

 **SAVOIR AGIR COMPLEXE**

 **LES DIMENSIONS
DE LA COLLABORATION**



ORIGINE DU PROJET ET OBJECTIFS

Ce projet de recherche est né à la suite d'un exercice de priorisation mené auprès des responsables de secteur de la Direction de santé publique (DSP). Dans le cadre de ces rencontres, il avait été proposé de mieux comprendre le rôle et l'étendue des activités de partage et d'utilisation des connaissances (PUC) de santé publique dans le réseau montréalais et de cerner les perceptions des divers acteurs face à ces activités. La disponibilité d'un tel bilan permettrait d'explorer la plausibilité et la légitimité d'accroître et de diversifier les activités de PUC pour améliorer l'efficacité des actions de santé publique et la santé de la population montréalaise. Ainsi, deux séries d'entrevues ont été menées pour répondre à ces objectifs.

LES DONNÉES PROBANTES EN SANTÉ PUBLIQUE

La préoccupation marquée pour la pratique et la gestion fondée sur les évidences scientifiques s'inscrit dans un courant plus large dans le monde de la santé qui vise à promouvoir une pratique professionnelle fondée sur les données probantes (dite « evidence-based practice »). En santé publique cela se traduit par le désir d'une utilisation juste et rigoureuse des résultats d'études scientifiques disponibles, de l'exploitation de systèmes d'information, de l'application de cadres conceptuels relatifs à la planification des interventions et de l'évaluation dans le but d'éclairer le processus décisionnel sur les interventions et les politiques publiques¹. Par souci d'efficacité et d'efficience, la pratique professionnelle basée sur les données probantes est de plus en plus valorisée. Si aucun modèle théorique ne fait consensus dans l'identification de stratégies qui

favoriseraient la mise en pratique des données probantes, le développement d'une culture de décision et d'action axée sur l'utilisation des évidences fait partie des défis que tente de relever le domaine de la santé publique².



LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

L'utilisation des données probantes en santé publique nous amène à nous intéresser au processus de transfert entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances. D'abord, le transfert de connaissances se fait en fonction des situations dans lesquelles sont placés les acteurs sociaux. L'origine latine du verbe transférer « *transfere* » le décompose en deux termes, *trans* pour au-delà et *ferre* pour porter³. Il s'agit de transporter, de faire passer d'un lieu à un autre. Cette approche de type unidirectionnel mise sur la transmission linéaire du savoir expert vers des utilisateurs potentiels, c'est-à-dire des émetteurs vers des récepteurs.



LE PARTAGE ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES (PUC)

Le partage et l'utilisation de connaissances (PUC) ou « Knowledge transfer and exchange » (KTE) peut être défini comme l'échange de connaissances entre les utilisateurs et les producteurs de connaissances⁴. L'approche privilégiée par le PUC s'exprime comme un processus interactif et itératif entre des utilisateurs qui s'approprient des connaissances pertinentes pour l'action et des producteurs qui sont informés des besoins de ces mêmes utilisateurs.

SOMMAIRE MÉTHODOLOGIQUE

La collecte de données s'est déroulée sur une période de deux ans (2009-2010). Des représentants de chacun des secteurs de la DSP ont participé de même que des gestionnaires et des intervenants des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal. Les 40 entrevues retranscrites forment le corpus du projet. Les entrevues ont été découpées en segments et classées dans des catégories conceptuelles plus larges. Les données ont ensuite été traitées par analyse qualitative.

Figure 1

La collecte de données

Participants	Corpus
13 cadres de la DSP de Montréal	223 pages 992 segments analysés
27 gestionnaires et intervenants CSSS	663 pages 1346 segments analysés

LES ACTIVITÉS DE PUC DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE MONTRÉALAIS

Les activités de PUC visent à diffuser les nouvelles connaissances et les résultats de recherche de manière à les mettre en

œuvre dans la pratique. La DSP encourage la production et l'utilisation de nouvelles connaissances et s'engage dans des processus bidirectionnels d'échanges. À travers ces échanges les acteurs du réseau, tels que les CSSS, communiquent leurs besoins en information ainsi que leurs priorités. En préconisant un mode interactif, la collaboration permet de répondre aux attentes de chacun dans le but d'améliorer la santé des populations.

Le passage de la production de connaissances vers son utilisation dans la pratique s'inscrit dans un processus itératif comportant différentes étapes : la coproduction, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation^{5,6,7,8}. Selon les objectifs et l'auditoire visés par les activités, l'intensité des interactions entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances est variable⁹. Lorsque le niveau de rayonnement d'une activité augmente, on assiste à une baisse du niveau d'interaction entre les producteurs et les utilisateurs de la connaissance. On observe que les activités mentionnées par les répondants couvrent l'ensemble des étapes du processus, ce qui démontre la proximité des organisations du réseau avec chacune des phases qui rendent possible le PUC. En regard des analyses effectuées sur le corpus, les représentants de la DSP initient davantage des activités de **diffusion** (informations Web, publications, présentations et conférences). Les données relatives au corpus des CSSS, démontrent la place importante accordée aux activités d'**appropriation** (sessions de formation, ateliers interactifs, comités consultatifs, communauté de pratique).

LES MOTEURS ET LES FREINS AUX ACTIVITÉS DE PUC

La valorisation de la pratique fondée sur les données probantes met en exergue la nécessité de mettre en place des conditions favorables à l'intégration des nouvelles connaissances dans la pratique. La figure 2 fait état de ces conditions et nous indique à quel niveau chacun entre en jeu.



Figure 2

Moteurs et freins au PUC

Niveau	Moteurs ou freins
Individuel	Pensée en réseau Rôles et responsabilités clairs Développement de la confiance Attitude négative vis-à-vis du changement
Organisationnel	Ressources humaines Ressources technologiques Ressources financières Intérêts en compétition Autorité pour implanter le changement Degré de <i>readiness</i> au changement Culture de partenariats de recherche Manque d'incitatifs
Mode de communication	Besoin de messages qui peuvent être mis en action Surcharge d'information et manque de temps
Moment de diffusion	Différences entre les échéanciers des chercheurs et ceux des décideurs et intervenants

Légende : traduit de Mitton et al. (2007)

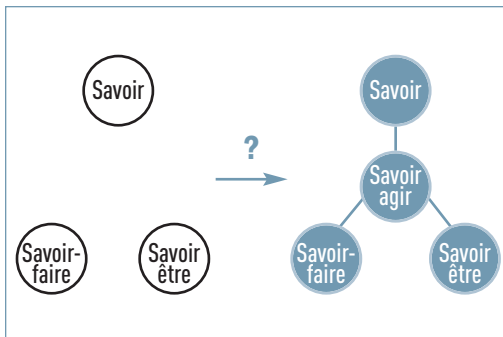
LE SAVOIR AGIR : UNE MOLÉCULE COMPLEXE

Outre des informations de type descriptif, une analyse qualitative par théorisation ancrée a permis d'explorer les préoccupations, les enjeux et les réflexions des participants sur les expériences de PUC dans le réseau de la santé publique. Pour cette analyse, les informations recueillies lors des entrevues et ensuite découpées en segments ont été réorganisées en trois grandes catégories.

Il s'agit du **savoir**, défini comme les savoirs expérientiels et les savoirs scientifiques. Ensuite vient le **savoir-faire**, où sont regroupés les nombreuses stratégies de PUC et les moyens qui sont à la disposition de l'individu et de l'organisation. Finalement il y a le **savoir être**, où ont été regroupées les relations entre les différents acteurs. Cet amalgame forme, de manière conceptuelle, une molécule qui a été nommée **savoir agir complexe**. Ce **savoir agir complexe** prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations de plus en plus complexes.¹⁰

Figure 3

Un savoir agir complexe



UN APPEL À LA COLLABORATION

La collaboration est ressortie comme un élément permettant de lier de façon souple, mais ferme les trois catégories de savoir. Il semble que le **savoir agir complexe** qu'est le PUC soit envisagé comme une nouvelle façon de faire ou un nouveau type de pratique qu'il serait souhaitable de mettre à profit dans le réseau. L'expérience telle que rapportée par les participants évoque clairement des dimensions relationnelles.

LES DIMENSIONS DE LA COLLABORATION EN LIEN AVEC LE PUC

1. Vision commune

Les répondants de la DSP et des CSSS expriment la nécessité de développer une vision commune et inclusive du PUC. Devant la pluralité des mandats des CSSS et de la DSP, il semble y avoir un besoin d'augmenter la cohésion et la complémentarité des nombreuses activités de santé publique dans le réseau montréalais et de mieux situer la place du PUC.

2. Confiance

Les collaborations avec les producteurs de connaissances sont appréciées et citées de manière positive lorsqu'un travail d'échange est réalisé. Les liens de confiance émergent d'expériences de PUC bidirectionnels plutôt qu'unidirectionnels.

3. Leadership

Les occasions de rassemblement, où se réalisent souvent les activités de PUC, sont propices à l'émergence d'un sentiment d'appartenance, à la consolidation des liens professionnels, au partage des bons coups et à « l'empowerment » des acteurs du réseau. Même si le leadership est d'abord perçu comme un comportement individuel, certains rappellent qu'une prise de position claire de l'organisation et, notamment, la création de lignes directrices en matière de PUC est essentielle à son existence. De leur côté, les gestionnaires en CSSS souhaitent collaborer avec les partenaires en proposant les problématiques ou les objets tels qu'ils sont vécus sur le territoire.

4. Valeurs et intérêts

Le décloisonnement des expertises semble faire consensus parmi les acteurs interrogés. Toutefois, malgré la réflexion entreprise au sujet de la valorisation des échanges, il reste un écart à combler entre le discours et la pratique. Les participants manifestent un intérêt pour l'utilisation des données probantes afin d'initier des échanges plus porteurs pour la santé publique et la santé de la population.

Chercheure responsable

Lise Gauvin : Professeure titulaire au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, Chercheure au Centre de recherche du CHUM, Chercheure affiliée au Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé, Université de Montréal

Coordonnateur

Michel Rossignol : Médecin-conseil, Responsable du secteur Enseignement et Recherche à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Associé Professeur, au département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill

Équipe de recherche

Geneviève Lamy¹³, Agente de recherche du secteur Enseignement et Recherche à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Sylvie Miaux, Professeure régulière au département d'études en loisir, culture et tourisme de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Josée Béchard, Agente de recherche du secteur Enseignement et Recherche à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Marilène Galarneau, Agente de recherche du secteur Enseignement et Recherche à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Marie-Hélène Poirier, Agente de recherche du Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, Université de Montréal

CONCLUSION

Le **savoir agir complexe** regroupe à la fois des compétences individuelles et collectives. Le **savoir agir complexe** du PUC suppose l'appropriation de connaissances, le développement d'expertise en coopération et la navigation habile dans les réseaux de ressources collectives chez les producteurs comme chez les utilisateurs de connaissances¹¹. Dans cette perspective, le concept de compétence va bien au-delà de l'individu et met en relief le caractère relationnel y étant associé.

RÉFÉRENCES

1. Brownson, R.C. & al. (2009) Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30: 175-201.
2. Mitton, C., Adair, C. E. & al. (2007). Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85(4): 729-768.
3. Landais, N. (1854). *Dictionnaire général et grammatical des dictionnaires français*: offrant le résumé le plus exact et le plus complet de la lexicographie française et de tous les dictionnaires spéciaux, Volume 2. Paris : Au bureau central des dictionnaires, 816 p.
4. Kiefer, L. & al. (2005). Favoriser la prise de décision factuelle au Canada : Examen de la nécessité de créer un Centre de données de recherche et un Réseau de recherche sur la santé publique et des populations au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 96(3): 1-20/1-40.
5. Roy, M. & al. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec, Rapport R-099, 53 p.
6. Faye, C. & al. (2007). *Guide sur le transfert des connaissances à l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du Travail*, Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 51 p.
7. Zarinpoush, F., & Von Sychowski, S. (2007). *Transfert et échanges efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada, 50 p.
8. Lemire, N. & al. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec, 46 p.
9. Lavis, J. N. & al. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly*, 81(2): 221-247.
10. Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3): 36-44.
11. Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'Organisation. 206 p.
12. Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 142 p.
13. L'analyse des données et les résultats proviennent en partie du travail effectué par Geneviève Lamy dans le cadre de son mémoire de maîtrise en santé communautaire au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal sous la direction de Lise Gauvin.

Ce projet a été rendu possible grâce à un octroi provenant du Programme de subventions en santé publique (PSSP).

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal



Université
de Montréal



CHUM
CENTRE DE RECHERCHE



RÉDACTION

Geneviève Lamy et Marie-Hélène Poirier

COORDINATION DE PRODUCTION

Geneviève Lamy et Marie-Hélène Poirier

GRAPHISME

Prétexte communications

Une publication du Centre Léa-Roback, centre de recherche sur les inégalités sociales de santé

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400 (3570)
www.centrelearoback.ca

Dépôt légal :

ISSN 1925-2048

Le point sur... le partage et l'utilisation des connaissances dans le réseau de la santé publique montréalais (Imprimé)

ISSN 1925-2056

Le point sur... le partage et l'utilisation des connaissances dans le réseau de la santé publique montréalais (En ligne)