, est-ce que cela a donné des résultats ou non? »

L'établissement d'un système de surveillance du rendement est la meilleure chose qu'une personne puisse faire pour aider à prédire la mise en oeuvre réussie d'une pratique.

Autres obstacles

La charge de travail énorme et les longues listes d'attente auxquelles font face les fournisseurs de services dans le domaine des services de santé mentale pour enfants sont des obstacles importants à la mise en oeuvre réussie de nouvelles pratiques. Les demandes quotidiennes imposées aux praticiens font obstacle au temps et aux ressources nécessaires pour appuyer, apprendre et mettre en oeuvre des PFDP.

Dans le domaine des services de santé mentale pour enfants, nous restons sur un tapis roulant qui est réglé à un tel rythme qu'il n'y a presque pas assez de temps pour apporter des changements.

Un des obstacles financiers à la mise en oeuvre repose sur les conditions d'obtention d'une licence qui entraîne non seulement des coûts mais également beaucoup de temps pour discuter avec des avocats et d'autres qui participent à l'achat de programmes et services fondés sur des données probantes.

De nombreuses interventions merveilleuses sont investies par des organismes privés et il faut donc acheter ces services... si vous devez acheter le service, c'est coûteux.

Le fait de surmonter les attentes en ce qui a trait aux médicaments a été cerné par un des experts comme étant un obstacle à l'usage de pratiques fondées sur des données probantes.

Je crois que toutes les personnes oeuvrant dans le domaine des services de santé mentale pour enfants qui essaient de faire connaître ou d'intégrer plus d'interventions psychologiques ou socio-psychologiques fondées sur des données probantes font face au défi énorme d'essayer de surmonter les attentes de nombreux gens, y compris les parents et d'autres, que la meilleure chose à faire est de se débarrasser du problème au moyen de médicaments.

Intégration de la recherche

Un thème omniprésent qui ressortait lors des entrevues en compagnie des experts en matière de mise en oeuvre était la nécessité absolue d'intégrer la recherche dans la prestation de services. Quand la recherche est intégrée dans la prestation de services de santé mentale, elle sert de catalyseur important de pratiques fondées sur des données probantes, et ce, de plusieurs façons.

Faire le pont entre la recherche et la pratique

En incorporant une composante évaluative à la pratique qui est mise en oeuvre, le résultat des actions entreprises par les cliniciens peut être mesuré. Ce processus de collaboration permet aux cliniciens de fournir une rétroaction qui aidera à déterminer comment la pratique ou le traitement particulier peut être amélioré pour répondre à leurs milieux. Non seulement cela ajoute à la fiabilité et à la validité de la mise en oeuvre, mais il aide également à combler le vide entre les chercheurs et les cliniciens, ce qui influe sur la génération et la dissémination de nouvelles preuves.

La prochaine génération d'interventions fondées sur des données probantes existe à quelque part. Certaines des choses que les cliniciens font actuellement sont probablement beaucoup mieux que les pratiques existantes fondées sur des données probantes. D'une façon quelconque, vous devez trouver, d'une part à titre de chercheur ou de personne qui favorise les interventions fondées sur des données probantes, vous devez adopter une attitude respectueuse envers les cliniciens... il y a probablement des choses qui constitueront la prochaine génération, la prochaine découverte « de pointe ».

C'est probablement là où repose l'avantage des résultats de recherche dans un organismes comme le mien plutôt que, vous voyez, une université hautaine où ils publieront dans un certain journal spécialisé que jamais un organisme de santé mentale n'aura l'occasion de lire.

Trier ce qui fonctionne

Puisqu'il y a tant de couches et de variables dans la mise en oeuvre de la recherche, le fait d'essayer de les trier représente un défi de taille. Heureusement, divers enquêteurs deviennent assez bons, et il y a des études rigoureusement financées actuellement en cours dans le but d'examiner scientifiquement la mise en oeuvre de PFDP, plutôt que simplement par le biais d'études de cas descriptives. Il a été fortement suggéré que le gouvernement devrait établir une composante évaluative au sein de tous les programmes de prestation de services afin de déterminer ce qui fonctionne.

Nous examinons une gamme de variables de contexte pour voir si la culture et le climat organisationnels influent sur la capacité des thérapeutes qui ont été formés selon ces modèles de traitement de traumatisme fondés sur des données probantes afin d'offrir fidèlement le modèle... une étude complexe et nous en sommes encore loin de la fin.

Démystifier la recherche

Le fait de jumeler la recherche à la pratique clinique a également comme effet « d'augmenter énormément la sensibilisation à la recherche ». En en apprenant davantage au sujet de la valeur de la recherche et de ce qu'elle peut offrir, il est plus probable que les praticiens seront favorables aux pratiques fondées sur des données probantes.

Je fais de nombreuses présentations pour essayer de démystifier la recherche dans le cadre de la pratique fondée sur des données probantes. Si vous croyez qu'une chose fonctionnera parce qu'elle s'est déjà montrée efficace, le fait de la traduire dans votre organisme et votre communauté nécessite une évaluation, pour que vous puissiez former les gens à ne pas avoir peur des données.

Le fait de se lier à une université permet également d'avoir accès à plus de ressources et de connaissances qui peuvent aider les praticiens. Au niveau pratique, le fait d'établir ces genres de partenariat est perçu comme étant facile.

Il s'agit vraiment d'un système d'éducation dynamique (forger un partenariat avec une université)... il faut que ce soit fait au niveau des praticiens, et les universités doivent participer beaucoup plus dans la prestation de ce genre de cours et choses du genre.

La plupart de ces partenariats peuvent facilement être faits puisque presque tous les membres du personnel oeuvrant dans ce secteur viennent d'une université. Ils ont reçu leur formation dans des universités... ces connections ne seraient pas trop difficiles à faire ou à maintenir.

Quelques mots de la fin

Malgré tous les défis et obstacles soulevés par nos experts, il y a avait optimisme général que ces défis pouvaient être relevés et que ces obstacles pouvaient être surmontés.

Je me suis dis, eh bien, ce que nous trouverons, c'est que tous les indicateurs prévisionnels vraiment puissants sont des facteurs hors de notre contrôle, comme une direction charismatique, comme la structure d'un organisme, comme le pouvoir et les relations... et ce n'est pas ce que nous avons constaté. Ce que nous avons remarqué, c'est qu'il y a beaucoup de facteurs que les gens peuvent en fait changer, comme la surveillance du rendement. En d'autres termes, quel risque une personne croit qu'elle prendra en adoptant une pratique—vous pouvez influencer cela! Vous pouvez leur parler de toute la science qui l'appuie. Vous pouvez leur dire toutes sortes de choses sur son application. Alors, en d'autres termes, il y a vraiment des choses que les gens peuvent en fait changer.

Vous ne pouvez pas perdre espoir en les gens. Vous ne pouvez pas perdre espoir en un système entier même s'il y a des personnes au sein du système qui semblent le noircir.



*La plupart des gens sont en faveur du progrès,
C'est le changement qu'ils n'aiment pas.*



Anonyme

Chapitre 5
Synthèse du rapport



Les meilleures pratiques pour le transfert et la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes

Bien que la lacune actuelle entre la recherche et la pratique ait été liée principalement à des failles de dissémination (Scullion, 2002), il est critique de reconnaître que l'on peut avoir en oeuvre les mécanismes les plus idéaux, mais si la personne ou l'organisme récipiendaire n'est pas préparé pour recevoir (et surtout pour utiliser) ces renseignements, alors il est improbable que le changement de pratique surviendra. En fait, il y a un consensus de plus en plus important voulant que les problèmes du transfert de la recherche à la pratique sont attribuables à des facteurs organisationnels (p. ex., attitude de la direction, ressources du personnel, stress organisationnel, pressions réglementaires et financières, style de gestion, tolérance au changement (Backer, 1995). Ce rapport a reconnu le besoin non seulement d'aborder le transfert et l'échange de connaissances, mais également de se concentrer sur la préparation au changement et les obstacles à la mise en oeuvre. Comme il a été mentionné dès le début, nous croyons qu'il ne suffit pas de construire la Cadillac des modèles de transfert de connaissances si nous ne comprenons pas ce qui est requis pour préparer les organismes et les praticiens dans le domaine afin de recevoir et de mettre en oeuvre ces nouvelles connaissances.

La vaste dissémination des constatations de recherche ne résulte pas nécessairement en une adoption de pratiques fondées sur des données probantes.

La complexité de la pratique fondée sur des données probantes

Bien que la quantité de preuves de recherche puisse être écrasante, ce n'est peut-être pas le cas en ce qui a trait à la qualité. Il n'est pas clair quel pourcentage des résultats de recherche publiés annuellement est d'une qualité suffisante (pour ce qui est de la rigueur scientifique ou de la pertinence pratique) pour justifier un changement de pratique ou de politique. Pour compliquer les choses encore plus, la preuve scientifique est souvent insuffisante ou controversée en ce qui a trait à de nombreux problèmes de santé mentale. En outre, de plus amples recherches sont requises afin de cerner les « ingrédients actifs » de traitements particuliers afin qu'ils puissent être « réinventés » pour d'autres contextes et populations, et les recherches en matière de mise en oeuvre n'ont toujours pas cerné pleinement les « ingrédients actifs » pour les stratégies et les processus de mise en oeuvre.

Par conséquent, il est clair que les perceptions actuelles des pratiques fondées sur des données probantes nécessitent de l'attention. Bien que nous ayons une définition largement acceptée d'une pratique fondée sur des données probantes, comme étant « l'usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleurs résultats de recherche actuels dans la prise de décisions au sujet des patients individuels » (Sackett et al., 1996), il n'y a toujours pas de consensus en ce qui a trait à la définition exacte d'une

pratique fondée sur des données probantes. Silagy et Haines (1998) décrivent une PFDP comme étant une approche qui « prend en considération la preuve au niveau de la population et qui inclut les interventions qui répondent aux besoins de l'organisme et de la prestation des soins. » Les résultats de recherche constituent une composante importante du processus de prise de décision, mais non la seule. D'autres considérations comprennent l'expertise clinique, la préférence, les besoins, les priorités et les ressources des patients. Le fait d'inclure les résultats de recherche dans la prise de décision en matière de service semble simple, toutefois, des complexités surviennent lorsque l'on considère ce qu'on entend par « résultat de recherche ». Par exemple, notre sondage auprès des directeurs généraux et du personnel clinique a fait ressortir des préoccupations au sujet de la préférence à l'endroit des résultats de recherche obtenus en laboratoire plutôt qu'envers la recherche au niveau communautaire. De plus, de nombreux participants ont indiqué que la nature contradictoire des renseignements de recherche constitue un obstacle.

Le besoin en matière d'organismes d'apprentissage et du perfectionnement professionnel continu

Ces constatations soulignent le besoin en matière d'éducation permanente en ce qui a trait aux PFDP à de multiples niveaux—administrateur, praticien, décisionnaire et consommateur. Les parties intéressées doivent acquérir les attitudes qui sont la base de la pratique fondée sur des données probantes (Corrigan et al., 2001), puisque bon nombre ont reçu une formation qui n'est pas conforme aux principes et aux pratiques décrites dans les pratiques fondées sur des données probantes. Les administrateurs et les superviseurs cliniques ont besoin d'une formation en matière de PFDP afin de diriger et de superviser efficacement leur personnel. Les praticiens nécessitent des connaissances en matière de PFDP afin de devenir plus ouverts à leur adoption et mieux habilités dans l'exécution et la gestion des résultats connexes. Les consommateurs doivent être éduqués au sujet des PFDP afin qu'ils puissent favoriser la prestation de services qui produisent les résultats les plus uniformes offrant le meilleur rapport coûts/efficacité, occasionnant ainsi les niveaux de pression pour le changement requis pour qu'une décision soit prise. Les décisionnaires doivent comprendre la complexité du processus de changement ainsi que la nature de la preuve afin qu'ils appuient une mise en oeuvre de pratiques efficaces à la grandeur du système et offrent le soutien financier et les primes d'encouragement nécessaires afin de favoriser les changements demandés.

Le besoin d'élaborer une culture fondée sur des données probantes

Les PFDP ne sont pas largement utilisées en raison d'obstacles précis qui comprennent des obstacles individuels et organisationnels (Drank et al., 2003). Ces obstacles ont été cernés dans ce rapport grâce à l'étude de beaucoup de documentation, notre sondage sur le terrain et nos entrevues auprès des experts. Au niveau individuel, il se peut que les praticiens n'aient pas les connaissances et les capacités de base requises pour assimiler les PFDP dans leur approche régulière au traitement. De plus, les facteurs liés au travail comme le stress du travail et l'épuisement professionnel minent souvent l'intérêt porté envers des pratiques nouvelles et innovatrices (Corrigan et al., 2001). Au niveau organisationnel, une direction inefficace, un soutien collégial insuffisant et les contraintes bureaucratiques peuvent nuire aux efforts d'une équipe pour mettre en oeuvre et maintenir de telles pratiques. Une attention aux ressources plus importantes comme le personnel et les ordinateurs, et les approches pour la mise en oeuvre au niveau du système doivent être prises en considération aux paliers régional et provincial de gouvernance.

Il ne se fait aucun doute que la mise en oeuvre des PFDP aura plus de chances de réussir au sein de ce qu'on pourrait appeler une *culture fondée sur des données probantes*. Une telle culture comprend une direction sous la forme de gestionnaires ou champions du changement, la participation des parties

intéressées à tous les niveaux du système : particulièrement la communication face à face réciproque entre les chercheurs, les décisionnaires et les cliniciens ainsi que la participation des familles et des autres consommateurs. Les organismes qui ont grandement besoin d'un changement et de formation spécialisée, qui vivent une plus forte pression pour le changement, ont suffisamment de ressources (bureaux, accès aux ordinateurs, liens avec le monde universitaire) et sont dotés de praticiens compétents qui peuvent s'adapter, prennent la responsabilité de se garder à jour, exécutent leurs tâches de façon réfléchie et qui aiment avoir un sentiment d'efficacité et d'influence au sein de leur pratique font également partie de la culture idéale du changement. La culture fondée sur des données probantes a un climat organisationnel caractérisé par la clarté de la mission et des buts parmi le personnel, une cohésion et une autonomie du personnel, l'ouverture des communications et l'ouverture au changement, et des niveaux moins élevés de stress au travail. De plus, il faut faire particulièrement attention en ce qui a trait à la sélection du personnel, de la formation et de l'entraînement, ainsi qu'aux systèmes de rétroaction pour l'amélioration continue de la qualité à l'intention du personnel de tous les niveaux au sein d'un organisme (p. ex., Huber, Godfrey, et al., 2003).

Champions des PFDP

La documentation sur la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes est unanime pour souligner le rôle important de la direction. Notre examen de la documentation et nos entrevues auprès des experts soutenaient cette constatation. Une direction efficace qui est caractérisée par une communication ouverte et honnête peut influencer grandement sur le processus de changement. Seule une direction forte peut permettre de développer une culture organisationnelle qui appuie le changement, établir les buts pour l'amélioration, et mobiliser les ressources afin d'atteindre ces buts. Les cadres intermédiaires et les superviseurs cliniques en particulier peuvent jouer un rôle vital dans la création et le maintien du changement. Bien que la culture organisationnelle soit sans le moindre doute un facteur important dans la mise en oeuvre de PFDP, elle n'est pas nécessairement facile à changer. La création de la culture organisationnelle d'un organisme, d'un hôpital ou d'un autre organisme communautaire nécessite un certain nombre d'années, et elle est le produit de décisions prises par un grand nombre d'acteurs. Un organisme qui se rend compte du besoin d'élaborer une stratégie pour la mise en oeuvre de PFDP, mais dont la culture organisationnelle n'appuie pas l'innovation et la prise de risques, fera face à tout un dilemme. Dans une telle situation, seul le soutien actif et visible de la direction clinique, intermédiaire et supérieure peut réussir à effectuer un changement. Ce soutien comprend le fait d'accorder au personnel clinique la liberté de décision et le contrôle au sujet de leur travail, ce qui les prépare à initier le changement. De plus, la documentation révèle l'importance de reconnaître les questions de pouvoir et d'autorité. Il a été avancé que les gestionnaires ont manqué d'utiliser leur poste et leur autorité organisationnelle dans le but d'influencer l'usage de la recherche dans la pratique (Omery & Williams, 1999).

Participation systémique des parties intéressées clés

Il y a un besoin critique d'investir dans le réseautage des gens. Puisque les organismes de soins de santé sont des systèmes si complets, l'amélioration de leur rendement nécessite la participation d'acteurs venant des nombreuses parties différentes du système, et des secteurs connexes comme le bien-être des enfants, l'éducation et la justice juvénile. Il n'est pas toujours facile de rassembler des personnes de disciplines, de départements et d'organismes différents, mais quand cela se produit, les résultats peuvent être dramatiques. Le concept de la « communauté de pratique », adopté pour appuyer la mise en oeuvre des outils d'évaluation pour le dépistage et les résultats autorisés par le gouvernement provincial, offre un exemple de rassemblement de parties intéressées afin qu'elles puissent échanger leurs connaissances tacites et développer des pratiques dans un domaine précis (Barwick et al., 2002).

On a remarqué que le partage des connaissances dans les communautés de pratique avait comme résultat de créer un forum dans lequel on peut développer et maintenir les meilleures pratiques (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002). Au sein de tout organisme, il semble y avoir un groupe de personnes qui acceptent d'envisager le changement—les innovateurs et les adoptants précoces. Il est essentiel d'engager ces personnes dans des situations face à face afin d'initier avec succès une PFDP et aide à inspirer et à motiver les autres—la majorité précoce et la majorité tardive—qui se trouvent à des stades différents de préparation.

Heureusement, plusieurs stratégies émergentes ont le potentiel de lier les solitudes actuelles. En général, il semble y avoir un besoin évident d'élaborer de nouvelles structures et de nouveaux processus—un tissu conjonctif—pour aider expressément le flux de renseignements pertinents et d'influence parmi toutes les parties intéressées. De plus, les parties intéressées les plus distantes, comme les bailleurs de fonds, les universités, les défenseurs autonomes de la recherche et des politiques ainsi que les patients et les familles doivent être plus efficacement incluses dans le mélange.

En terme de nouvelles structures et de nouveaux processus, les chercheurs (particulièrement ceux qui oeuvrent dans le domaine des secteurs appliqués) pourraient se doter pour communiquer plus efficacement et régulièrement avec les décisionnaires et les praticiens. Afin d'accomplir ceci, de nombreux chercheurs pourraient tirer avantage d'une meilleure formation et d'un meilleur soutien pour le travail auprès des médias, des groupes communautaires et des défenseurs de politiques. La gouvernance des universités doit faire en sorte que les communications et le travail en matière de politique soient acceptés comme ayant une « valeur académique » et soient récompensés à ce titre (ou tout au moins ne pas en être pénalisés) par les universités et les autres centres d'études. Les chercheurs pourraient également (comme le font déjà bon nombre d'entre eux) participer à un plus grand nombre d'activités multidisciplinaires qui sont axées sur les problèmes, plutôt que de travailler dans des « silos » de spécialisation. Surtout, les chercheurs pourraient se renseigner au sujet de plus de modèles de collaboration qui comprennent expressément la participation des praticiens et des responsables de politiques—qui travaillent dans des contextes dans lesquels la recherche doit être utilisée—à titre de partenaires importants dans tous les stades de la recherche. Il faut également créer des partenariats de recherche entre les consommateurs, les familles et les chefs communautaires. Nos recherches ont également soulevé le besoin de chercher des façons d'augmenter la participation des familles afin que les renseignements au sujet des PFDP puissent se rendre à eux. Les groupes de défense des consommateurs ont un rôle critique à jouer aux niveaux de l'organisme, du conseil d'administration et du système parce qu'ils constituent une importante source de pression pour le changement—une lacune apparente dans la situation actuelle.

Toujours au sujet de l'importance de l'échange en matière de transfert de connaissances (Lee & Garvin, 2003), il existe un rôle pour plus de partenariats entre les organismes de santé mentale pour enfants, les gouvernements régionaux et les chercheurs. De tels partenariats peuvent engendrer les liens réciproques par lesquels les techniques innovatrices et efficaces peuvent être transférées à la pratique clinique, évaluées et révisées conformément aux expériences du monde réel (Sherrod, 1999), et par lesquels les chercheurs peuvent participer à l'évaluation d'interventions « prometteuses » alors qu'elles sont développées dans le domaine. Les fournisseurs de services doivent participer activement à l'établissement des programmes de recherche et aux recherches appliquées. Les chercheurs doivent trouver des façons non traditionnelles de partager les résultats de leurs recherches afin qu'elles soient pertinentes et applicables au domaine. Les responsables de l'établissement de politiques doivent fonder leurs décisions en matière de politique sur des données probantes plutôt que sur l'opinion du public.

Une autre stratégie qui inclut toutes les parties intéressées cernées jusqu'à présent a été proposée sans être largement mise en œuvre (Waddell, 2001). Cette stratégie nécessite la création de nouvelles fonctions et structures dans le but de former et d'embaucher des personnes—*des agents de connaissances*—qui s'y connaissent dans le domaine de la recherche ainsi que des milieux cliniques et des besoins des praticiens et des décisionnaires. Ces agents de connaissances doivent également avoir de fortes capacités pour communiquer avec toutes les parties intéressées ainsi qu'avec les médias. Actuellement, il est rare que l'on trouve une personne dont le rôle est de disséminer les résultats de recherche et de s'assurer que les besoins des décisionnaires sont inclus dans le processus de recherche de façon systématique.

Surveillance du rendement

La surveillance du rendement est une composante essentielle de la pratique fondée sur des données probantes et, peut-être, de tout programme de services à la personne (Felner, Fazavva, et al., 2001; Wolf, Kirigin, et al., 1995). Au niveau des praticiens, les interactions avec les consommateurs et les parties intéressées peuvent être évaluées et utilisées dans le but d'informer les routines d'entraînement et de supervision conçues pour améliorer les compétences et le perfectionnement professionnels des praticiens. Au niveau de l'administration, les évaluations du rendement de la personne peuvent informer les décisions au sujet des programmes de formation à l'intention du personnel, les routines d'entraînement et de supervision, et les évaluations des résultats généraux d'un programme peuvent informer les décisions au sujet de la mission et des buts d'un organisme. Pour être utile, la surveillance du rendement doit être incluse dans le fonctionnement quotidien d'un organisme afin que les évaluations et les rapports soient bien intégrés dans le fonctionnement de l'organisme.

Occasions de formation

Nos constatations indiquent clairement une direction pour la formation : en particulier, les interventions qui favorisent la formation individuelle des praticiens et le développement organisationnel. Les recherches ont exploré l'impact de la formation éducative sur les pratiques quotidiennes des praticiens en santé mentale et indiquent que les praticiens qui ont participé à ce genre de programme ont de meilleures attitudes face aux pratiques innovatrices (Cook et al., 1998). Toutefois, la question du perfectionnement professionnel représente une tension inhérente. Les praticiens représentent le groupe qui a le plus besoin de formation et de perfectionnement professionnel, mais ils sont inondés par le nombre de clients ayant besoin de services et le manque de ressources pour soutenir ces services. Cela soulève la question suivante : comment peuvent-ils enlever du temps consacré au domaine et le réaffecter au perfectionnement professionnel?

Le mot de la fin

À la fin de la journée, afin de réussir à mettre en oeuvre les pratiques fondées sur des données probantes, les praticiens devront faire plus qu'apprendre des procédures et pratiques particulières. Les pratiques multidimensionnelles sont importantes—c'est-à-dire, plus aptes à entraîner un changement de comportement—surtout si elles sont caractérisées par une interaction soutenue et une pratique directe (Carpinello et al., 2002). Elles nécessiteront davantage de connaissances et d'attitudes positives envers les pratiques fondées sur des données probantes ainsi que les structures organisationnelles appropriées en oeuvre pour soutenir leur utilisation. De plus, elles devront être ancrées dans un processus d'influence sociale conçu pour soutenir le maintien et la fidélité de pratiques nouvelles et innovatrices. L'innovation que la pratique fondée sur des données probantes représente fait toujours face à de nombreux défis, toutefois, comme l'ont révélé nos entrevues auprès des experts dans le domaine de mise en oeuvre, « c'est possible. »



*Soyez attentifs aux meilleurs aspects du passé
et du présent—dans le but d’allumer
l’imagination collective de ce qui pourrait être.*



*David Cooperrider
Case Western Reserve University*

Chapitre 6
Recommandations à SMEO



Passer à l'action

1. Permettre aux CSME d'accéder à la base de preuves

D'énormes avantages seraient réalisés si les CSME étaient liés au corps professoral et aux ressources sur Internet (p. ex., bases de données de bibliothèque) des collègues et des universités de leur localité. Les résultats de sondage indiquent que le manque d'accès aux bases de données collégiales et universitaires représente un obstacle important aux capacités du personnel clinique d'accéder à la documentation à jour dans le domaine des services de santé mentale pour enfants.

- 1.1. SMEO pourrait aborder cette question en offrant un lien central au système de bibliothèque de l'Université de Toronto à titre de membre affilié.
- 1.2. Créer des occasions de dialogue et d'échange entre les praticiens, les chercheurs et les décisionnaires. Les congrès comme la Biennial Niagara Conference on Evidence-Based Treatment for Child and Adolescent Mental Health, dirigée par le Dr William Pelham de la University of Buffalo en collaboration avec le Dr Charles Cunningham de l'Université McMaster, représentent le genre de rencontre requise. Envisagez un partenariat avec ces organismes pour organiser le congrès afin qu'il puisse avoir lieu tous les ans plutôt qu'aux deux ans, organisez-le à des endroits plus abordables (actuellement tenu à Niagara-on-the-Lake), et immobilisez des fonds afin de le rendre plus largement accessible grâce à la vidéoconférence.
- 1.3. Créer des équipes régionales responsables d'étudier la documentation et de rédiger des sommaires accessibles par d'autres dans d'autres régions, ou faire ceci de façon centrale par le biais de SMEO et le publier sur le site Web. Il y a un vide de responsabilité pour cette activité au sein de chaque organisme, et une approche centralisée pourrait être bien reçue et utile.

SMEO a produit une série de *Guides à l'intention des praticiens dans le domaine des services de santé mentale pour enfants*, et cela est une étape importante dans le but d'apporter les résultats de recherche à l'attention des praticiens.

- 1.4. Si SMEO choisit de produire d'autres numéros dans leur série sur les TFDP, il serait utile de planifier au-delà de la dissémination. Le simple fait de rendre ces produits accessibles aux membres ne garantit pas que les renseignements seront assimilés et utilisés dans la pratique. Une approche de communauté de pratique peut être adoptée en vue de rassembler les praticiens autour d'une population particulière de clients cibles, dans le but d'étudier la base de preuves et les TFDP connexes, et de discuter comment ces traitements se lient à ce qui est actuellement offert dans le système ontarien.

2. Réintroduire le perfectionnement professionnel et le réseautage à titre d'activité centrale au sein des CSME.

À la lumière des contraintes budgétaires et des abolitions de programme, il est probable que ce soit extrêmement controversé. Que le personnel clinique danse le plus vite qu'il le peut ne représente aucune surprise aux personnes qui oeuvrent dans le domaine, mais les résultats de notre sondage

appuient le désir d'un rôle plus vaste. Le personnel clinique aimerait élargir ses responsabilités afin de pouvoir participer à des activités d'éducation permanente (p. ex., ateliers internes, lecture, réseautage), mais ils sont prisonniers d'un cycle confiné de prestation de services pour une liste toujours grandissante de clients qui attendent à la porte. On a largement discuté des risques liés aux longues listes d'attente, toutefois, que représente le coût additionnel en matière de capital humain pour les CSME?

- 2.1. SMEO pourrait commander un projet pilote pour étudier les coûts et les avantages liés à la réorganisation de la pratique clinique, dans laquelle le personnel clinique ont droit à un certain pourcentage de temps pour le perfectionnement professionnel continu et le réseautage, qui est appuyé par un pourcentage correspondant du budget de l'organisme. Les budgets alloués aux ateliers internes et au perfectionnement professionnel sont souvent les premières victimes en période de ressources limitées, cependant, que représente le coût de ces actions sur la compétence professionnelle? Une telle redistribution nuirait-elle de façon appréciable à la prestation de services?
- 2.2. La capacité grandissante de la province en matière de vidéoconférence au sein des initiatives de télésanté/télépsychiatrie peut représenter une solution efficace et pratique au partage de nouvelles connaissances. Bien que notre expérience relativement à la formation sur l'outil d'évaluation des résultats de la province nous ait porté à conclure que ce format ne répond pas exactement aux besoins de la formation en matière de PFDP/FFRR (les professionnels préfèrent le face à face et le contact personnel offerts dans le cadre de la formation sur place), il existe plusieurs occasions de partager les présentations importantes effectuées lors de congrès et autres rencontres en compagnie de professionnels situés dans des endroits plus éloignés et ruraux de l'Ontario.

3. Élaborer des primes pour la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes.

Plusieurs théories de changement abordent l'importance de récompenses ou de primes comme facteurs de renforcement qui contribuent à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes (p. ex., Green et al., 1980; Green et al., 1991). Quand les PFDP sont mises en œuvre à la grandeur du système, il semblerait le ressort de la province d'instituer ces récompenses ou ces primes, toutefois, il peut convenir davantage que certaines types de primes proviennent de SMEO. Un système de récompenses peut offrir l'avantage additionnel de rendre les réussites des adoptants précoces observables pour tous les autres dans le domaine (Berwick, 2003). Quelles stratégies peuvent être mises en œuvre afin de souligner les réussites de certaines personnes oeuvrant dans le domaine?

- 3.1. Le congrès annuel de SMEO pourrait être utilisé pour exposer et reconnaître l'excellence dans la prestation de services. SMEO pourrait envisager la création de prix pour la prestation de services aux fournisseurs qui font des choses innovatrices (p. ex., l'évaluation d'une intervention « prometteuse », l'excellence dans les traitements culturellement sensibles, les succès réalisés grâce à une intervention particulière ou au fait d'avoir abordé une population particulière de clients d'une façon efficace).

Le travail effectué par la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) aux États-Unis étudie actuellement les effets des primes sur la production d'une qualité supérieure dans la prestation de soins de santé (AHRQ, Pub. No. 04-0057). Il y a beaucoup de documentation théorique au sujet des déterminants de l'efficacité de systèmes de prime dans plusieurs disciplines, y compris la science économique, la psychologie et le comportement organisationnel. Certaines de ces recherches ont déterminé que les caractéristiques de la prime elle-même et du contexte dans lequel elle est appliquée peuvent déterminer la probabilité d'efficacité de la prime. Par exemple, une importante caractéristique

financière de la prime est qu'elle devrait prendre en considération les coûts liés au fait de se confirmer à la mesure. Le rapport décrit également une certaine mesure de succès dans l'utilisation de primes de réputation, où les hôpitaux qui affichent de faibles scores de rendement étaient plus aptes à adopter des activités d'amélioration de la qualité lorsque leur niveau de rendement était divulgué au public. Aux États-Unis, on appelle ce genre d'activité « achats fondés sur la qualité » et elle fait l'objet de plus en plus d'études. Les premiers travaux offrent certaines preuves que les paiements fondés sur le rendement et les primes de réputation peuvent tous les deux contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé. Nous pouvons envisager la recherche continue dans le but d'informer l'étendue d'utilisation des achats fondés sur la qualité, les attitudes des fournisseurs de services envers les deux genres de prime et l'utilisation de divers genres de mesures de rendement, et les estimations préliminaires de l'impact de cette approche sur la qualité.

4. Encourager l'adoption des sept règles de Berwick pour disséminer les innovations dans les domaines des services de santé mentale pour enfants.

La recherche sur la mise en œuvre, bien qu'au stage embryonnaire, appuie certains comportements qui peuvent aider les dirigeants à mieux cultiver la dissémination de changements positifs dans le domaine des services de santé mentale pour enfants.

Règle 1 : Trouver des innovations solides – Bien que cela puisse sembler évident, nos recherches relativement aux fournisseurs de services en Ontario indiquent que ces organismes, pour la plupart, n'ont aucun mécanisme formel pour étudier la documentation et cerner les innovations qu'ils pourraient potentiellement envisager. Il y a une supposition que la culture professionnelle en est une qui cherche continuellement de nouvelles idées, même s'il y a rarement une personne chargée de balayer les publications scientifiques clés ou d'assister aux réunions scientifiques clés et d'en présenter un rapport fiable à l'organisme.

Solution de l'Ontario – SMEO peut envisager d'assumer la tâche de faire le balayage de la documentation d'une façon systématique et de disséminer les preuves scientifiques clés (voir la recommandation 1,3). Une autre option serait qu'un groupe de directeurs cliniques se réunisse pour former un « groupe de pratique en matière de services de santé mentale pour enfants » dont la tâche serait d'étudier les services offerts dans les organismes et de créer des liens à la documentation empirique et des points de repère générés par les outils provinciaux de dépistage et de résultat.

Règle 2 : Trouver et soutenir les innovateurs – Les organismes devraient cerner (et embaucher) des innovateurs, et fournir du temps et du soutien pour enquêter les innovations dans les communautés non locales. Berwick (2003) rappelle un examen de longue date mais très respecté de 61 inventions majeures dans une variété d'industries depuis l'an 1900, dont 40 % provenaient de personnes qui oeuvraient seules plutôt que de la recherche d'entreprise et d'efforts de développement.

Solution de l'Ontario – Encouragez les dirigeants plus anciens à favoriser le changement en encourageant les innovateurs au sein de leur organisme, grâce au temps et à la liberté de prise de décision. En cette période de ressources limitées, le fait de limiter les occasions de déplacement et d'échange ne fait que limiter notre capacité de réussir à fournir les meilleurs soins de santé mentale par le biais de praticiens cliniques revigorés et compétents. Cela peut être possible pour encourager les organismes individuels et au moyen de la création d'une « compétition d'innovateurs » par laquelle les praticiens pourraient participer à un processus compétitif pour obtenir des fonds de SMEO pour explorer une innovation ailleurs dans le monde.

Règle 3 : Investir dans les adoptants précoces – les dirigeants pourraient étendre la diffusion de l'innovation s'ils encourageaient la curiosité de quelques adoptants précoces qui se trouvent parmi eux, ceux qui veulent mettre le changement à l'essai.

Solution de l'Ontario – Cernez les adoptants précoces au sein de chaque organisme pour que l'on puisse les encourager à « lancer » une innovation avant tous les autres. Existe-t-il une équipe de praticiens cliniques qui est intéressée à essayer un nouveau traitement? Allouez-lui le temps requis pour explorer l'innovation et la mettre à l'essai. Élaborez des occasions pour que les adoptants précoces puissent échanger avec les innovateurs dans d'autres milieux cliniques.

Règle 4 : Rendre visibles les activités des adoptants précoces – La majorité précoce, 34 % de chaque organisme, changent par le biais d'occasions d'observer des adoptants précoces. Les situations sociales sont idéales pour ce niveau d'échange.

Solution de l'Ontario – Encouragez les interactions sociales à l'intérieur et à l'extérieur des murs de chaque organisme. Rassemblez les innovateurs, les adoptants précoces et la majorité précoce dans des situations de rencontre qui peuvent agir comme mécanismes pour le partage de connaissances. Invitez des conférenciers qui parleront de sujets d'intérêt pour votre personnel; de nombreux universitaires ou praticiens feraient ceci gratuitement.

Règle 5 : Avoir confiance en la réinvention et y donner place – Puisque les nouvelles idées proviennent souvent de l'extérieur du système actuel, elles doivent être « réinventées » pour s'adapter aux contextes individuels. La réinvention est un produit naturel de la diffusion d'innovations.

Solution de l'Ontario – Les dirigeants devraient encourager et mettre en évidence les personnes ou les organismes qui prennent des idées d'ailleurs et les adaptent à leurs propres environnements. Cela pourrait potentiellement se dérouler au niveau de l'organisme, de SMEO et du Ministère (voir la Recommandation n° 3).

Règle 6 : Créer une marge pour le changement – L'innovation nécessite du temps et des fonds. Berwick capture vraiment cette idée en disant, « Aucun système emprisonné continuellement dans la production et qui existe toujours en marge de ressources ne peut bien innover, sauf si sa survie est également en jeu. » (2003, p. 1974).

Solution de l'Ontario – Les dirigeants doivent investir le temps et l'énergie de leur personnel dans l'usage de pratiques fondées sur des données probantes, la gestion des résultats et la qualité du service. L'adoption de pratiques fondées sur des données probantes doit être planifiée et appuyée par la direction. Une telle adoption n'aura pas lieu naturellement dans le cours régulier de la prestation quotidienne de services.

Règle 7 : Diriger en montrant l'exemple – Les dirigeants qui prônent le transfert d'innovations doivent se préparer à de la résistance qui peut s'avérer très vigoureuse à l'occasion.

Solution de l'Ontario – Le fait de se préparer pour mener le changement au niveau de SMEO servira d'exemple aux organismes de services de santé mentale pour enfants, bon nombre d'entre qui devront être convaincus du besoin, de l'avantage relatif et de la disponibilité du soutien avant qu'ils ne s'y engagent.

5. Explorer le niveau de sensibilisation et de soutien relativement aux PFDP parmi les fournisseurs de services en Ontario.

La mise en œuvre réussie de PFDP nécessitera que le niveau de sensibilisation et de position philosophique face aux résultats de recherche soit cerné et abordé. Le seul fait de changer l'attitude du praticien ne suffira pas pour réussir une mise en œuvre, mais il s'agit d'un facteur qui devrait être

abordé dans tout plan de mise en oeuvre. Il existe déjà de la documentation à ce sujet (p. ex., O'Donnell, 2004), et de plus amples recherches pourraient être effectuées en Ontario sous la direction de SMEO.

- 5.1. Effectuez des recherches sur les connaissances des fournisseurs de services et leur réceptivité face aux traitements fondés sur des données probantes, de préférence en utilisant des approches qualitatives qui peuvent explorer ces questions en profondeur. Élaborez des recommandations pour la formation en matière de PFDP qui peut aborder les connaissances et la préparation des praticiens ainsi que la disponibilité des ressources (temps, coûts) requises pour ces efforts.

6. Faites en sorte qu'il soit facile pour les praticiens d'acquérir de la formation en matière de PFDP.

La tâche d'acquérir de la formation sur des PFDP précises nécessite le soutien de la direction au niveau provincial ainsi qu'au sein des organismes sous forme de reconnaissance de la valeur d'une telle formation, de l'allocation du temps de congé et de l'établissement d'un soutien financier. Elle sous-entend également que les personnes savent comment chercher et obtenir la formation requise.

- 6.1. SMEO est bien placé pour agir à titre d'agent de formation en matière de PFDP pour ses membres. La formation en matière de PFDP pourrait également être liée à un programme d'encadrement dans la pratique clinique, selon la PFDP et la région, dans lequel des questions liées au perfectionnement des capacités, à la « réinvention » ou à l'adaptation, et à la supervision clinique pourraient être adressées.
- 6.2. Le gouvernement provincial a lui aussi un rôle de direction à jouer dans la mise en oeuvre à la grandeur du système de TFDP et il a l'occasion d'intégrer ceci dans un cadre stratégique sur les services de santé mentale pour enfants. Il est inefficace et irréaliste sur le plan financier de s'attendre à ce que les CSME prendront cette direction de leur propre chef, sur une base individuelle.

7. Explorer les dynamiques de la gouvernance du conseil d'administration parmi les CSME.

Les constatations de ce projet soulèvent certaines questions au sujet du rôle des conseils d'administration qui gouvernent les centres de santé mentale pour enfants. En particulier, comment se fait-il que les directeurs généraux ne perçoivent pas de pression pour le changement de la part de leur conseil d'administration? Qu'est-ce que cela veut dire?

- 7.1. SMEO pourrait commander des recherches dans le but d'explorer le rôle et l'efficacité des conseils d'administration qui gouvernent les CSME. Plus précisément, comment les conseils d'administration perçoivent-ils leur rôle relativement à la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes, à l'importance de l'assurance de la qualité (au-delà de la satisfaction du client) et aux dynamiques des rapports hiérarchiques? Comment peuvent-ils créer une plus grande culture de changement au sein des organismes fournisseurs de services?

8. Créer des liens avec les éducateurs et les ordres professionnels dans le domaine du travail social et la psychologie.

SMEO est bien placé pour représenter les intérêts de ses organismes membres relativement à l'éducation que reçoivent les nouveaux diplômés et avec laquelle ils gagnent la population active. De plus, les discussions avec les ordres professionnels permettraient de cerner les buts et les mécanismes communs en matière de perfectionnement professionnel parmi le personnel professionnel qui, par le

biais d'un effort commun, pourrait réduire le fardeau du perfectionnement professionnel imposé aux organismes individuels. Le fait de se rappeler que la pression pour le changement doit atteindre un niveau élevé avant qu'une action soit prise s'applique dans ce cas-ci.

- 8.1. Les étudiants dans les domaines du travail social, de la psychologie et de la garde d'enfants apprennent-ils ce qui est nécessaire à la création d'une culture de gestion de qualité fondée sur des données probantes, et développent-ils les capacités requises pour l'apprentissage continu et la pratique réflexive? Dans quelle mesure les besoins de la main-d'œuvre sont-ils abordés au niveau de l'éducation préalable? Il existe une relation symbiotique inhérente entre les fournisseurs de services et les collègues : les collègues ont besoin de stages de placement et les fournisseurs de services ont besoin de plus de personnel pour répondre au fardeau de la prestation de services. Par contre, cette relation doit faire l'objet d'un nouvel examen, surtout à la lumière de l'évolution de l'environnement de pratique.

Nous avons de l'expérience dans ce secteur d'intérêt. Quand les membres de l'équipe du projet ont participé aux initiatives de soutien pour la formation et la mise en oeuvre relativement à l'outil de résultat autorisé de la province, nous avons communiqué avec tous les collègues communautaires de la province et tous les programmes universitaires de travail social et de psychologie et nous leur avons offert de former leur corps professoral sur l'outil en question pour qu'il puisse, à son tour, former leurs étudiants inscrits aux programmes de soins à l'enfance et à la jeunesse et du service social. Le but de cette initiative était de réduire le fardeau de formation des fournisseurs de services de santé mentale pour enfants—qui composaient déjà difficilement avec les exigences de formation à l'intention de leur personnel professionnel—tout en offrant aux nouveaux diplômés les capacités additionnelles requises pour gagner la population active. Ce processus a remporté beaucoup de succès auprès de tous les collègues communautaires, mais il a suscité très peu de participation de la part des programmes universitaires. Encore une fois, le facteur déterminant est la pression pour le changement. Les Centres de santé mentale pour enfants offrent des stages de formation dont on a grandement besoin et, par conséquent, ont l'occasion d'exercer une pression pour le changement dans la formation que reçoivent leurs stagiaires potentiels. Bien que ce niveau de pression n'ait pas été requis pour obtenir la participation des collègues communautaires, il peut s'avérer utile dans le cadre du dialogue avec les programmes universitaires qui cherchent des stages pratiques pour leurs étudiants pour des fins de formation et de recherche. Cet aspect doit être exploré.

- 8.2. Les Centres de santé mentale pour enfants et les ordres professionnels ont un but commun : le perfectionnement professionnel continu et l'assurance de la qualité pour les professionnels de la santé mentale. SMEO pourrait entamer un dialogue avec l'Ordre de travailleurs sociaux et des travailleuses sociales de l'Ontario et l'Ordre des psychologues de l'Ontario pour explorer les possibilités de partenariat en matière de formation professionnelle et du maintien de la qualité parmi leur personnel professionnel.

9. Aider les centres à évaluer les approches de traitements prometteurs qu'ils développent au sein des services directs aux clients.

Les interventions fondées en laboratoire ne sont qu'une partie d'un important spectre. De nombreuses approches importantes sont développées au sein des services directs aux clients, souvent avec l'avantage distinct d'être sensibles par rapport à la culture et au développement. Les connaissances et les ressources requises pour évaluer l'efficacité de ces traitements prometteurs échappent souvent aux fournisseurs de services, toutefois, et il s'agit d'une importante lacune qui peut être abordée au moyen de partenariats avec les chercheurs.

- 9.1. SMEO pourrait agir à titre d'intermédiaire pour ces relations universitaire/fournisseur de services, une activité qui pourrait intéresser l'Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health au Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO).
- 9.2. SMEO pourrait envisager de créer un organisme de consultation à l'évaluation à titre de ressource pour ses membres, rassemblant ainsi les cliniciens et les chercheurs chevronnés dans le domaine des services de santé mentale pour enfants.

Le Department of Mental Health au South Carolina offre un exemple d'une relation universitaire/fournisseur (Gintoli & Morris, 2003). Il forge actuellement un partenariat avec les établissements d'enseignements supérieur de l'État dans le but de contrer la réduction des ressources de l'État en matière de santé mentale, grâce à de nouvelles ressources provenant de subventions, de contrats et de relations de collaboration. Une grande partie de son travail dans le domaine de la mise en oeuvre des meilleures pratiques, qu'il s'agisse de projets pilotes ou d'une réplique à la grandeur de l'État, sera organisée par le South Carolina Center for Innovation in Public Mental Health, qui se veut un partenariat entre le South Carolina Department of Mental Health et le Département de neuropsychiatrie et des sciences du comportement à la USC School of Medicine. Le lien essentiel pour mesurer les progrès est leur partenariat avec l'entrepôt de données multi-organisme de la Caroline du Sud, qui a la capacité de fournir des données sans double compte au sujet des clients dans tout le spectre des services de santé et des services à la personne. Cela lui permettra de retracer des résultats du monde réel (rendement scolaire, justice juvénile, état de santé) à mesure qu'il met en oeuvre des interventions de meilleure pratique.



L'innovation est l'action courageuse de créer quelque chose d'unique. Il faut un courage et une passion véritables pour s'attaquer à ce qui est acquis et fondé—y compris vos propres idées—et d'atteindre, au moyen d'échecs, l'accomplissement de quelque chose de vraiment différent.



SleepNet Corporation
www.thinksmart.com, 2004



Bibliographie

Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research, 6*(2), 61-74.

Addis, M. E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: promises, obstacles, and future directions. *American Psychological Association, 9*(4), 367-378.

Agency for Health Care Research and Quality (2004). Technical Review Number 10, Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence. AHRQ Publication Number 04-0057. Washington DC: AHRQ.

Allen, R.Y.W. (2002). Assessing the impediments to organizational change: a view of community policing. *Journal of Criminal Justice, 30*, 511-517.

Amis, J., Slack, T., & Hinings, C.R. (2002). Values and organizational change. *The Journal of Applied Behavioral Science, 38*(4), 436-465.

Andreasen, A. (1995). *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment*. San Francisco: Jossey-Bass.

Arthur, M.W. & Blitz, C. (2000). Bridging the gap between science and practice in drug abuse prevention through needs assessment and strategic community planning. *Journal of Community Psychology, 28*, 241-255.

Azocar, F., B. Cuffel, Goldman, W. & McCarter, L. (2003). The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 30*(1), 109-118.

Azocar, F., Cuffel, B.D., Goldman, W., & McCulloch, J. (2001). Best practices: Dissemination of guidelines for the treatment of major depression in a managed behavioral health care network. *Psychiatric Services, 52*, 1014-1016.

Babor, T.F., & Higgins-Biddle, J.C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: Dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction, 95*(5), 677-686.

Backer, T.E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Journal of Community Psychology, 28*, 363-373.

Backer, T.E. (1995). Assessing and enhancing readiness for change: implications for technology transfer. In T.E. Backer, S.L. David, & G. Soucy, (Ed.) *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer (NIDA Research Monograph 155, NIH Publication No. 95-4035)*. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.

Backer, T.E., David, S.L., & Soucy, G. (Eds.) (1995). Reviewing the behavioral science knowledge based on technology transfer (NIDA Research Monograph 155, NIH Publication No. 95-4035). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Barlow, D., Levitt, J.T., & Bufka, L.F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: A view to the future. *Behavior Research and Therapy*, *37*, S147-S162.

Barratt, M. (2003). Organizational support for evidence-based practice within child and family social work: a collaborative study. *Child and Family Social Work*, *8*, 143-150.

Barwick, M., Boydell, K.M., & Omrin, C. (2002). A knowledge transfer infrastructure for children's mental health in Ontario: Building capacity for research and practice. Toronto, ON: The Hospital for Sick Children.

Bartol, K. M. (1979). Professionalism as a predictor of organizational commitment, role stress, and turnover: a multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, *22* (4), 815-821.

Baulcomb, J.S. (2003). Management of change through force field analysis. *Journal of Nursing Management*, *11*, 275-280.

Bero, L.A., Grill, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., & Thomson, M.A. (1988). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, *317*, 465-468.

Berwick, D. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, *289*(15), 1969-1975.

Beutler, L.E., Williams, R.E., & Wakefield, P.J. (1993). Obstacles to disseminating applied psychological science. *Applied and Preventive Psychology*, *2*, 53-58.

Bradley, E. H., T. R. Webster, et al. (2004). Translating research into practice: Speeding the adoption of innovative health care programs. *Issue Brief, The Commonwealth Fund*: 12.

Brestan, E. & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*, 180-189.

Brown, S. P., Ganesan, S., & Challagalla, G. (2001). Self-efficacy as a moderator of information-seeking effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 1043-1051.

Bruhn, J.G. (2004). Leaders who create change and those who manage it. *The Health Care Manager*, *23*(2), 132-140.

Butterfoss, F.D., Goodman, R.M., Wandersman, A., Valois, R.F., & Chinman, M.J., (1996). The plan quality index: an empowerment evaluation tool for measuring and improving the quality of plans. In D. Fetterman, S. Kaftarian, and A. Wandersman (Eds.), *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self assessment and accountability* (pp. 304-331). Newbury Park, CA: Sage.

Canadian Health Services Research Foundation (2000). Knowledge transfer: looking beyond health. Report on the Conference held October 26–27, 2000. Toronto, Ontario.

Canadian Health Services Research Foundation (2001). Is research working for you? A self-assessment tool (draft for pilot testing). Ottawa, Ontario.

Carpinello, S.E., Rosenberg, L., Stone, J., Schwager, M., & Felton, C. (2002). Best practices: New York State's campaign to implement pratiques fondées sur des données probantes for people with serious mental disorders. *Psychiatric Services*, *53*, 153–155.

Carr, A. (2001). Understanding emotion and emotionality in a process of change. *Journal of Organizational Change*, *14*(5), 421–434.

Chambliss, D., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, *52*, 685–716.

Charles, C., Schalm, C., & Semradeck, J. (1994). Involving stakeholders in health services research: Developing Alberta's resident classification system for long-term care facilities. *International Journal of Health Services*, *24*, 749–761.

Charmaz K. (1991). Translating graduate qualitative methods into undergraduate teaching: Intensive interviewing as a case example. *Teaching Sociology*, *19*, 384–395.

Chilvers, R., Harrison, G., Sipos, A., & Barley, M. (2002). Evidence into practice: Application of psychological models of change in evidence-based implementation. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 99–101.

Cockburn, J. (2004). Adoption of evidence into practice: Can change be sustainable? *Medical Journal of Australia*, *180*(Supplement), S66–S67.

Cook, J.A., Horton-O'Connell, T., Fitzgibbon, G., Steigman, P. J. (1998). Training for state-funded providers of assertive community treatment. In P. W. Corrigan, D. F. Giffort, (Eds). Building teams and programs for effective psychiatric rehabilitation. New directions for mental health services, No. 79 (pp. 55–64). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Corrigan, P.W., Steiner, L., McCracken, S.G., Blaser, B., & Barr, M. (2001). Strategies for disseminating pratiques fondées sur des données probantes to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*. *52*, 1598–1606.

Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Cunningham, C.E., Woodward, C.A., Shannon, H.S., MacIntosh, J., Lendrum, B., Rosenbloom, D., & Brown, J. (2002). Readiness for organizational change: A longitudinal study of workplace, psychological and behavioural correlates. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *75*, 377–392.

- Dal Santo, T., Goldberg, S., Choice, P., & Austin, M. J. (2002). Exploratory research in public social service agencies: An assessment of dissemination and utilization. *Journal of Sociology and Social Welfare, 29*(4), 59–83.
- De Jager, P. (2001). Resistance to change: A new view of an old problem. *The Futurist*, May–June, 24–27.
- Diekelmann, N.L. (1992). Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experiences of students and teachers in nursing. *Advances in Nursing Science, 14*(3), 72–83.
- Drank, R.E., Torrey, W.C., & McHugo, G.J. (2003). Strategies for implementing pratiques fondées sur des données probantes in routine mental health settings. *Evidence-Based Mental Health, 6*(1), 6–7.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*(2), 237-256.
- Erlanson D.A., Harris E.L., Skipper B.L., Allen, S. D. 1993). *Doing naturalistic inquiry: a guide to methods*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
- Estabrooks, C.A., O’Leary, K.A., Ricker, K.L., & Humphrey, C.K. (2003). The Internet and access to evidence; How are nurses positioned? *Journal of Advanced Nursing, 42* (1), 73–81.
- Felner, R.D., Favazza, A., Shim, M., Brand, S., Gu, K., & Noonan, N. (2001). Whole school improvement and restructuring as prevention and promotion—Lessons from STEP and the project on high performance learning communities. *Journal of School Psychology, 39*(2), 177–202.
- Ferlie, E.B. & Shortell, S.M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly, 79*, 281–315.
- Fishbein, M. (1995). Developing effective behavior change interventions: some lessons learned from behavioral research. In T. E. Backer, S.L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer* (NIDA Research Monograph 155, NIH Publication No. 95-4035). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Fleuren, M., Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care, 16*(2), 107-123.
- Fox, N.J. (2003). Practice-based evidence: Towards collaborative and transgressive research. *Sociology, 37*(1), 81–104.
- Foy, R., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2001). Why does primary care need more implementation research? *Family Practice, 18*(4), 353–355.
- Freemantle, N. & Watt, I. (1994). Dissemination: Implementing the findings of research. *Health Library Review, 11*, 133–137.
- French, R. (2001). Negative capability: managing the confusing uncertainties of change. *Journal of Organizational Change, 14*(5), 480–492.

Furnham, A. & Gunter, B. (1993). *Corporate assessment: auditing a company's personality*. New York: Routledge.

Gerrish, K. & Clayton, J. (2004). Promoting evidence-based practice: An organizational approach. *Journal of Nursing Management*, 12, 114–123.

Gill, R. (2003). Change management—or change leadership? *Journal of Change Management*, 3(4), 307–318.

Gintoli, G.P. & Morris, J.A. (2003). Pratiques fondées sur des données probantes: Essential elements of reform. *Data Matters—An Evaluation Newsletter*, Issue #6, pp. 25–27. National Technical Assistance Center for Children's Mental Health, Georgetown University Center for Child and Human Development.

Goldstein, I.L. (1991). Training in work organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, (2ND ed, Vol. 2, pp. 507–619). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Green, L., Kreuter, M., Deeds, S., & Patridge, K. (1980). *Health education planning: a diagnostic approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

Green, L. & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing.

Green, L.W. & Johnson, J.L. (1996). Dissemination and utilization of health promotion and disease prevention knowledge: Theory research and experience. *Canadian Journal of Public Health*, 87(Supplement 2), 1–17.

Greenberg, M., Babinski, L., Osgood, W., & Anderson, A. (1999). *Community readiness for prevention: initial evaluation of the Pennsylvania Communities That Care Program*. Paper presented at the meeting of the American Society of Criminology, Washington, DC.

Grimshaw, J.M., Shirran, L., Thomas, R.E., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E.L., Oxman, A.D., O'Brien, M.A. (2001). Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39 Supplement 2, II-2 - II-45.

Haynes, A. & Donald, A. (1998). Looking forward: Getting research findings into practice—making better use of research findings. *British Medical Journal*, 317, 72–75.

Hazel, K. L. & Onaga, E. (2003). Experimental social innovation and dissemination: the promise and its delivery. *American Journal of Community Psychology*, 32(i3–4), 285–385.

Heracleous, L. (2001). An ethnographic study of culture in the context of organizational change. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 37(4), 426–446.

Hoagwood, K., Burns, B.J., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S.K. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services*, 52, 1179–1189.

- Howell, J.M. & Higgins, C.A. (1990). Champions of change: Identifying, understanding and supporting champions of technological innovations. *Organizational Dynamics*, 19, 40–55.
- Huang, L.N., Hepburn, K.S., & Espiritu, R.C., (2003). To be or not to be...evidence-based? *Data Matters – An Evaluation Newsletter*, Issue #6, pp. 1–3. National Technical Assistance Center for Children’s Mental Health, Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Huber, T.P., Godfrey, M.M., Nelson, E.C., Mohr, J.J., Campbell, C., & Batalden, P.B. (2003). Microsystems in health care: Part 8. Developing people and improving work life: What front-line staff told us. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(10), 512–522.
- Institute for Work and Health (2001). In Focus, Issue 20A. Web document: www.iwh.ca/media/pdfs/infocus20s.pdf.
- Iskat, G.J. & Liebowitz, J. (2003). What to do when employees resist change. *Supervision*, 64(8), 12–14.
- James, L.R. & McIntyre, M.D. (1996). Perceptions of organizational climate. In K.R. Murphy (Ed.), *Individual differences and behavior in organizations* (pp. 416–450). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- JCCP. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children. *Journal of Clinical Child Psychology. Special Issue*, 27, 138–226.
- Jimmieson, N.L., Terry, D.J., & Callan, V.J. (2004). A longitudinal study of employee adaptation to organizational change: The role of change-related information and change-related self-efficacy. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 11–27.
- Judge, T.A., Thoresen, C.J., Pucik, V., & Welbourne, T. (1999). Managerial coping with organizational change: a dispositional perspective. *Journal of Applied Psychology*, 81 (1), 107–122.
- Jumper-Thurman, P., Edwards, R.W., Plested, B.A., & Oetting, E.R. (In Press). Honoring the differences: Using community readiness to create culturally valid community interventions. In G. Bernal, J. Trimble, K. Burlew and F. Leong (Eds.), *Handbook of Ethnic and Racial Minority Psychology*.
- Kelly, J.A., Somlai, A.M., DiFranceisco, W.J., Otto-Salaj, L.L., McAuliffe, T.L., Hackl, K.L., Heckman, T.G., Holtgrave, D.R., & Rompa, D. (2000). Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: transferring effective research-based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1082–1088.
- Kettlewell, P.W. (2004). Development, dissemination, and implementation of evidence-based treatments: commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2), 190–195.
- Kim, C.W. & Mauborgne, R. (2003). Tipping point leadership. *Harvard Business Review*, 81(4), 60–69.
- King, L., Hawe, P. & Wise, M. (1998). Making dissemination a two-way process. *Health Promotion International*, 13(3), 237–244.

- Klein, S. M. (1996). A management communication strategy for change. *Journal of Organizational Change, 9*, 32–46.
- Koys, D.J. & DeCotiis, T.A. (1991). Inductive measures of psychological climate. *Human Relations, 44* (3), 265–285.
- Landry, R., Lamari, M., & Amara, N. (2001). *Extent and determinants of utilization of university research in public administration*. Université Laval.
- Lavis, J.N., Robertson, D., Woodside, J.M., & McLeod, C.B. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly, 81*(2), 221–248.
- Lee, R.G. & Garvin, T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science and Medicine, 56*, 449–464.
- Lehman, W., E.K., Greener, J.M. & Simpson, D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 197–209.
- Lerner, R.M., Fisher, C.B., & Weinberg, R.A. (2000). Applying developmental science in the 21st century: International scholarship for our times. *International Journal of Behavioral Development, 24*(1), 24–29.
- Logan, J. & Graham, I.D. (1998). Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication, 20* (2), 227–246.
- Lomas, J. (2000). Using 'linkage and exchange' to move research into policy at a Canadian Foundation. *Health Affairs, 19*(3), 236–240.
- Mackert, M.J. (2001). *Conductivity for Schematic Conversion: A New Conceptualization for Resistance to Organizational Change*. Faculty of the Graduate School. Columbia, University of Missouri: 163.
- Madsen, S.R. (2003). Wellness in the workplace: Preparing employees for change. *Organization Development Journal, 21*(1), 46–54.
- Marshall, M.N. (1999). Improving quality in general practice: Qualitative case study of barriers faced by health authorities. *British Medical Journal, 319*, 164–167.
- McCracken G. (1988). *The long interview*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.
- McDonald, K. M., I. D. Graham, et al. (2004). Toward a theoretic basis for quality improvement interventions. *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Volume 1 - Series overview and methodology*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality: pp27-40. AHRQ Publication No.04-0051-1.
- Mittman, B. S., Tonesk, X. & Jacobson, P.D. (1992). Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *Quality Review Bulletin, 413-422*.

Morrisey, E., Wandersman, A., Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C., & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: a focus on evaluator and practitioner perspectives. *Education and Program Planning, 20*(3), 367–377.

Muchinsky, P.M. (2004). When the psychometrics of test development meets organizational realities: A conceptual framework for organizational change, examples, and recommendations. *Personnel Psychology, 57*(1), 175–209.

National Advisory Mental Health Council's Workgroup on Child and Adolescent Mental Health. (2001). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*. Washington DC: National Institute of Health, Publication No. 01-4986.

Nemeth, L.S. (2003). Implementing change for effective outcomes. *Outcomes Management, 7*(3), 134–139.

Nock, M., J. Goldman, J, Wang, Y. & Albano, A.M. (2003). From science to practice: the flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(6), 777-780.

O'Brien, T., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N., & Harvey, E.L. (2004). *Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes* (Cochrane Review). The Cochrane Library. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd.

O'Donnell, C. (2004). Attitudes and knowledge of primary care professionals towards evidence-based practice: a postal survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 10*(2), 197-205.

Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Plested, B.A., Edwards, R.W., Kelly, K., & Beauvais, F. (1995). Assessing community readiness for prevention. *The International Journal of the Addictions, 30*(6), 659–683.

Oetting, E. R., Jumper-Thurman, P., Plested, B. & Edwards, R.W. (2001). Community readiness and health services. *Substance Use and Misuse, 36*(6 & 7), 825-843.

Ollendick, T. & Davis, T.E. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: where to from here? *Clinical Psychology: Science & Practice, 11*(3), 289–294.

Omery, A. & Williams, R.P. (1999). An appraisal of research utilization across the United States. *Journal of Nursing Administration, 29*, 50–56.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods, Second Edition*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Pond, S. B., Armenakis, A. A., & Green, S. B. (1984). The importance of employee expectations in organizational diagnosis. *Journal of Applied Behavioral Science, 20* (2), 167-180.

Porras, J.I. & Roberson, P.J. (1992). Organizational development: theory, practice, and research. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial psychology* Vol. 2, (pp. 719–822). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Poulin, F., Dishion, T.J., & Burraston, B. (2001). 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive intervention. *Applied Developmental Science*, 5(4), 214–224.

Reback, C.J., Cohen, A.J., Freese, T.E., & Shoptaw, S. (2002). Making collaboration work: Key components of practice/research partnerships. *Journal of Drug Issues*, 32(3), 837–848.

Robinson, L. (2002). Making reader friendly publications. Social Change Media & Pluto Press Australia. Web document: www.media.socialchange.net.au

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: Free Press.

Rosenheck, R.A. (2001). Organizational process: A missing link between research and practice. *Psychiatric Services* 52(12): 1607–1612.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 312, 71–72. New York: Churchill Livingstone.

Sackett, D., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R., & Strauss, S. (1997). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM.

Sanstad, K.H., Stall, R., Goldstein, E., Everett, W., & Brousseau, R. (1999). Collaborative community research consortium: A model for HIV prevention. *Health Education and Behavior*, 26(2), 171–184.

Schoenwald, S. K. and Henggeler, S. W. (2004). A public health perspective on the transport of pratiques fondées sur des données probantes. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 360-363.

Schoenwald, S. K. & Henggeler, S.W. (2003). Special Series: Current strategies for moving evidence-based interventions into clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 275-277.

Schoenwald, S.K. & Hoagwood, K. (2001). Effectiveness, transportability and dissemination of interventions: What matters when? *Psychiatric Services*, 52, 1190–1197.

Scullion, P.A. (2002). Effective dissemination strategies. *Nurse Researcher*, 10(1), 65–7.

Sherrod, L.R. (1999). Giving child development knowledge away: Using university-community partnerships to disseminate research on children, youth, and families. *Applied Developmental Science*. 3, 228–234.

Silagy, C. & Haines, A. (1998). *Evidence-based practice in primary care*. London, UK: BMJ Books.

Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171–182.

Soumerai, S.B. & Avorn, J. (1990). Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *Journal of the American Medical Association*, 263(4), 549–556.

Spirito, A.E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, Special Issue, 24.

Statistics Canada. (2005). Internet use in Canada. <http://www.statcan.ca/english/freepub/56F0003XIE/>.

Stewart, J. & Kringas, P. (2003). Change management—Strategy and values in six agencies from the Australian public service. *Public Administration Review*, 63(6), 675–688.

St.-Onge, H., & Wallace, D. (2003). Leveraging communities of practice for strategic advantage. Burlington, MA: Butterworth-Heinemann / Elsevier Inc.

The Conduct Problems Prevention Research Group (2002). The implementation of the Fast Track Program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1), 1-17.

Trader-Leigh, K.E. (2002). Case study: Identifying resistance in managing change. *Journal of Organizational Change Management*, 15(2), 138–155.

Traynor, M. (1999). The problem of dissemination: Evidence and ideology. *Nursing Inquiry*, 6, 187–197.

U.S. Public Health Service. (2000). Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington DC: US Public Health Service.

Wachter, R. M., and Owens, D. D. (2004). An introduction to the report. *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Volume 1 - Series overview and methodology*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality: pp5-12. AHRQ Publication No.04-0051-1.

Waddell, C. (2001). So much research evidence, so little dissemination and uptake: Mixing the useful with the pleasing. *Evidence-Based Mental Health*. 4, 3–5.

Wandersman, A., Morrisey, E., Davino, K., Seybolt, D., Crusto, C., Nation, M., Goodman, R., & Imm, P. (1998). Comprehensive quality programming and accountability: Eight essential strategies for implementing successful prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 19, 3–30.

Weingardt, K.R. (2004). The role of instructional design and technology in the dissemination of empirically supported, manual-based therapies. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11(3), 313–335.

Weisz, J.R., Chu, B.C., & Polo, A.J. (2004). Treatment dissemination and evidence-based practice: Strengthening intervention through clinician-researcher collaboration. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11(3), 300–307.

Wenger, E., McDermott, R., & Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Boston, MA: Harvard Business School Press.

West, E., Barron, D.N., Dowsett, J., & Newton, J.N. (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications. *Social Science and Medicine*, 48(5), 633-646.

Westbrook, J.D. & Boethel, M. (1997). *General characteristics of effective dissemination and utilization*, *The National Centre for the Dissemination of Disability Research Approach*. Web document: www.ncddr.org.

White, A. (2004). Change strategies make for smooth transitions. *Nursing Management*, 35(2), 49–52.

Wilkes, M.S. (1997). The public dissemination of medical research: Problems and solutions. *Journal of Health Communication*, 2, 3–15.

Wilson, G. T. (1997). Dissemination of cognitive behavioral treatments - commentary on "Dissemination of effective methods: behavior therapy's next challenge". *Behavior Therapy*, 28(473-475).

Wolf, M.M., Kirigin, K.A., Fixsen, D.L., Blase, K.A., & Braukmann, C. J. (1995). The Teaching-Family Model: A case study in data-based program development and refinement (and dragon wrestling). *Journal of Organizational Behavior Management*, 15, 11–68.

Zell, D. (2003). Organizational change as a process of death, dying and rebirth. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1), 73–96.



Équipe du projet

Le Hospital for Sick Children

Melanie Barwick est psychologue autorisée au sein du Community Health Systems Resource Group et scientifique associée en matière de sciences de la santé de la population au Hospital for Sick Children. Elle est professeure agrégée au Département de psychiatrie et des sciences de la santé publique à l'Université de Toronto. Melanie a obtenu son doctorat en psychopédagogie à l'Université McGill en 1992, et a ensuite obtenu deux bourses de recherche postdoctorales consécutives au sein du Département de psychiatrie de l'Université de Toronto, à l'Institut Hinks, dans les domaines de la psychopathologie du développement, des troubles du langage et de l'attachement infantile. Son programme de recherche dans les systèmes de santé mentale pour enfants et la traduction de connaissances sont axés sur la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes. En collaboration avec Bruce Ferguson, elle mène l'initiative provinciale sur la mesure des résultats pour l'Ontario.

Katherine Boydell est sociologue qualitative et chercheuse scientifique en matière de systèmes de santé au sein du Community Health Systems Resource Group et scientifique en matière de sciences de la santé de la population au Hospital for Sick Children. Professeure agrégée aux Départements de psychiatrie et des sciences de la santé publique à l'Université de Toronto. Katherine a obtenu une maîtrise en sciences de la santé dans le domaine de l'épidémiologie de l'Université de Toronto, et elle a reçu son doctorat en sociologie de l'Université York, en 1996. Son programme de recherche dans les systèmes de santé mentale pour enfants et la traduction de connaissances sont axés sur l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes dans les communautés rurales et éloignées, les voies de soin à l'intention des jeunes à risque très élevé pour une psychose et les jeunes qui ont vécu une psychose, et la télépsychiatrie pédiatrique. Elle s'intéresse particulièrement aux méthodes innovatrices de traduire la recherche, particulièrement dans la forme des modèles de dissémination fondés sur les arts.

Elaine Stasiulis oeuvre à titre de coordonnatrice de recherche sur divers projets au Hospital for Sick Children. Elle a obtenu un diplôme de premier cycle en études de la santé, et en psychologie comme champ d'étude secondaire, à la Université de Waterloo, et elle a obtenu sa maîtrise en sociologie à la Central European University (affiliée à la Lancaster University au Royaume Uni) à Warsaw, en Pologne. Au moyen de la méthodologie qualitative, son secteur principal de recherche a été en santé mentale, initialement dans le travail au sein du secteur des services de santé mentale pour adultes. Plus récemment, son intérêt en matière de recherche comprenait la psychose de premier épisode, les enfants survivants du cancer et le transfert de connaissances dans le domaine des services de santé mentale pour enfants, dans les communautés rurales.

Bruce Ferguson est directeur du Community Health Systems Resource Group au Hospital for Sick Children, et professeur de psychologie, des sciences de la santé publique et de psychiatrie à l'Université de Toronto. Le Dr Ferguson a reçu son doctorat en psychologie à la Monash University en Australie. Le Dr Ferguson a enseigné à l'Université Carleton et à l'Université d'Ottawa, et a œuvré à titre de scientifique itinérant au National Institute of Mental Health, au Maryland. Ses intérêts en matière de recherche comprennent l'intervention communautaire dans les programmes

de prévention, la base neurologique de l'hyperactivité et d'autres troubles d'apprentissage chez les enfants, et le développement du comportement antisocial chez les adolescents. Actuellement, le Dr Ferguson axe ses efforts sur le renforcement des communautés pour les enfants et les jeunes afin de produire les meilleurs résultats et succès.

Louis de la Parte Florida Mental Health Institute

Karen Blase est professeure de recherche à la University of South Florida et co-directrice du National Implementation Research Network. Elle a obtenu son doctorat en psychologie du développement et de l'enfant à la University of Kansas, avec une concentration particulière sur les interventions scolaires et les expériences en matière de formation et de recherche au sein du Achievement Place Research Project. Elle a agi à titre de responsable de l'élaboration de programme, chercheure, formatrice, évaluatrice et auteure publiée dans le domaine des services à la personne pendant plus de 25 ans. Elle a également dirigé l'élaboration d'un programme de réplication pour le modèle enseignement-famille.

Dean Fixen est professeur de recherche à la University of South Florida et co-directrice du National Implementation Research Network. Dean a obtenu son doctorat en psychologie expérimentale à l'Université du Kansas en 1970, et a participé activement au développement et au prolongement de la base de recherche du modèle enseignement-famille ainsi qu'au résumé des étapes de l'élaboration et de la dissémination de programme. Il a écrit conjointement presque 100 publications, a siégé à de nombreux comités éditoriaux, et a conseillé les gouvernements locaux, d'état et fédéraux.

Comité des pratiques fondées sur des données probantes de Santé mentale pour enfants Ontario

Joanne Johnston – directrice de l'agrément et des projets spéciaux, SMEO
Karen Engel (présidente) – directrice générale, Yorktown Child and Family Centre, Toronto
Claire Fainer – directrice générale, East Metro Youth Services, Toronto
Dick Meen – directeur clinique, Kinark Child and Family Services, Markham/Whitby/
Barrie/Oakville/ Newmarket/Coburg/Peterborough
Doug Brown – directeur clinique, Centre pour enfants de Peel, Mississauga
Mark Totten – directeur de la recherche, Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa, Ottawa
Fred Schmidt – psychologue, Centre familial régional Lakehead, Thunder Bay
Jeff Carter – psychologue, Services à l'enfance Madame Vanier, London
Yvonne Bohr – Université York (Département de psychologie) et Aisling Discoveries Child &
Family Centre, Toronto
Sally Wills – directrice générale, Centre du bien-être de l'enfance et de la jeunesse, Brockville
Greg Lubimiv – directeur général, Centre pour l'enfance et la famille Phoenix, Pembroke



Annexe A – Protocole de l’entrevue auprès des experts

Introduction : Explication de la raison d’être du projet de recherche, des personnes et des organismes participants, des raisons pour lesquelles nous désirons effectuer des entrevues auprès de professionnels qui ont de l’expérience dans la mise en oeuvre d’un programme ou d’un projet fondé sur des données probantes et de connaissances dans le domaine.

1. Pouvez-vous me parler d’une pratique récente ou d’un récent programme dont vous avez fait l’expérience de mettre en oeuvre?
2. Quels étaient les obstacles et les défis principaux relativement à la mise en oeuvre de cette pratique?
3. Qu’est-ce qui a aidé à la mise en oeuvre? (p. ex., leader solide, bon financement, etc.)
4. Quels ont été les facteurs ou les éléments qui ont aidé sa réalisation? Qu’est-ce qui s’est avéré important?
5. En rétrospective, qu’auriez-vous fait de différent?
6. Quel conseil donneriez-vous relativement à la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes?
7. Y a-t-il une autre personne dans ce domaine à qui vous croyez que nous devrions parler au sujet de la mise en oeuvre de pratiques fondées sur des données probantes?



Annexe B – Sondage auprès du personnel clinique

Lettre d'accompagnement

Madame,
Monsieur,

Le Comité des pratiques fondées sur des données probantes de Santé mentale pour enfants de l'Ontario est engagé dans un projet qui permettra de déterminer les moyens les plus efficaces de transférer les nouvelles connaissances au sujet des pratiques dans le domaine des services de santé mentale pour enfants dans les centres de santé mentale pour enfants de l'Ontario.

Une partie très importante de ce projet est un sondage auprès de tous les centres de santé mentale pour enfants de l'Ontario, afin de recueillir vos opinions et vos expériences sur ce qui facilite l'usage de pratiques fondées sur des données probantes, et des obstacles et défis possibles pour les centres. Les données du sondage constitueront une composante essentielle du projet, car elles permettront de faire en sorte que les questions pertinentes du « monde réel » dans les centres de santé mentale pour enfants sont prises en considération et sont abordées. Les données du sondage seront utilisées pour guider nos efforts relativement à la mise en oeuvre et au soutien de pratiques fondées sur des données probantes en Ontario, en nous renseignant sur vos besoins et sur ce que vous valorisez.

Bien que ce sondage soit sur Internet, nous avons inclus une copie sur papier du sondage pour ceux et celles d'entre vous qui n'avez pas facilement accès à un ordinateur. Vous pouvez retourner le sondage rempli par télécopieur à la coordonnatrice du projet. Toutes les réponses demeureront strictement confidentielles et elles seront ajoutées aux résultats du sondage sur Internet.

Vous pouvez adresser vos questions au sujet du sondage à la coordonnatrice du projet, Mme Elaine Stasiulis, au 416 813-7654, poste 5676 ou par courriel à l'adresse elaine.stasiulis@sickkids.ca. Les questions au sujet du projet peuvent m'être adressées personnellement, au 416 921-2109 ou par courriel à l'adresse joanne@CMHO.org.

Le sondage prendra fin le 26 juillet 2004, après quoi il ne sera plus possible d'y participer.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Joanne Johnston
Directrice de l'agrément et des projets spéciaux, SMEO

Bienvenue!

Merci de bien vouloir prendre le temps de remplir ce sondage. Vos opinions nous sont très importantes. Nous estimons qu'il vous prendra 15 minutes pour remplir ce sondage.

Donnez-nous quelques renseignements à votre sujet.

1. Veuillez indiquer votre discipline/profession: (cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Psychologie
 - Travail social
 - Services sociaux
 - Soins aux enfants/aux jeunes
 - Médecine : Psychiatrie
 - Administration de la santé publique
 - Autres (veuillez préciser)
-

2. Combien d'années d'expérience avez-vous dans un centre de santé mentale pour enfants?

- 0 à 2
- 3 à 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- 16 ou plus

3. À quels genres de programme participez-vous? (cochez tous les programmes qui s'appliquent.)

- En établissement
 - Traitement de jour
 - Intervention en cas de crise
 - Services intensifs à l'enfance et à la famille
 - Services de santé mentale à l'intention des enfants de 0 à 6 ans
 - Accueil
 - Traitement communautaire
 - Prévention et intervention précoce
 - Autres (veuillez préciser) :
-
-

4. Veuillez indiquer si vous êtes :

- Membre du personnel clinique de première ligne
- Directeur/superviseur clinique qui N'OFFRE PAS de services directs
- Directeur/superviseur clinique qui OFFRE ÉGALEMENT des services directs

5. Veuillez indiquer le domaine de service primaire de votre organisme. (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- rural
- en banlieue
- urbain

6. Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse divise les services de santé mentale pour enfants en 9 régions. Veuillez indiquer dans quelle région votre organisme est situé.

- Toronto
- Centre-Ouest
- Sud-Ouest
- Hamilton-Niagara
- Nord
- Nord-Est
- Centre-Est
- Sud-Est
- Est

Utilisation de nouvelles connaissances dans le domaine des services de santé mentale pour enfants

Nous aimerions nous renseigner au sujet de la capacité de votre organisme pour l'accès, l'évaluation, l'adaptation et l'application de nouvelles connaissances fondées sur des données probantes dans le but d'améliorer les services et les programmes de santé mentale pour enfants.

7. Comment évalueriez-vous la capacité de votre organisme d'ACCÉDER (trouver et obtenir) à des connaissances fondées sur des données probantes?

- Médiocre
- Quelque peu bonne
- Bonne
- Très bonne

8. À quels obstacles votre organisme fait-il face lorsqu'il ACCÈDE à des connaissances fondées sur des données probantes? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Temps (requis pour chercher et étudier la documentation)
- Niveau de difficulté de la documentation de recherche
- Trop de renseignements (sentiment de dépassement)
- Renseignements non disponibles
- Manque de ressources financières
- Manque de ressources humaines
- Manque de ressources pour l'accès à Internet
- Aucun obstacle
- Autres (veuillez préciser)

Quelle source votre organisme utilise-t-il pour ACCÉDER aux renseignements de recherche? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Publications spécialisées
- Conférences, forums
- Communiqués de presse
- Comités consultatifs
- Bulletins de nouvelles
- Organismes
- Chercheur sur place
- Consultant en recherche externe

- Personne ou membre du personnel motivé par la recherche
 - Aucune ressource
 - Autres (Veuillez préciser)
-
-

9. Comment évalueriez-vous la capacité de votre organisme d'ÉVALUER la recherche afin de déterminer si elle est pertinente, fiable et de qualité supérieure?

- Médiocre
- Quelque peu bonne
- Bonne
- Très bonne

10. Comment votre organisme ÉVALUE-T-IL la fiabilité et la qualité de la recherche? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Il obtient une consultation ou une contre-expertise.
 - Il communique avec un ou des experts.
 - Il vérifie la crédibilité de la source ou l'affiliation de l'auteur.
 - Il vérifie si la recherche est appuyée/utilisée par un organisme crédible.
 - Il vérifie si la recherche est appuyée/utilisée par une personne crédible.
 - Il vérifie les connaissances des membres du personnel en matière de recherche.
 - Ce n'est pas pris en considération.
 - Autres (Veuillez préciser)
-

11. Comment évalueriez-vous la capacité de votre organisme d'ADAPTER (modifier selon les besoins du client/programme) les renseignements pertinents tirés de la recherche?

- Médiocre
- Quelque peu bonne
- Bonne
- Très bonne

12. À quels obstacles votre organisme fait-il face lorsqu'il ADAPTE (modifier selon les besoins du client/programme) les renseignements pertinents? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Les renseignements sont difficiles à modifier.
 - Le manque de rapports/sommaires/messages principaux brefs nuit à la modification.
 - On est incertain de la façon de les modifier.
 - Il n'y a pas d'obstacles
 - Autres (Veuillez préciser)
-
-

14. Comment évalueriez-vous la capacité de votre organisme d'APPLIQUER (mettre en œuvre et adopter) des renseignements de recherche?

- Médiocre
- Quelque peu bonne
- Bonne
- Très bonne

15. **À quels obstacles votre organisme fait-il face lorsqu'il APPLIQUE des renseignements de recherche? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)**
- Il n'est pas toujours certain comment faire le lien entre la recherche et la pratique.
 - Le changement organisationnel est difficile à réaliser.
 - La concentration de la recherche n'est pas conforme à la philosophie clinique.
 - Il ne dispose pas de personnel ayant des connaissances en matière de statistiques.
 - Souvent, les résultats de recherche ne sont pas généralisables à nos populations de clients.
 - Il n'y a pas assez de renseignements pour permettre la mise en œuvre.
 - Les résultats de recherche sont contradictoires.
 - Il n'y a pas d'obstacles.
 - Autres (Veuillez préciser)
-
16. **Dans quelle mesure les services/programmes de votre organisme sont-ils soutenus par des preuves de recherche?**
- Pas du tout
 - Quelque peu
 - Assez
 - Beaucoup
 - Je ne sais pas.
17. **Dans quelle mesure est-il probable que votre organisme utilise les ressources fournies sur Internet?**
- Il ne peut pas les utiliser (aucun accès à Internet)
 - Très peu probable
 - Peu probable
 - Très probable
18. **Votre organisme a-t-il accès au statut de membre d'une bibliothèque universitaire ou collégiale?**
- Oui
 - Non
19. **Êtes-vous affilié à un collège ou à une université? (p. ex., supervision d'étudiants, nomination de membres du corps professoral, éducation permanente)**
- Oui
 - Non
20. **Votre organisme est-il branché à Internet?**
- Oui
 - Non
21. **Êtes-vous branché à Internet au sein de votre organisme?**
- Oui, à mon bureau (accès personnel)
 - Oui, dans l'édifice où je travaille (Accès partagé)
 - Non

Préparation pour de nouvelles connaissances

Cette section du sondage pose des questions au sujet de la façon à laquelle vous, à titre de membre du personnel clinique ou d'administrateur, percevez la capacité de votre organisme de composer avec de nouvelles connaissances en matière de recherche/traitement dans le domaine des services de santé mentale pour enfants.

22. Votre organisme a besoin d'aide dans les domaines suivants :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord
1) Évaluer les besoins du client	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Jumeler les besoins aux services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Augmenter la participation du client aux programmes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Mesurer le rendement du client...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Augmenter la qualité générale des services...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Utiliser l'évaluation du client pour guider les décisions cliniques et de programme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Utiliser l'évaluation du client pour documenter l'efficacité des programmes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Vous avez besoin de formation dans les domaines suivants :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord
1) Évaluer les problèmes et besoins du client...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Augmenter la participation du client au traitement...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Surveiller les progrès du client...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Utiliser les évaluations informatisées du client...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Les pressions actuelles d'apporter des changements organisationnels proviennent des :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord
1) Clients du programme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Membres du personnel du programme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Superviseurs ou administrateurs de programme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Membres du conseil d'administration de l'organisme ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Groupes d'action communautaires...
- 6) Ministère et autres bailleurs de fonds...
- 7) Organismes d'agrément ou de délivrance de licences...

25. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés ci-dessous?

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord
1) Vous préférez des ateliers de formation fondés sur des preuves scientifiques... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Vos bureaux et votre équipement sont suffisants... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Vous avez souvent de la difficulté à mettre en œuvre les concepts appris lors de conférences... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Vous comprenez comment ce programme cadre au sein du système de traitement dans votre communauté... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Les décisions en matière de planification du traitement à l'intention du client doivent être révisées par un superviseur... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) La formation et l'éducation permanente du personnel sont des priorités dans cet organisme... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vous partagez souvent vos connaissances de nouvelles idées avec d'autres membres du personnel... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Vous étiez satisfait de la formation offerte lors d'ateliers auxquels vous pouviez participer l'an dernier... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Vous vous êtes servis d'Internet au cours du mois dernier... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Il y a trop de friction parmi le personnel... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Certains membres du personnel résistent à toute forme de changement... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Le personnel vous perçoit					

généralement comme étant une bonne source de renseignements...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Vous avez facilement accès à Internet au travail...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Les évaluations des clients sont habituellement menées au moyen d'un ordinateur...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Vous avez appris de nouvelles compétences ou techniques lors d'une conférence professionnelle au cours de l'année dernière...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vous êtes sous trop de pressions pour faire votre travail efficacement...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Les cliniciens jouissent d'une vaste autorité pour le traitement de leurs propres clients...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Vous lisez au sujet de nouvelles techniques et pratiques chaque mois...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Les problèmes d'ordinateur sont habituellement réglés rapidement dans cet organisme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Les idées innovatrices de traitement de la part du personnel sont découragées...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Il y a assez de cliniciens pour satisfaire aux besoins actuels des clients...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Vous avez assez d'occasions pour maintenir vos capacités de gestion à jour...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) La confiance et la collaboration mutuelles parmi le personnel de cet organisme sont solides...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) La plupart des dossiers de client sont informatisés...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Vous acceptez d'essayer de nouvelles idées même si certains membres du personnel sont réticents...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Cet organisme fonctionne selon des buts et des objectifs clairs...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Les membres du personnel montrent souvent des signes de stress et de fatigue...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28) Vous avez des réunions du personnel chaque semaine... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29) Vous accomplissez habituellement ce que vous entreprenez... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30) Il est facile de changer les procédures pour répondre à de nouvelles conditions... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31) Les cliniciens essaient souvent des techniques différentes pour améliorer leur efficacité... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32) Vous avez utilisé Internet pour obtenir des renseignements liés au travail... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33) Les voies de communication formelles et informelles fonctionnent très bien... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34) Les politiques limitent l'accès par le personnel d'Internet et l'usage du courrier électronique... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35) Les bureaux offrent le caractère privé requis pour le traitement individuel... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36) Vous êtes parfois trop prudent ou lent pour apporter des changements... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37) La lourde charge de travail réduit l'efficacité des programmes... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38) Vous lisez régulièrement des articles de revues spécialisées ou des livres sur les traitements... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39) La communication avec d'autres organismes ayant des intérêts semblables serait utile... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40) Les autres membres du personnel vous demande souvent des conseils au sujet des procédures de programme... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41) Cet organisme organise des ateliers de formation régulièrement... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42) Vous avez appris de nouvelles compétences ou techniques cliniques grâce à des manuels ou à d'autres textes | | | | | |

d'auto-éducation au cours de la dernière année...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Vous entendez souvent de bonnes idées pour l'amélioration des traitements de la part du personnel...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Vous êtes efficace et confiant dans l'exécution de votre travail...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Vous avez un ordinateur que vous pouvez utiliser dans votre espace de bureau personnel...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Plus de personnel de soutien est requis pour aider à répondre aux besoins en matière de traitement...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) L'attitude générale est d'utiliser la technologie nouvelle et en évolution...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) Vous vous sentez toujours libre de poser des questions et d'exprimer des préoccupations dans cet organisme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Vous avez besoin d'un meilleur accès aux ressources sur Internet au travail...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Vous avez facilement accès à des consultations/traitements spécialisés pour les clients...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Vous avez facilement accès au courrier électronique...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52) Vous êtes encouragé à essayer des techniques nouvelles et différentes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53) Vous êtes en mesure de vous adapter rapidement lorsque vous devez changer votre orientation...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54) L'équipement d'ordinateur dans cet organisme est surtout vieux et désuet...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55) Vous vous sentez à l'aise d'utiliser des ordinateurs...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56) Le roulement fréquent du personnel est un problème dans cet organisme...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57) Le personnel clinique est					

bien formé...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58) La charge de travail et les pressions dans votre organisme réduisent la motivation pour la nouvelle formation...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59) Plus d'ordinateurs sont requis dans cet organisme pour l'usage du personnel...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60) Les bureaux dans cet organisme sont suffisants pour effectuer le counseling de groupe...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traitement fondé sur des données probantes

Aux fins de cette section du sondage, le traitement fondé sur des données probantes est défini comme étant : un traitement qui a été élaboré au moyen de la recherche, est soutenu par les résultats d'études de traitement contrôlées et est doté de lignes directrices et de procédures pour sa mise en oeuvre.

26. Veuillez indiquer lesquels des traitements fondés sur des données probantes sont offerts par votre organisme.

- Aggression Replacement Training (ART)
- Brief Strategic Family Therapy (BSFT)
- Programme de prévention de l'intimidation
- Formation des parents sur le comportement
- Formation du personnel enseignant le comportement
- COPE
- Thérapie du comportement cognitif
- Earls court Under 12 Outreach Program (ORP)
- Earls court Girls Connection
- Formation sur l'efficacité de la famille
- Families and Schools Together (FAST)
- Thérapie familiale fonctionnelle
- Jeu du bon comportement
- Comment aider l'enfant irrespectueux
- Homebuilders
- Je peux résoudre mes problèmes
- Intervention intensive en matière de comportement
- Jumeler les intérêts des familles et du personnel enseignant
- Formation des aptitudes à la vie quotidienne
- Multidimensional Treatment Foster Care (MDTFC)
- Thérapie multisystémique
- Thérapie narrative
- Partenariat entre l'infirmière et la famille
- Programme préscolaire Perry
- Soutien du comportement positif

- Projet Towards No Drug (Project TND)
- Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)
- Right from the Start
- School Transitional Environmental Program (STEP)
- Stop Now and Plan (SNAPP)
- Modèle enseignement-famille
- The Incredible Years
- Wraparound
- Autres (Veuillez préciser)

27. Dans le cadre de vos fonctions, utilisez-vous des choix de traitement que l'on pourrait considérer comme étant fondés sur des données probantes?

- oui
- non
- Je n'offre pas de services directs.

Vous avez rempli le sondage.

Merci de votre temps! Vous avez rempli le sondage. Vous pouvez nous faire parvenir vos réponses par télécopieur ou par la poste à la coordonnatrice du projet, à l'adresse ci-dessous :

Elaine Stasiulis
Coordonnatrice du projet
Community Health Systems Resource Group
Hospital for Sick Children
555, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 1X8

Télécopieur : (416) 813-7258

Les renseignements obtenus au moyen de ce sondage seront inclus dans le rapport du projet, qui sera distribué à tous les centres SMEO lorsqu'il sera achevé. Nous vous remercions du précieux temps que vous avez accordé à ce sondage.

Équipe du projet et SMEO