

Renforcer les programmes factuels d'intervention en matière de toxicomanie :

Document de discussion de politique

Préparé par Bette Reimer pour

**Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission,
le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
et le Groupe de travail national sur les politiques**

Décembre 2003

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Résumé.....	3
A. Introduction	8
B. Contexte	9
1. Pratique fondée sur des données probantes	8
<i>Débuts du mouvement de la médecine factuelle</i>	10
<i>Pourquoi le médecine factuelle?</i>	11
<i>Enjeux liés à la médecine factuelle</i>	12
<i>Nature des données probantes</i>	14
<i>Essais cliniques contrôlés et randomisés</i>	15
<i>Examens systématiques</i>	16
<i>Méta-analyse</i>	16
<i>Plan quasi-expérimental</i>	17
<i>Recherche qualitative</i>	18
2. Transfert de la recherche	19
C. Dynamique du transfert des données probantes fondées sur la recherche dans les programmes d'intervention en matière de toxicomanie	20
1. Facteurs de l'amélioration des programmes	20
2. Culture et changements systémiques	20
3. Limites pratiques	22
<i>Facteurs individuels</i>	22
<i>Facteurs organisationnels</i>	23
<i>Facteurs décisionnels</i>	24
<i>Facteurs communautaires</i>	24
<i>Résumé des limites pratiques</i>	26
D. Éléments à prendre en considération pour améliorer le passage de la recherche à la pratique	26
1. Établir un équilibre entre les données probantes fondées sur la recherche et la pratique	26
2. Faire progresser le transfert de la recherche	27
<i>Créer des relations et encourager le dialogue</i>	28
<i>Engagements des organismes subventionnaires et de recherche</i>	29
<i>Méthodes pour appuyer le transfert de la recherche</i>	30
<i>Le transfert de la recherche au sein des organismes et des collectivités</i>	31
<i>Perfectionnement de la main-d'œuvre</i>	33
<i>Gestion du savoir</i>	34
E. Conclusion	35
Références	38
Notes en fin de texte	45

Remerciements

L'auteur aimerait sincèrement remercier Edward Sawka et Darlene James de la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission pour leur orientation et leurs points de vue dans la préparation de ce document. Les remerciements s'adressent également aux membres du Groupe de travail national sur les politiques* du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), de même qu'à d'autres examinateurs qui ont donné de leur temps et partagé leur expertise afin de faire part de commentaires sur les versions provisoires précédentes. (Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux des organismes auxquels sont associés les membres du Groupe de travail.)

* Le Groupe de travail national sur les politiques du CCLAT est composé des membres suivants : John Borody (président du Groupe de travail et directeur général, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances), John Anderson (médecin-conseil principal, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique), Patricia Begin (directrice, Recherche et politique, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies), Thomas Brown (directeur, Programme de recherche en toxicomanie, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas / Université McGill), Louis Gliksman (directeur, Service de recherche sur les politiques sociales et en matière de santé et de prévention, Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario), Sally Greenhill (gestionnaire, Policy and Business Planning, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission), Perry Kendall (directeur médical, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique), Christiane Poulin (professeur adjointe en épidémiologie, Université Dalhousie), Edward Sawka (directeur, National Research Coordination, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission), Brian Wilbur (directeur, Strategic Health Services, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse).

Résumé

Au cours des dix dernières années dans le domaine des toxicomanies, les termes « pratique exemplaire », « pratique fondée sur des données probantes » et « transfert de la recherche » ont été utilisés de plus en plus fréquemment dans les conversations et les écrits. Le présent document traite de la façon dont ces termes, et les concepts qu'ils représentent, évoluent dans le domaine des toxicomanies, de même que dans des domaines connexes, notamment, la médecine, les soins infirmiers et le travail social. Dans ce contexte, le présent document examine les façons d'améliorer le passage de la recherche à la pratique dans le domaine des toxicomanies. Malgré le fait qu'un examen des activités liées au transfert de la recherche et à la pratique fondée sur des données probantes serait très utile, il échappe toutefois à la portée du présent document.

Pratique fondée sur des données probantes

Le concept de la pratique fondée sur des données probantes tire ses origines du concept de la médecine factuelle. Les initiateurs de la médecine factuelle la définissent comme l'« utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles dans la prise de décisions sur les soins à prodiguer à chaque patient »¹. En se fondant sur cette définition, la *pratique* de la médecine factuelle est définie comme l'« intégration de l'expertise clinique individuelle aux meilleures données probantes cliniques externes disponibles tirées de la recherche systématique »².

Le débat entourant la pratique fondée sur des données probantes dans les écrits médicaux est long et parfois litigieux. Bon nombre d'objections à la médecine factuelle sont basées sur l'idée qu'elle préconise les « recettes toutes faites » et qu'elle ne tient pas compte des caractéristiques et des besoins particuliers des patients. Les défenseurs soulignent que cela n'a jamais été l'intention et font valoir que les données probantes provenant de la recherche sont seulement une composante d'une décision clinique, les autres composantes incluant la situation du patient, le souhait du patient, le jugement et l'expertise cliniques. Parmi les autres questions litigieuses, il y a celles qui sont liées aux préoccupations politiques concernant le recours à la médecine factuelle par les bureaucrates, les politiciens et les organismes de gestion des soins.

Une grande partie du débat entourant la médecine factuelle et la pratique fondée sur des données probantes est liée à la nature et à la pertinence des données probantes et des méthodes de recherche que l'on utilise pour produire ces données. De façon générale, les critiques perçoivent que les outils les plus couramment utilisés (essais cliniques contrôlés et randomisés, examens systématiques et méta-analyses) suivent une approche étroite qui réduit la prise en considération d'autres types de données probantes, notamment, l'interrogation naturaliste, les dossiers de cas et les sources expérientielles. Les défenseurs indiquent que ces préoccupations sont une fausse interprétation et font valoir que la pratique fondée sur des données probantes ne se limite pas aux essais cliniques contrôlés et randomisés, aux examens systématiques et aux méta-analyses, mais qu'elle inclut le dépistage des meilleures données probantes externes.

Transfert de la recherche

Les écrits traitant des activités comme le transfert de la recherche, le transfert du savoir et la distribution de l'information incluent de nombreuses discussions de terminologie, de même que les différences entre savoir et recherche, diffusion et distribution et transfert et utilisation. Un auteur, qui fait valoir que de tels débats constituent une perte d'énergie, indique que le véritable enjeu est de faire en sorte que les efforts incluent 1) la « distribution mécanique de l'information au sujet des pratiques ou des programmes novateurs » et 2) la « prestation d'une aide technique et d'autres ressources visant à aider les adoptants possibles à se débattre avec les processus très complexes de prendre en considération et de mettre en œuvre une innovation »³. Aux fins du présent document, le terme « transfert de la recherche » est utilisé lorsqu'on traite des activités de distribution, notamment, la distribution de l'information, l'utilisation de la recherche et le transfert du savoir.

Moteurs de l'amélioration des programmes

Dans le domaine des toxicomanies, il y a un certain nombre de facteurs qui agissent sur l'intérêt manifesté à l'égard de la pratique fondée sur des données probantes. Ces facteurs sont les suivants :

- un élan au sein des organismes gouvernementaux et subventionnaires vers une plus grande responsabilisation et l'adoption de changements pour des demandes de données probantes appuyant l'efficacité;
- la politique sur les soins de santé et la prestation de soins de santé donnant de plus en plus d'importance aux procédures normalisées de traitement, à la rentabilité et aux résultats;
- une sensibilisation accrue, chez les praticiens de la collectivité, à l'importance d'offrir des thérapies appuyées par des données empiriques puisque les sources de financement commencent à faire valoir les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires pour les programmes.

Limites pratiques

Le fait de simplement consigner les données probantes et de les publier, et même de les rendre largement accessibles sur Internet, ne garantit pas l'apport de changements à la pratique. Dans les écrits, afin d'illustrer la période qui peut être nécessaire pour mettre en œuvre la recherche, les articles font souvent référence aux 263 ans qui ont été nécessaires pour intégrer les données probantes sur le traitement du scorbut aux régimes des marins anglais. Même si le monde a fait de grands progrès technologiques sur le plan de la gestion et de la distribution de l'information depuis l'époque où l'on a essayé d'implanter les agrumes dans les régimes des marins, la technologie dépend encore des personnes, et certaines des limites et certains des facteurs qui ont retenu l'adoption des données probantes sur le scorbut sont encore présents aujourd'hui. Voici un aperçu de ces limites et facteurs :

- des facteurs humains, notamment, les croyances, les attitudes et les valeurs; les différences sur le plan des points de vue entre les chercheurs, les praticiens et les

décideurs; l'hétérogénéité des perspectives de base, cliniques et en matière de formation des praticiens;

- des indicateurs organisationnels, notamment, un personnel n'ayant pas les connaissances ni les compétences nécessaires; des variables comme l'épuisement professionnel; de même que d'autres dynamiques comme un mauvais leadership, une culture hostile au changement et les contraintes bureaucratiques;
- des facteurs décisionnels, notamment, le manque de temps, la surcharge d'information, les pressions budgétaires et les considérations politiques;
- des facteurs communautaires, notamment, différents antécédents et différentes formations; différents points de vue sur la prévention; un manque de réceptivité de la collectivité; des intérêts politiques concurrents et différentes priorités de financement.

Établir un équilibre entre les données probantes fondées sur la recherche et la pratique

Que peut tirer le domaine des toxicomanies du débat dans le domaine médical? De quelle façon les données probantes fondées sur la recherche peuvent-elles être équilibrées avec la pratique? Une certaine sagesse et une certaine perspective se dégagent du récent suivant.

« Le service était plein, alors, je l'ai amené dans ma salle puisqu'il était moribond et qu'il criait, et puisque je ne voulais pas réveiller tout le service. Je l'ai examiné. Il souffrait d'une formation majeure évidente de cavernes bilatérales et de frottement pleural grave. Je pensais que le frottement pleural était la cause de la douleur et des cris. Je n'avais pas de morphine, seulement de l'aspirine, ce qui n'a eu aucun effet. J'étais désespéré. À cette époque, je parlais très peu le russe et personne du service ne parlait cette langue. En bout de ligne, je me suis d'instinct assis sur le lit et je l'ai pris dans mes bras. Les cris ont presque aussitôt cessé. Il est mort paisiblement dans mes bras quelques heures plus tard. Ce n'est pas pleurésie qui a causé les cris, mais la solitude. Cette expérience a été un enseignement extraordinaire sur les soins à prodiguer aux mourants. J'avais honte de mon mauvais diagnostic »⁴.

Le médecin de ce récit est Archie Cochrane, dont les publications faisant valoir l'importance de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de soins de santé ont jeté les fondements du mouvement de la médecine factuelle. Le récit donne une perspective relative à la pratique fondée sur des données probantes et illustre l'importance de maintenir l'attention sur le client. De plus, il montre que dans certains cas, les interventions efficaces sont basées sur l'instinct, plutôt que sur des données probantes. Ce récit illustre également qu'il ne sera jamais possible de traduire la recherche en pratique pour préciser ce qui devrait être fait dans chaque situation.

Éléments à prendre en considération pour améliorer le passage de la recherche à la pratique

Les écrits sur le transfert de la recherche à la pratique sont complexes et malheureusement inconcluants sur ces stratégies qui sont des plus efficaces. Tandis que

la recherche est limitée aux rôles que les personnes et les organismes jouent dans la facilitation du transfert de la recherche, le résumé suivant fait rapport sur ce qui est connu, et suggère des éléments à prendre en considération pour aller de l'avant.

- Une des principales théories proposées est l'importance de créer des liens entre les chercheurs, les médecins et les décideurs et d'encourager le dialogue soutenu entre ces groupes. Parmi les façons pratiques de créer des liens et d'encourager le dialogue, il y a l'engagement précoce dans les études de recherche, l'interactivité à différentes étapes des études, la consignation des résultats d'une façon qui sera utile pour les médecins et les décideurs et la tenue de conférences de recherche entre les médecins et les chercheurs.
- Des changements sont exigés par les organismes subventionnaires et de recherche. Il faudrait soigneusement prendre en considération le soutien du transfert des constatations de la recherche et un engagement semblable au soutien actuellement offert aux études de recherche, l'ajout de stratégies de diffusion aux étapes de proposition et de planification des projets de recherche et la prestation d'incitations aux chercheurs afin qu'ils puissent mettre l'accent sur les applications pratiques de leurs constatations.
- Même si le fait de résumer la recherche en un format approprié pour les auditoires cibles encourage la diffusion, d'autres efforts doivent être déployés. Afin d'encourager les groupes comme les médecins et les décideurs à véritablement prendre en considération l'adoption et la mise en œuvre des données probantes fondées sur la recherche, les résumés et lignes directrices doivent être combinés à d'autres interventions, notamment, l'enseignement individuel, les stratégies d'apprentissage actif, la participation des leaders d'opinion locaux et les incitations. De plus, il est important d'adopter une approche transparente et de reconnaître les composantes qui représentent un important changement à la pratique et d'autres obstacles.
- Un des principaux facteurs d'un transfert réussi de la recherche aux fournisseurs communautaires consiste à veiller à ce que les éléments de base d'une intervention qui ont contribué à son succès soient clairement expliqués. Veiller à ce que les composantes qui ont contribué au succès des programmes ne soient pas diluées et déterminer un « défenseur » local au sein de la collectivité sont d'autres facteurs.
- Le perfectionnement de la main-d'œuvre est un concept relativement récent qui est apparu dans le secteur de la santé et dans le domaine des toxicomanies en réponse au besoin de créer une main-d'œuvre adéquate pour faire face aux défis à relever. Les défenseurs du concept soulignent qu'afin de créer une main-d'œuvre adéquate, un important changement de paradigme est nécessaire pour s'éloigner d'une orientation exclusive sur la formation et se recentrer sur une orientation incluant des facteurs comme le perfectionnement organisationnel, la gestion du changement, le transfert du savoir fondé sur des données probantes et le perfectionnement des compétences. Le perfectionnement de la main-d'œuvre offre des possibilités de faciliter le transfert de la recherche, de mettre en œuvre la pratique fondée sur des données probantes et de remédier aux obstacles aux niveaux organisationnel et systémique.

- La gestion du savoir offre une possibilité d'améliorer le passage de la recherche et de la pratique dans et entre les organismes grâce à la détermination, à l'organisation et au partage des études de recherche, comme les évaluations de programme, et grâce au soutien et à la facilitation de communications entre les chercheurs, les médecins et les décideurs par l'intermédiaire de mécanismes comme les « collectivités de pratique ».

Conclusion

Dans le domaine des toxicomanies, de grands facteurs influencent le mouvement de la pratique fondée sur des données probantes. Au cours des dix dernières années, les organismes gouvernementaux et subventionnaires ont continué d'accroître les efforts pour une efficacité et une responsabilisation améliorées et une efficacité évidente. De plus, l'augmentation du recours aux données probantes dans le domaine des toxicomanies a monté la barre quant à la réalisation de recherches de plus grande qualité. Tous ces facteurs imposent des contraintes à la pratique fondée sur des données probantes et au transfert de la recherche qui n'auront d'autres choix que d'influencer le domaine en le poussant à l'avant. Même s'il ne sera jamais possible de traduire la recherche en pratique d'une façon qui précise ce qui devrait être fait dans chaque situation, les outils et le concept de la pratique fondée sur des données probantes peuvent donner une orientation et montrer le chemin à suivre pour renforcer les programmes fondés sur des données probantes.

A. Introduction

Depuis les dix dernières années dans le domaine des toxicomanies, les termes « pratique exemplaire » et « pratique fondée sur des données probantes » sont de plus en plus fréquemment utilisés dans les conversations et les écrits. Ces termes sont intuitivement attirants. La plupart des gens préféreraient utiliser une pratique « exemplaire » plutôt qu'une pratique médiocre, et on peut sans doute affirmer qu'aucune personne ne voudrait déclarer que son programme est basé sur la « pire » des pratiques. Comme avec la « pratique fondée sur des données probantes », lorsque l'on prend en considération une nouvelle approche de traitement ou un changement à apporter à l'orientation d'un programme, la perspective voulant que la nouvelle pratique d'intervention ou du programme est basée sur des preuves empiriques ajoute une certaine assurance à une initiative axée dans une nouvelle direction.

D'autres termes sont également fréquemment utilisés. Dans les discussions du transfert de la recherche en une pratique en matière de politiques et de programmes, des termes comme transfert de la recherche, transfert du savoir, utilisation du savoir, diffusion des innovations et diffusion de l'information sont souvent utilisés en tant que synonymes. Puisque les termes évoluent, une utilisation fréquente peut entraîner une approche « abrégée » dans les communications entre les professionnels et dans les écrits. La signification peut varier selon les facteurs, notamment, les situations dans lesquelles les termes sont utilisés et les antécédents professionnels des personnes qui les utilisent.

Le présent document examine de quelle façon les termes pratique fondée sur des données probantes, pratique exemplaire, transfert de la recherche, transfert du savoir et utilisation du savoir, et, de façon plus importante, les concepts qu'ils représentent, évoluent dans le domaine des toxicomanies, de même que dans des domaines connexes comme la médecine, les soins infirmiers et le travail social. Dans ce contexte, le document examine les façons d'améliorer le passage de la recherche et la pratique dans le domaine des toxicomanies. (Bien qu'un examen des activités liées au transfert de la recherche et à la pratique fondée sur des données probantes serait très utile, un tel examen échappe toutefois à la portée du présent document.)

La Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, à titre de membres du Groupe de travail national sur les politiques, ont produit ce document en vue d'orienter l'élaboration de politiques nationales et les activités liées au transfert de la recherche et à la pratique fondée sur des données probantes.

Aperçu des écrits

Les écrits qui traitent de la pratique fondée sur des données probantes, du transfert de la recherche et de l'utilisation du savoir sont multidisciplinaires. Même si on discute grandement de la pratique fondée sur des données probantes dans les écrits médicaux (dans le cadre des discussions en cours liées à la médecine factuelle), on retrouve également des articles sur ce sujet dans les écrits sur les toxicomanies et le travail social.

Dans le même ordre d'idées, on constate des discussions sur le transfert de la recherche et l'utilisation du savoir dans les écrits médicaux, sur le travail social et les toxicomanies, de même que dans les écrits sur les communications et la science de l'information. Les articles qui traitent de la pratique fondée sur des données probantes ont tendance à être préoccupées par la nature des données probantes et des méthodes utilisées pour produire de telles données, tandis que dans les articles sur le transfert de la recherche et l'utilisation du savoir, on a des réserves en ce qui a trait aux obstacles et aux stratégies visant à faciliter le processus. Même si les concepts de la médecine factuelle, de la pratique fondée sur des données probantes, du transfert de la recherche et de l'utilisation du savoir sont interreliés, quelques auteurs discutent d'un cadre conceptuel sur la façon dont ils sont reliés.

Afin de documenter ce rapport, l'auteur a effectué des recherches dans des bases de données de revues dans le domaine de la médecine, du travail social, des toxicomanies, des sciences de l'information, de la psychologie et du développement organisationnel. Pour servir de complément aux revues, elle a également fait des recherches sur des sites Web traitant du transfert de la recherche et du savoir, de même que sur des sites d'organismes en toxicomanie au Canada, en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

B. Contexte

1. Pratique fondée sur des données probantes

Le concept de la pratique fondée sur des données probantes tire son origine de l'idée de la médecine factuelle. Plusieurs définitions des deux concepts se retrouvent dans les écrits. Les initiateurs de la médecine factuelle la définissent comme l'« utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles dans la prise de décisions sur les soins à prodiguer à chaque patient¹ ». En se fondant sur cette définition, la *pratique* de la médecine factuelle est définie comme l'« intégration de l'expertise clinique individuelle aux meilleures données probantes cliniques externes disponibles tirées de la recherche systématique² ».

La pratique fondée sur des données probantes a attiré de nombreuses critiques dans les documents médicaux. Les critiques stipulent que la médecine factuelle ne tient pas compte des besoins individuels et des caractéristiques des patients, qu'elle supprime la liberté clinique, qu'elle définit étroitement les données probantes et qu'elle appuie la diminution des coûts. Étant donné ces critiques, les créateurs des définitions susmentionnées ont rédigé un éditorial dans le *British Medical Journal*, en vue de clarifier les termes :

Par expertise clinique individuelle, on entend les compétences et le jugement que les divers cliniciens acquièrent grâce à l'expertise et à la pratique cliniques. Une expertise accrue se reflète de nombreuses façons, mais plus particulièrement... par la détermination plus réfléchie et par la prise en considération humanitaire des situations difficiles, de droits et des préférences des divers patients dans les décisions cliniques

concernant les soins à leur apporter. Par meilleures données probantes cliniques externes disponibles, on entend une recherche pertinente sur le plan clinique, dont les données proviennent souvent des sciences fondamentales de la médecine, mais plus particulièrement de la recherche clinique axée sur le patient³.

Une des définitions tirées des écrits sur le travail social définit la pratique fondée sur des données probantes comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles dans la prise de décisions concernant le bien-être des utilisateurs de services et des soignants⁴ ». Une recherche effectuée dans les écrits portant sur les toxicomanies n'a révélé aucune définition pour la pratique fondée sur des données probantes. Toutefois, le terme connexe « pratique exemplaire » est défini dans une publication récente de Santé Canada comme « les nouvelles lignes directrices qui sont établies d'après le consensus d'experts clés et qui sont appuyées par la documentation sur les approches et les éléments de traitement qui semblent donner des résultats favorables pour le traitement... Les pratiques exemplaires sont des recommandations qui peuvent évoluer, à partir de l'expérience, du jugement et de la perspective d'experts, de même qu'à partir d'une recherche soutenue⁵ ». Même si ce texte définit la « pratique exemplaire » aux fins d'un projet particulier, ce passage est cité ici de façon à indiquer dans quelle mesure le concept évolue dans les écrits sur les toxicomanies.

Débuts du mouvement de la médecine factuelle

Au moins deux auteurs attribuent les débuts du concept actuel de la médecine factuelle aux épidémiologistes cliniques de l'Université McMaster qui ont rédigé des articles dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* dans les années 70 et 80 en vue d'orienter les lecteurs sur la façon d'évaluer les documents médicaux⁶. Dans les années 90, ces articles ont été approfondis et publiés dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Dans les articles du *JAMA*, les auteurs ont décrit une approche systématique visant à interpréter les documents médicaux et à appliquer les constatations à la pratique clinique. Le terme « médecine factuelle » apparaît dans ces articles⁷.

D'autres événements survenus au début des années 70 ont également fait germer la médecine factuelle. En 1972, Archie Cochrane a publié son livre souvent cité *Effectiveness and Efficiency: Reflections on Health Services*⁸. Ce livre suggérait d'apporter des améliorations à l'efficacité et à l'efficience du système de soins de santé. Cochrane a noté que les décisions médicales étaient souvent fondées sur des opinions de spécialistes ou des études d'observation qui ne faisaient pas la différence entre l'efficacité et l'inefficacité. Afin de déterminer si les interventions médicales étaient efficaces, Cochrane a indiqué qu'il était important de procéder à des essais cliniques contrôlés et randomisés (ECR).

Au cours des années 70, les ECR sont devenus largement utilisés en vue d'évaluer l'efficacité des médicaments et des technologies médicales⁹. Également au début des années 70, le domaine des soins infirmiers expérimentait une des dimensions de la médecine factuelle : l'utilisation de la recherche. Un des projets importants et souvent

cités sur l'utilisation de la recherche et menés au cours de cette période a été la tenue et l'utilisation de recherches en soins infirmiers¹⁰.

Dans une publication de 1979, Cochrane a relevé le besoin d'un accès facile aux examens fiables des données probantes disponibles : « C'est sûrement une grande critique de notre profession que nous n'ayons pas organisé de résumé critique, par spécialité ou sous-spécialité, adapté sur le plan périodique, de tous les essais cliniques contrôlés et randomisés pertinents¹¹ ». En 1992, dans une réponse à la demande de Cochrane de procéder à des examens systématiques et à jour de tous les ECR pertinents des soins de santé, la Cochrane Collaboration a été mise au point. Cet organisme international vise à aider les gens à prendre des décisions éclairées au sujet des soins de santé en préparant, en maintenant et en assurant l'accessibilité aux examens systématiques des effets des interventions en santé¹². Dans le cadre de la Cochrane Collaboration, un certain nombre de groupes d'examen collectifs élaborent des examens systématiques. Le Drugs and Alcohol Group et le Tobacco Addiction Group présentent le plus d'intérêt pour le domaine des toxicomanies*.

Pourquoi la médecine factuelle?

Dans les écrits, on mentionne plusieurs raisons associées à la croissance du mouvement de la médecine factuelle. Selon le point de vue d'un auteur, la médecine factuelle offre les outils et les ressources nécessaires pour trouver et appliquer les meilleures données probantes actuelles tirées de la recherche pour la prestation des soins aux divers patients, de même qu'un moyen de changer la tâche du clinicien : lui qui devait accéder aux documents médicaux originaux et les lire doit maintenant trouver des données probantes de recherche pré-évaluées¹³. Elle comprend également un processus visant à combiner la recherche à partir d'un certain nombre d'études. En écrivant les besoins de recherche du clinicien, Ledbetter explique : « C'est seulement dans de rares occasions qu'une seule étude de recherche donne des réponses irréfutables à une question clinique. De plus, il arrive fréquemment que deux études ou plus traitent de la même question et qu'elles donnent des résultats très différents. Par conséquent, le fait de repérer une ou même deux études fournit des renseignements inadéquats pour changer la pratique¹⁴ ».

En ce qui a trait à l'efficacité et à l'efficience, Laupacis souligne trois raisons associées au mouvement initial de la médecine factuelle :

- (1) l'utilisation de thérapies nuisibles et inefficaces représentait une préoccupation;
- (2) les thérapies efficaces étaient sous-utilisées; et (3) la réalité financière accordait une importance considérable au besoin d'utiliser des thérapies efficaces et rentables¹⁵.

* Parmi les autres organismes d'intérêt, on compte la Campbell Collaboration, qui a récemment été établie. Modelé sur la Cochrane Collaboration, cet organisme vise à aider les gens à prendre des décisions éclairées sur les interventions dans les domaines social, relatifs au comportement et à l'éducation. Il prépare, maintient et diffuse de examens systématiques d'études d'interventions.

Enjeux liés à la médecine factuelle

Le débat entourant la médecine factuelle dans les écrits médicaux est long et parfois litigieux. Pour reprendre les termes d'un auteur, elle est « improductive et non nécessaire¹⁶ ». À titre d'exemple de la nature polarisée du débat, un défenseur de la médecine factuelle perçoit le concept de « baser la pratique clinique sur des données probantes scientifiques » comme étant « suffisamment évident qu'il n'est pas nécessaire d'en discuter davantage ». Cet auteur fait valoir qu'« il a à maintes reprises été prouvé que les patients qui suivent des thérapie fondées sur des données probantes ont de meilleurs résultats que ceux qui suivent d'autres thérapies¹⁷ ». À l'opposé, une des plus importantes critiques perçoit la médecine factuelle comme « une idée délirante dangereuse; erronée sur le plan de la justification et des conclusions, et comme une arme meurtrière possible entre les mains de régulateurs et de réformateurs malavisés¹⁸ ».

Bon nombre d'objections à la médecine factuelle sont basées sur l'idée qu'elle préconise les « recettes toutes faites » et qu'elle ne tient pas compte des caractéristiques et des besoins particuliers des patients. Les défenseurs soulignent que cela n'a jamais été l'intention. Ils font valoir que les données probantes provenant de la recherche sont seulement une composante d'une décision clinique; les autres composantes incluant la situation du patient, le souhait du patient, le jugement et l'expertise cliniques¹⁹. Toutefois, les critiques font valoir que la médecine factuelle simplifie exagérément la nature complexe et interpersonnelle des soins cliniques²⁰. En outre, le processus de prise de décisions ne tient pas compte de l'individualité des patients et de leurs besoins²¹. Ces critiques prétendent que l'utilisation de la médecine factuelle doit être un subordonné de la prestation de services médicaux personnels, notamment, la consultation²².

Une discussion du concept de la « pratique fondée sur les valeurs » est un des autres éléments liés aux arguments entourant la prestation des soins cliniques. Il s'agit de la théorie et de la pratique de la prise de décisions efficaces dans des situations en matière de soins de santé où l'on retrouve des perspectives différentes et possiblement conflictuelles sur les valeurs. La pratique fondée sur les valeurs est axée sur un bon processus prenant la forme de compétences améliorées en matière de pratique clinique. Cette approche est considérée comme un complément à la médecine factuelle²³.

D'autres points litigieux sont liés aux préoccupations politiques entourant l'utilisation de la médecine factuelle par les bureaucrates, les politiciens et les organismes de gestion des soins. Alors que les défenseurs perçoivent la médecine factuelle comme un moyen d'assurer l'efficacité et l'efficience dans les soins de santé, les critiques sont préoccupées par le fait que le mouvement est influencé par les considérations financières plutôt que par le souci de qualité des soins. Ils préviennent que l'information tirée de la médecine factuelle sert à encourager l'achat minimaliste au nom de la science, et qu'elle appuie les intérêts bureaucratiques et en matière de gestion des soins, et les exigences politiques relatives à la responsabilisation et à la limitation des coûts²⁴.

Enfin, certains craignent que les thérapies qui n'ont pas de base factuelle ne soient pas prises en considération. Dans les écrits de psychanalyse, Fonagy prévient qu'une thérapie sans données probantes substantielles pourrait être considérée comme n'ayant aucune

valeur considérable. Cela signifierait que les ressources seraient allouées en faveur des traitements pour lesquels des preuves d'efficacité rigoureuses sont plus ou moins facilement recueillies²⁵.

Dans le domaine du travail social, le débat n'est pas aussi étendu, mais il est tout aussi polarisé que dans les écrits médicaux. Dans les écrits sur le travail social, les défenseurs perçoivent la pratique fondée sur des données probantes comme « un nouveau paradigme qui favorise des interventions sociales plus efficaces en encourageant l'utilisation consciencieuse, judicieuse et explicite des meilleures preuves scientifiques disponibles dans la prise de décisions professionnelles²⁶ ». Les opposants pensent que la pratique fondée sur des données probantes ne tient pas compte de la complexité des véritables processus de prise de décisions dans le travail social et qu'elle simplifie exagérément les défis que les travailleurs sociaux doivent relever dans leur pratique quotidienne²⁷. De plus, certains doutent du succès de transférer les données probantes dans des contextes différents. Frost fait valoir que puisqu'« une grande partie des preuves scientifiques sociales, en particulier celles recueillies grâce à l'évaluation, sont circonstanciées », il n'est pas possible de simplement transférer un mécanisme ayant un résultat positif dans un autre contexte et de présumer qu'il fonctionnera²⁸.

Dans le domaine des toxicomanies, il ne semble pas y avoir de débat entourant la pratique fondée sur des données probantes en soi. Toutefois, Tober affirme que l'espoir que le domaine des toxicomanies avait à l'égard des constatations du projet MATCH est un « témoignage au besoin perçu de données probantes visant à orienter la pratique²⁹ ». (Cet essai clinique sur le traitement de l'alcoolisme, mené dans les années 90 en vue d'étudier l'efficacité du rapprochement des modes de traitement avec les attributs du client, a révélé très peu de données probantes pour appuyer le rapprochement des clients en fonction des caractéristiques individuelles, avec différentes modalités de traitement.) La discussion dans le domaine des toxicomanies semble être axée sur les limites des données probantes qui servent à élaborer les lignes directrices en matière de pratique (par exemple, le manque de conditions standard dans les essais cliniques sur le traitement)³⁰, les difficultés des interventions dans le domaine des toxicomanies à générer des données probantes à partir desquelles planifier la prestation du traitement³¹ et les différents points de vue sur ce que constitue un traitement efficace et sur la mesure dans laquelle l'efficacité est déterminée³². Les auteurs des écrits portant sur la promotion de la santé et la santé mentale soulèvent des questions applicables au domaine des toxicomanies. Dans les écrits portant sur la promotion de la santé, le concept des données probantes liées aux interventions de promotion de la santé est perçu comme étant plus complexe que celui des interventions médicales. Selon ce point de vue, la « promotion de la santé ne se préoccupe pas seulement des résultats pour la santé, notamment, la morbidité et la mortalité, mais également des résultats difficiles à quantifier, comme l'équité, la prise en charge communautaire et le bien-être communautaire et social³³ ». De plus, dans les écrits portant sur la santé mentale, les auteurs font valoir que l'on a conçu une grande partie de la recherche publiée sur les pratiques fondées sur des données probantes sans comprendre la vision du rétablissement. Par conséquent, les données probantes publiées ne sont pas pertinentes et n'appuient pas le mouvement du rétablissement. Anthony et ses collègues affirment que la recherche éventuelle sur la pratique fondée sur des données

probantes doit mettre l'accent sur les résultats, notamment, la qualité de vie et l'estime de soi, qui ont une importante signification pour le rétablissement des patients³⁴.

En résumé, le débat sur la médecine factuelle touche de nombreux aspects, et un grand nombre des points de vue sont polarisés. Néanmoins, au moins un auteur a trouvé un terrain d'entente et donné ce conseil pratique : « Si nous voulons avoir recours à la médecine factuelle, nous devrions l'utiliser le plus adéquatement possible. Cela signifie comprendre ses forces, de même que ses limites. Une compréhension approfondie de ces deux éléments entraînera une utilisation plus équilibrée de ses outils³⁵.

Nature des données probantes

Une grande partie du débat entourant la médecine factuelle et la pratique fondée sur des données probantes est liée à la nature et à la pertinence des données probantes qui sont recueillies et des méthodes de recherche utilisées pour produire ces données. La tenue d'une recherche inclut un certain nombre de facteurs : poser la bonne question, choisir la méthode de recherche la mieux adaptée pour répondre de façon fiable à la question de recherche, minimiser le biais et produire des résultats généralisables et reproductibles.

En général, les critiques perçoivent que les outils les plus couramment utilisés (essais cliniques contrôlés et randomisés [ECR], examens systématiques et méta-analyses) adoptent une approche plus étroite qui diminue la prise en considération d'autres types de données probantes, notamment, les demandes de renseignements naturalistes, les documents pertinents et les sources expérimentales³⁶.

Les défenseurs disent que ces préoccupations sont en fait une mauvaise interprétation, et affirment qu la médecine factuelle ne se limite pas aux ECR, aux examens systématiques et au méta-analyses, mais qu'elle permet de repérer les meilleures données probantes externes³⁷. Ils décrivent « les meilleures données probantes cliniques externes disponibles » comme une « recherche pertinente sur le plan clinique, souvent à partir des sciences fondamentales de la médecine, mais basée particulièrement sur la recherche clinique axée sur le patient portant sur l'exactitude et la précision des tests diagnostics (y compris l'examen clinique), le pouvoir des signes avant-coureurs et l'efficacité et la sécurité des régimes thérapeutiques, de réhabilitation et de prévention³⁸ ».

Parmi les autres préoccupations concernant les données probantes, certaines sont liées aux critères utilisés pour évaluer la qualité des données probantes. On retrouve un certain nombre d'échelles dans les écrits, et la plupart classent les données probantes selon le plan d'étude. Les plans d'étude qui comportent moins de risques de biais sont habituellement classés dans le haut de l'échelle³⁹. Certains auteurs indiquent que les échelles devraient être basées sur d'autres facteurs, notamment, la tenue de l'étude, l'uniformité des données probantes ou la pertinence clinique⁴⁰. Le Réseau-centre canadien Cochrane place les essais cliniques contrôlés et randomisés et les examens systématiques des essais cliniques contrôlés et randomisés au premier niveau des données probantes, et les études quasi-expérimentales au deuxième niveau des données probantes⁴¹.

Les écrits sont davantage axés sur les méthodes et les plans de recherche suivants.

Essais cliniques contrôlés et randomisés

Les essais cliniques contrôlés et randomisés (ECR), lesquels ont vu le jour dans le domaine médical, sont considérés comme les composantes de base de la connaissance clinique. La Cochrane Collaboration définit un ECR comme une « expérimentation dans le cadre de laquelle les chercheurs dirigent au hasard des personnes admissibles dans des groupes d'intervention où il subiront ou pas une ou plusieurs interventions qui sont comparées. Les résultats sont évalués par la comparaison des résultats dans les groupes de traitement et témoins⁴² ». Étant donné les méthodes rigoureuses utilisées pour contrôler le biais, les ECR assurent la recherche la plus valide et la plus fiable au sujet de l'efficacité d'une intervention⁴³. On procède plus couramment aux essais cliniques contrôlés et randomisés dans le but d'examiner l'efficacité de thérapies pharmaceutiques.

Même si les ECR sont connus comme étant l'« étalon-or » d'un plan de recherche, les critiques soutiennent que les « données probantes ne tiennent pas compte des complexités du caractère individuel de chaque patient⁴⁴ », et que la « pratique clinique soulève fréquemment des questions auxquelles les essais clinique randomisés ne peuvent pas facilement répondre⁴⁵ ».

De plus, les limites pratiques associées aux essais cliniques contrôlés son perçues comme ayant une incidence sur la pertinence des données probantes produites. Par exemple, les conditions de l'essai clinique sont perçues comme étant artificielles, et les résultats, exprimés à titre de moyennes, ne sont pas représentatifs de la variété des résultats observés chez les divers participants⁴⁶. Voici certaines autres limites des conditions de l'essai clinique : on a besoin d'un grand nombre de patients pour donner des résultats valides sur le plan statistique; de nombreuses conditions médicales et neurologiques ne sont pas convenables pour les essais cliniques et les patients qui sont trop vieux ou trop jeunes, ou qui souffrent de maladies coexistantes, ne sont habituellement pas inclus dans les essais cliniques⁴⁷.

Pour ce qui est de la promotion de la santé axée sur la collectivité, les limites incluent les problèmes éthiques et logistiques associés au maintien de la randomisation des sujets sur de longues périodes, l'absence de conditions expérimentales dans le contexte du monde réel, la contamination des sujets témoins et la nature multidimensionnelle des interventions pour la promotion de la santé⁴⁸.

Certains auteurs offrent des options pour remédier aux difficultés des ECR. McDonald suggère de considérer les essais cliniques randomisés comme étant seulement le « premier abord », lesquels sont ensuite suivis par un programme d'évaluation plus approfondi où le traitement a réellement lieu⁴⁹. Dans les écrits portant sur les toxicomanies, Nurco et Hanlon proposent un « niveau intermédiaire d'application des résultats de la recherche qui inclut la reproduction des procédures d'étude dans des contextes cliniques déterminés⁵⁰ ». Dans le même ordre d'idées, un examen systématique des études randomisées et non randomisées du traitement contre l'alcool a révélé qu'étant donné les « points forts et points faibles contrastants de ces études, elles devraient être

considérées comme des moyens complémentaires d'évaluation du traitement dans le domaine du traitement de l'alcoolisme, et peut-être de façon plus générale⁵¹ ».

Examens systématiques

Un examen systématique est défini comme suit :

un examen d'une question clairement formulée qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour déterminer, choisir et évaluer sur le plan critique une recherche pertinente, et recueillir et analyser des données provenant des études incluses dans l'examen. Les méthodes statistiques (méta-analyse) peuvent servir à analyser et à résumer les résultats des études incluses⁵².

Les examens systématiques permettent de résumer de grandes quantités d'information dans un format traitable, de déterminer où les résultats de la recherche sont uniformes et où ils varient et de résumer les données probantes fiables tirées de la recherche qui appuient les avantages et les risques de la pratique des soins de santé. Les examens systématiques diffèrent des recensions traditionnelles des écrits étant donné la conception stricte qui minimise les biais. Stevens et Ledbetter perçoivent les examens systématiques comme étant la « caractéristique principale » qui permet de faire la distinction entre le « nouveau paradigme » de la pratique fondée sur des données probantes et les efforts d'utilisation de la recherche précédents, notamment, les études individuelles et les recensions traditionnelles des écrits⁵³.

Ceux qui appuient les examens systématiques considèrent que l'utilisation de méthodes systématiques et explicites minimise les biais associés à la détermination, à la sélection et à la récapitulation des données probantes⁵⁴.

Parmi les préoccupations soulevées au sujet des examens systématiques, il y a les « méthodes d'interprétation, d'observation et descriptives qui ont couramment été exclues des examens ou qui sont classées comme étant des données probantes de faible niveau⁵⁵ ». La sous-estimation des données probantes tirées des écrits pertinents (même si la recherche n'est pas bien conçue) est également une autre préoccupation⁵⁶. Enfin, un auteur souligne qu'il est rare de trouver un examen systématique consacré aux effets indésirables⁵⁷.

Méta-analyse

La méta-analyse est définie comme « l'utilisation de techniques statistiques dans un examen systématique en vue d'intégrer les résultats des études incluses... [;] parfois utilisée comme synonyme des examens systématiques, où l'examen inclut une méta-analyse⁵⁸ ». Dans le cas des examens systématiques où une méta-analyse peut être menée, la synthèse quantitative des données provenant des différentes études assure un gain sur le plan de l'efficacité statistique. Manser et Walters citent un exemple indicatif de cet énoncé à partir des résultats d'une méta-analyse d'études contrôlées et randomisées portant sur la radiothérapie postopératoire en vue de déceler un cancer bronchopulmonaire « non à petites cellules ». Avant la méta-analyse, les écrits sur l'importance de la radiothérapie pour les patients ayant subi une résection chirurgicale

complète n'étaient pas concluants. Plusieurs petits essais cliniques ont révélé des résultats conflictuels; sur le plan individuel, ces études n'étaient pas suffisamment efficaces du point de vue statistique pour déterminer l'efficacité de l'intervention. Une méta-analyse a été menée, et les résultats ont révélé que la radiothérapie postopératoire avait un effet indésirable statistiquement considérable sur la survie⁵⁹.

La généralisation des constatations est un autre avantage de la méta-analyse. Par exemple, on peut avoir recours à la méta-analyse afin d'explorer dans quelle mesure les résultats de l'essai clinique s'appliquent aux différentes populations ou différents contextes. Dans l'exemple susmentionné, les examinateurs ont trouvé les preuves suivantes : l'effet de la radiothérapie postopératoire était plus préjudiciable chez les patients au stade premier de la maladie que chez les patients au stade secondaire.

Même si la méta-analyse est perçue dans les écrits comme offrant plusieurs avantages, certains auteurs font des mises en garde contre l'utilisation des résultats de la méta-analyse à titre de guides; les résultats devraient être interprétés avec précaution⁶⁰, et il y a certains dangers associés à une utilisation non critique des résultats⁶¹.

Drummond résume les mises en garde au sujet de la méta-analyse en mentionnant qu'elle « est seulement aussi bonne que les études sur lesquelles elle est basée ». Il remarque qu'il y a des faiblesses dans les examens méta-analytiques, de même que dans les études de traitement particulières. Il indique que même si la méta-analyse donne un aperçu utile de l'éventail des approches de traitement et qu'elle suggère les types de traitement pouvant être les plus efficaces, la méthode cache également des points faibles sur le plan méthodologique et des différences entre les essais cliniques de l'étude⁶². Il serait important de noter une préoccupation quant à la recherche non publiée dans les revues scientifiques et connue sous le nom de littérature « grise » ou d'« intérêt éphémère ». Williams et Garner affirment que pour tout domaine de recherche donné, il est impossible de déterminer le nombre d'études qui ont été menées mais qui n'ont jamais été diffusées. Ils avancent des hypothèses sur les effets de cela sur les conclusions des méta-analyses⁶³.

Plan quasi-expérimental

Le plan quasi-expérimental est une autre façon de structurer la recherche. Cette approche est convenable lorsque la randomisation n'est pas réalisable, et elle sert fréquemment à évaluer les programmes. Les plans quasi-expérimentaux sont une bonne approximation d'une « véritable expérimentation », et peuvent être réalisés dans un contexte naturel. Lorsqu'ils sont bien planifiés, les plans quasi-expérimentaux peuvent apporter des conclusions sur les relations de cause à effet et peuvent être réalisés dans un contexte naturel. En outre, les résultats sont généralisables puisque les sujets ne sont souvent pas au courant qu'ils font l'objet d'une étude. En général, ces plans 1) permettent d'observer les participants avant et après qu'ils aient subi une intervention (programme) ou d'analyser les observations à différents points dans le temps; 2) d'observer un groupe qui ne subit pas d'intervention (témoin) et de le comparer au groupe qui subit une intervention; ou 3) d'examiner un certain nombre de variables, certaines d'entre elles étant susceptibles d'être influencées par l'intervention, d'autres pas⁶⁴.

Il y a une certaine controverse concernant les données probantes au sujet de l'efficacité des interventions dans le domaine des soins de santé basées sur des études quasi-expérimentales et d'observation (QEO). Les résultats d'un examen systématique récent comparant les estimations de l'efficacité provenant d'ECR et d'études QEO ont recommandé que des normes pour la déclaration des études QEO soient introduites. L'examen a souligné qu'à long terme, on pourrait s'attendre à ce que de telles normes améliorent la norme de la recherche et de l'établissement des rapports⁶⁵.

Recherche qualitative

Dans un article traitant de la recherche qualitative et de la médecine factuelle, Popay et Williams font référence à Sackett, un des initiateurs de la médecine factuelle, afin d'illustrer la légitimité croissante de la recherche qualitative dans le mouvement de la médecine factuelle : « Selon la question, la recherche qualitative pourrait être la seule méthode appropriée à utiliser pour trouver une réponse valide et utile. Elle est en accord avec la philosophie de la MF (médecine factuelle)⁶⁶ ».

Les méthodes de recherche qualitative ont recours à un large éventail de stratégies de collecte des données, y compris l'observation du participant et les entrevues, les journaux personnels et les revues, à titre de sources de données visant à donner un aperçu de l'expérience et du comportement humain⁶⁷. La recherche qualitative « met l'accent sur le sens que les gens attribuent aux expériences, sur le lien entre connaissance, expérience et action et sur les facteurs sociaux qui façonnent ces processus⁶⁸ ». La recherche qualitative peut aider à comprendre pourquoi les gens continuent de fumer malgré les risques pour la santé ou pourquoi les cliniciens ne profitent pas des données probantes tirées de thérapies efficaces.

Popay et Williams résument certaines façons dont la recherche qualitative pourrait appuyer la médecine factuelle. Ces façons incluent notamment établir un lien entre la recherche qualitative et la recherche quantitative à titre de moyen visant à « comprendre pourquoi les interventions fonctionnent, à améliorer l'exactitude et la pertinence des études quantitatives, à déterminer les variables appropriées à étudier dans la recherche quantitative, à expliquer les résultats imprévus des travaux quantitatifs et à produire les hypothèses à évaluer grâce aux méthodes quantitatives ». La recherche qualitative peut contribuer à la médecine factuelle de nombreuses autres façons, notamment, explorer les pratiques « prises pour acquises » dans les soins de santé (comme les listes d'attente); donner un aperçu des facteurs qui façonnent le comportement clinique (comme une mauvaise application des innovations) et revenir sur les changements petits mais profonds apportés aux conditions des personnes, ce que des méthodes plus structurées ne permettraient pas de faire⁶⁹. Parmi les autres avantages de la recherche qualitative, notamment, les études d'observation, il y a le coût inférieur à celui de l'ECR, un plus large éventail de participants et un rôle dans les situations où les cliniciens et les patients ne sont pas disposés à accepter le mécanisme aléatoire de randomisation au moment de l'attribution du traitement⁷⁰.

Certains travaux ont commencé sur la synthèse des constatations des études qualitatives. Ce processus, connu sous le nom de « méta-synthèse », a permis de créer un cadre pour la

synthèse d'études non expérimentales multiples. De plus, la Cochrane Collaboration a créé le Groupe de travail sur les méthodes de recherche qualitative en vue de répondre aux questions liées à l'inclusion des données qualitatives dans les examens systématiques⁷¹.

En résumé, les écrits entourant les données probantes et les méthodes dont on se sert pour recueillir ces données probantes sont complexes. La citation suivante explique le débat en termes pratiques et donne une perspective pour ceux qui tentent de se retrouver dans le labyrinthe des articles et des opinions : « On doit reconnaître que toute donnée probante est seulement un outil, qui en bout de ligne nécessite un jugement humain. Utiliser les meilleures données probantes disponibles signifie avoir recours au large éventail de données disponibles, allant de l'anecdote et de l'expérience cliniques à la méta-analyse et à l'examen systématique des essais cliniques contrôlés et randomisés⁷² ».

2. Transfert de la recherche

Les écrits traitant des activités comme le transfert de la recherche, le transfert du savoir et la distribution de l'information incluent de nombreuses discussions de terminologie. Des efforts considérables sont déployés (et de nombreux articles rédigés) en vue de retracer l'évolution des termes et de discuter des différences entre savoir et recherche, diffusion et distribution, transfert et utilisation⁷³. Seulement quelques auteurs soulèvent dans leurs discussions la pratique fondée sur des données probantes. Toutefois, un auteur l'aborde brièvement, percevant la pratique fondée sur des données probantes comme étant plus vaste que la distribution de la recherche, la diffusion de l'innovation ou l'utilisation de la recherche, puisqu'elle comprend non seulement l'utilisation des constatations de la recherche, mais également d'autres formes de connaissances sur la pratique⁷⁴.

Thomas E. Backer, auteur de nombreux articles et livres sur ce sujet, souligne dans un récent article le besoin d'examiner à nouveau le langage par lequel nous définissons les activités de distribution, notamment, le transfert de la recherche et l'utilisation du savoir. Il souligne que dans le domaine de l'abus de substances et d'autres domaines connexes, on perd de l'énergie à débattre des distinctions qui sont sans importance, et que de tels débats cachent le véritable enjeu. Backer illustre la distribution dans le domaine de l'abus de substances comme étant trop similaire au scénario du film *Un jour sans fin*, dans lequel le personnage de Bill Murray revit sans cesse la même période de 24 heures.

Dans l'intérêt d'aller de l'avant, Backer décrit la distribution comme le déploiement d'« efforts stratégiques en vue de communiquer l'information au sujet des innovations, des programmes et des pratique exemplaires aux personnes, aux organismes et aux collectivités, et de les aider à relever les défis complexes associés à l'utilisation de cette information pour apporter des changements dans le monde réel ». Il fait valoir que les termes essentiellement synonymes incluent notamment le transfert de la technologie, la diffusion des innovations, le l'utilisation du savoir, l'utilisation de la recherche et le transfert du savoir. Peu importe le thème utilisé, Backer définit le véritable enjeu comme suit : Veiller à ce que les efforts incluent 1) la « distribution mécanique de l'information au sujet des pratiques ou des programmes novateurs » et 2) la « prestation d'une aide technique et d'autres ressources visant à aider les adoptants possibles à surmonter les

processus très complexes de prendre en considération et de mettre en œuvre une innovation⁷⁵ ».

Le présent document utilise le terme « transfert de la recherche » lorsque l'on traite des activités de distribution, notamment, la distribution de l'information, l'utilisation de la recherche et le transfert du savoir.

C. Dynamique du transfert des données probantes fondées sur la recherche dans les programmes d'intervention en matière de toxicomanie

1. Facteurs de l'amélioration des programmes

Dans le domaine des toxicomanies, il y a un certain nombre de facteurs qui agissent sur l'intérêt à l'égard de la pratique fondée sur des données probantes. Un des facteurs ressortis dans les années 90 est l'élan au sein des organismes gouvernementaux et subventionnaires vers une plus grande responsabilisation, et ainsi l'exigence de données probantes appuyant l'efficacité¹. En Alberta, par exemple, entre le début et le milieu des années 90, le gouvernement a axé ses activités sur la réduction de la dette et du déficit et sur l'introduction de la mesure du rendement et de la planification des activités. Suite aux réductions du budget (c.-à-d. efficience), l'attention a été portée vers l'efficacité des services². Aux États-Unis, les services qui ont été mis au point au cours des années 70 et 80 ont été restreints pendant les années 90. Par conséquent, la concurrence relative au financement s'est accrue, le financement des soins a changé et les demandes de responsabilisation et d'efficience forcent les organismes communautaires autonomes à se fusionner avec les hôpitaux et les régimes de santé ou à s'intégrer aux programmes de santé mentale³.

En même temps que les changements apportés aux organismes gouvernementaux et subventionnaires, les changements à la politique sur les soins de santé et à la prestation des soins de santé ont accordé un plus grande importance aux procédures normalisées de traitement, à la rentabilité et aux résultats⁴. Dans ce contexte, les praticiens de la collectivité sont de plus en plus sensibilisés à l'importance d'offrir des thérapies appuyées du point de vue empirique, puisque les sources de financement commencent à mettre l'accent sur les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires pour les programmes de traitement⁵.

2. Culture et changements systémiques

Les autres facteurs qui favorisent une plus grande attention aux données probantes et à l'efficacité sont des facteurs liés à la culture et aux changements systémiques dans le domaine des toxicomanies. Au cours des décennies précédentes, d'importants changements sont survenus : dans la base de connaissances scientifiques à partir de laquelle le domaine mène ses activités, dans la pléthore de substances contre lesquelles les organismes doivent lutter et dans les protocoles d'intervention et de traitement standard⁶. Simultanément, les systèmes de prestation de services en toxicomanie au Canada ont changé considérablement, en particulier au cours de la dernière décennie.

Au tout début des activités du domaine de traitement des toxicomanies, la croissance d'Alcooliques Anonymes et le Programme de rétablissement en 12 étapes ont été de grandes influences. À la fin des années 50, la plupart des provinces canadiennes avaient établi des services, des commissions ou des fondations visant à offrir ou à coordonner des services de traitement en toxicomanie. De nombreux nouveaux services ont été établis. Au milieu des années 60, il y a eu une expansion rapide des services en toxicomanie, y compris les centres de désintoxication, les programmes de traitement en clinique externe, les services en résidence de courte ou de longue durée et les services de suivi. En 1987, la Stratégie canadienne antidrogue, conçue à titre de partenariat multisectoriel, a été lancée. Cela a stimulé un large éventail d'activités, y compris le soutien des services novateurs de réadaptation et de traitement à l'échelle du pays. Au début des années 90, influencés par les changements à la structure des services de santé d'un bout à l'autre du pays et par un contexte général de dépenses réduites pour les services de santé, la plupart des services gouvernementaux de traitement de l'abus de substances ont été intégrés aux systèmes de prestation de services communautaires sociaux et en santé. Seulement trois provinces (Alberta, Manitoba et Ontario) ont maintenant des fondations ou des commissions spécialisées contre l'alcoolisme et l'abus de drogues⁷.

Au cours des dernières décennies, le Canada n'avait pas d'approche coordonnée en matière de recherche sur les toxicomanies. Le financement était « sporadique et offert coup par coup », et le partage de la recherche et des connaissances en a subi les effets⁸.

Puis, au printemps 2003, la Stratégie canadienne antidrogue a été renouvelée. Un des points saillants de la nouvelle stratégie est le financement des activités de recherche. De plus, à l'automne 2003, plus de 70 grands chercheurs canadiens, de même que d'autres spécialistes à l'échelle du Canada, se sont réunis pour mettre au point un programme de recherche stratégique sur les toxicomanies. Ce programme s'étend de la science fondamentale et clinique à la recherche sociale, culturelle et environnementale au sujet de l'alcool et des drogues illicites. Les participants à la tribune se sont entendus sur neuf orientations stratégiques que devrait prendre la recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada. « La recherche sur l'échange et la distribution des connaissances » représente une de ces orientations. Ce travail inclut le perfectionnement des connaissances au sujet des façons dont le public, les praticiens, les scientifiques et les décideurs peuvent échanger de l'information et des compétences⁹. Le renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue et l'élaboration d'un programme de recherche en toxicomanie offrent tous les deux des occasions de lier la recherche aux politiques et à la pratique au Canada.

De plus, il est important de noter les documents sur les « pratiques exemplaires » que Santé Canada publie depuis 1998. Les documents résument la recherche actuelle et l'opinion des spécialistes, y compris des recommandations de pratiques exemplaires. Ils visent à améliorer l'efficacité des programmes actuels et encouragent l'établissement de nouveaux programmes. Les documents traitent notamment des sujets suivants : la prévention des problèmes d'utilisation de substances chez les jeunes; le traitement d'entretien à la méthadone; les troubles concomitants; de même que le traitement et la réadaptation du grand public et des personnes âgées, des femmes et des jeunes.

Dans ce milieu changeant et complexe, les organismes de lutte contre les toxicomanies et autres services chargés de la prestation des programmes de traitement et de prévention doivent relever des défis de plus en plus considérables. Aux États-Unis, dix millions de dollars ont été attribués aux activités visant à relier la recherche et le traitement de l'abus de substances, et certains auteurs suggèrent qu'il serait peut-être temps de « combler l'écart » entre les chercheurs et les praticiens. Toutefois, même s'ils reconnaissent que les chercheurs et les praticiens commencent à suivre les mêmes pas de danse, il n'est toutefois pas clair, pour reprendre les mots d'un auteur, si la danse ressemblera à une valse ou plutôt à la danse « funky chicken »¹⁰.

3. Limites pratiques

En 1998, le United States Institute of Medicine a diffusé les constatations d'un comité chargé entre autres choses de faciliter les nouvelles stratégies visant l'établissement de partenariats entre les organismes de traitement communautaires et le milieu de la recherche. Le comité a constaté qu'un des facteurs inhibiteurs était une base de connaissances inadéquate au sujet du transfert de la recherche propre au domaine des toxicomanies¹¹. Néanmoins, les écrits donnent un certain aperçu des facteurs qui limitent le passage de la recherche à la pratique.

Facteurs individuels

Pour commencer, la connaissance ne garantit pas des changements à la pratique. Des articles sur le transfert de la recherche font souvent référence à l'intégration des agrumes dans le régime des marins britanniques afin d'illustrer combien de temps est nécessaire pour que la recherche soit mise en œuvre. Estabrooks écrit : « *Nous en savions suffisamment* au sujet du scorbut 263 ans avant que la Marine marchande britannique introduise les agrumes à titre de complément alimentaire régulier dans les régimes des marins. Si le fait d'en savoir suffisamment à ce sujet était tout ce qu'il nous fallait, un grand nombre de maladies et de pestes sociales de la société contemporaine auraient été éliminées¹² ». Même si le monde a fait d'importants progrès technologiques quant à la gestion et à la distribution de l'information depuis le temps où l'on a essayé d'implanter les agrumes dans les régimes des marins, la technologie dépend encore des personnes. Certains des facteurs qui ont freiné l'adoption des données probantes sur le scorbut sont encore présents aujourd'hui. Le fait de simplement compiler les données probantes et de les publier, et même de les diffuser largement sur Internet, n'est pas suffisant.

Marinelli-Casey et ses collègues en sont venus à la conclusion suivante : les facteurs humains, notamment, les croyances, les attitudes et les valeurs influencent la décision de mettre en œuvre de nouveaux traitements¹³. Ces facteurs ont également une incidence sur le soutien accordé aux données probantes. Par exemple, avoir une impression que les données probantes fondées sur des essais cliniques contrôlés et randomisés ne tiennent pas compte des données probantes provenant de la recherche qualitative et non expérimentale peut représenter un obstacle au transfert du savoir¹⁴.

La différence des points de vue chez les chercheurs, les praticiens et les décideurs influence également l'utilisation et la distribution du savoir. Par exemple, le Comité du

US Institute of Medicine a constaté que les chercheurs considèrent que de nombreuses innovations attribuables à la recherche ont amélioré le traitement de l'abus de drogues, et ils croient que les résultats pour le patient seraient considérablement améliorés si les modalités évaluées par la recherche étaient entièrement utilisées dans le traitement¹⁵. D'autres signalent que les chercheurs accordent une grande importance à la méthode scientifique, aux données empiriques et aux pratiques fondées sur des données probantes¹⁶.

Les praticiens ont différents points de vue. Ils peuvent percevoir le programme scientifique comme étant ésotérique, stérile et détaché de la réalité¹⁷. Devant relever le défi d'offrir de services quotidiennement, ils peuvent considérer que le remboursement n'est pas suffisant pour permettre la mise en œuvre de nouvelles pratiques, ou que de nombreux essais cliniques excluent les catégories de patients qui sont les plus courantes au sein des organismes communautaires. Par conséquent, ils ne considèrent pas que les constatations tirées de telles recherches sont pertinentes¹⁸.

Un autre facteur est l'hétérogénéité des perspectives de base, cliniques et en matière de formation des cliniciens. Les différences individuelles au chapitre des antécédents professionnels (éducation, formation, années d'expérience, orientation du traitement) et personnels (état de rétablissement) peuvent considérablement influencer le succès de l'une ou l'autre des approches du transfert de la recherche¹⁹.

Certains auteurs prétendent que pour que le transfert de la recherche soit efficace, il est important de comprendre ces facteurs. Ball et ses collaborateurs ont interrogé des cliniciens de différents programmes de traitement et de différentes orientations qui s'étaient portés bénévoles pour une formation sur l'entrevue motivationnelle ou la thérapie d'amélioration. Les résultats de l'étude ont révélé que l'allégeance des cliniciens envers certaines écoles de thérapie était liée à leur niveau de scolarité et à leur état de rétablissement. Par exemple, les conseillers ayant eux-mêmes vécu un rétablissement ont intégré plus de principes en 12 étapes dans leur traitement, tandis que les conseillers qui ont simplement suivi un certain niveau de formation ont intégré davantage de travaux psychodynamiques. Une des constatations notables était qu'un plus grand nombre d'années d'expérience de counselling était lié à un plus grand appui de diverses techniques de counselling d'orientations théoriques différentes. Cela suggère que les conseillers en toxicomanie plus expérimentés étaient plus souples, plus ouverts ou avaient une attitude intégrative dans leur conceptualisation et leur traitement des toxicomanies²⁰.

Facteurs organisationnels

Certaines recherches ont traité des facteurs liés à la dynamique organisationnelle. Un de ces facteurs est le niveau de compétence du personnel. Dans le cadre d'un examen des écrits portant sur la recherche psychiatrique, on s'est interrogé à savoir pourquoi certains membres du personnel qui traitent des personnes atteintes d'une maladie mentale n'ont pas recours à la pratique fondée sur des données probantes. L'examen a révélé que les membres du personnel étudiés manquaient de connaissances et de compétences pour assimiler les pratiques et que des variables comme l'épuisement professionnel amoindrissaient leur intérêt à l'égard de pratiques novatrices. L'examen a également

révélé que certaines dynamiques organisationnelles, notamment, un mauvais leadership, une culture opposée au changement, un soutien collégial insuffisant et des contraintes bureaucratiques, gênaient la capacité des équipes de traitement de mettre en œuvre et de maintenir des approches novatrices²¹.

Facteurs décisionnels

Un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt dans les écrits est l'utilisation de la recherche dans la prise de décisions et l'élaboration de politiques. Dans le cadre de deux conférences canadiennes récentes sur le transfert de la recherche en santé, on en est venu à la conclusion que même si l'objectif du transfert de la recherche est de rendre les données probantes tirées de la recherche accessibles aux planificateurs et aux décideurs, toutes les décisions ne sont pas basées sur des données probantes, et les données probantes tirées de la recherche recueillies pour une politique donnée sont toujours sujettes au contexte et aux valeurs. Des facteurs allant des pressions émotives aux pressions budgétaires en passant par la pression des pairs et la politique jouent tous un rôle important²².

Un examen systématique a résumé l'utilisation des données probantes tirées de la recherche par les décideurs en santé. Les obstacles les plus couramment signalés étaient les conflits de pouvoirs et les pressions budgétaires. Le manque d'actualité et de pertinence de la recherche a également été signalé²³. Les résultats d'une étude qualitative sur les facteurs qui facilitent ou qui gênent le processus d'élaboration de politiques fondées sur des données probantes au niveau local dans le National Health Service du R.-U. ont également révélé que les données probantes tirées de la recherche sur la prise de décisions étaient tempérées en raison de facteurs comme les contraintes financières et les échelles de temps changeantes. L'étude a indiqué que la recherche était plus susceptible d'avoir une incidence sur la politique de façon indirecte, y compris façonner le débat politique et servir d'intermédiaire dans le dialogue entre les fournisseurs de services et les utilisateurs²⁴.

Le manque de temps, la surcharge d'information et le type d'information habituellement utilisée par les décideurs sont également des facteurs associés à l'application de la recherche fondée sur des données probantes. Pour ce qui est du manque de temps, les médecins ont habituellement moins d'une heure par semaine pour lire. Ce facteur est d'autant plus compliqué par leur manque de formation sur l'évaluation de la recherche publiée²⁵. En ce qui a trait à la surcharge d'information et au type d'information, le Comité du US Institute of Medicine a déclaré que les décideurs, frustrés en raison du débordement de matériel, ont tendance à se fier aux sources connues afin de choisir et de résumer l'information au fur et à mesure que les enjeux surviennent²⁶.

Facteurs communautaires

Les défis qui influencent le transfert des données probantes fondées sur la recherche dans les programmes au niveau communautaire ont été abordés de façon limitée dans les écrits. Les résultats d'un sondage auprès des directeurs, des évaluateurs et des consultants de projets de prévention ont permis de déterminer les raisons de l'écart entre les

programmes de recherche et de prévention. Ces raisons incluent différents antécédents, différentes formations, différents points de vue sur la prévention, le manque de réceptivité au niveau de la collectivité et les obstacles au niveau du système, notamment, les intérêts politiques concurrents et les différentes priorités de financement²⁷. Une autre raison de l'adoption limitée des programmes de prévention fondés sur des données probantes est associée au nombre même de stratégies et de programmes et aux renseignements conflictuels qui déterminent les stratégies et les programmes qui sont « fondés sur la recherche »²⁸.

Les résultats de recherches récentes ont permis de déterminer plusieurs obstacles au maintien ou à l'« institutionnalisation » des efforts de prévention communautaires. Parmi ces obstacles, il y a la perception des leaders communautaires d'un manque de prise en charge pour continuer les travaux de prévention; la préparation insuffisante des leaders communautaires pour l'adoption de programmes fondés sur des données probantes; la tendance à continuer d'avoir recours à une approche inefficace étant donné les coûts déjà encourus; et la perception générale qu'aucune approche prescrite fondée sur des données probantes ne fonctionnera puisque chaque collectivité a des besoins particuliers²⁹.

Un des facteurs du transfert réussi de la recherche au sein des collectivités est de veiller à ce que les éléments qui ont contribué au succès d'un programme ne soient pas dilués³⁰. Au cours des 20 dernières années, plusieurs programmes complets et d'envergure à l'échelle de la collectivité ont eu une grande influence sur le façonnement des programmes communautaires³¹. Ces programmes incluent le Five-City Project de Stanford (un programme éducatif sur les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire), le Heart Health Project du Minnesota et le Project Northland (un programme de prévention de l'alcoolisme pour les jeunes adolescents). Même si des programmes complets à l'échelle de la collectivité comme les programmes susmentionnés ont démontré des effets positifs pour les comportements liés à la santé, afin d'atteindre l'objectif fixé, les éléments de base des interventions doivent être adéquatement mis en œuvre. Par exemple, afin de réduire les comportements problématiques des adolescents au sein d'une collectivité, les interventions doivent atteindre suffisamment de jeunes de la collectivité pour susciter un résultat³². De plus, les interventions doivent être suffisamment conformes au modèle d'origine afin de préserver les mécanismes de changement du comportement qui l'ont rendu efficace. Par exemple, un programme social de 16 semaines pour le perfectionnement des compétences en résolution de problèmes qui a été efficace dans la prévention de l'abus de drogues ne sera pas tout aussi efficace si seulement la moitié des leçons sont appliquées³³.

Parmi les autres défis liés à la prestation des programmes au sein de la collectivité, il y a l'utilisation de canaux existants, notamment, le système scolaire. Par exemple, les programmes de prévention peuvent ne pas correspondre à la perspective de l'école en ce qui a trait au rendement scolaire, où certaines composantes du programme pourraient en pas être offertes en raison du manque d'aisance des enseignants à l'égard de l'approche nécessaire³⁴.

Résumé des limites pratiques

Même si la base de recherches est limitée, les limites pratiques dont on a constaté l'influence sur l'application de la recherche fondée sur des données probantes sont complexes et variées. Ces limites incluent les éléments suivants.

- Des facteurs humains, notamment, les croyances, les attitudes et les valeurs; les différents points de vue entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs; l'hétérogénéité des perspectives de base, cliniques et en matière de formation des praticiens.
- Des facteurs organisationnels, notamment, un personnel n'ayant pas les connaissances et les compétences nécessaires; des variables comme l'épuisement professionnel; de même que d'autres dynamiques, notamment, un mauvais leadership, une culture hostile au changement et les contraintes bureaucratiques.
- Des facteurs décisionnels, notamment, le manque de temps, la surcharge d'information, les pressions budgétaires et les considérations politiques.
- Des facteurs communautaires, notamment, différents antécédents et différentes formations; différents points de vue sur la prévention; un manque de réceptivité de la collectivité, des intérêts politiques concurrents et différentes priorités de financement.

D. Éléments à prendre en considération pour améliorer le passage de la recherche à la pratique

1. Établir un équilibre entre les données probantes fondées sur la recherche et la pratique

Que peut tirer le domaine des toxicomanies du débat axé sur les données probantes dans le domaine médical? De quelle façon les données probantes fondées sur la recherche peuvent-elles être équilibrées avec la pratique? Une certaine sagesse et une certaine perspective se dégagent du récit suivant :

Le service était plein, alors, je l'ai amené dans ma salle puisqu'il était moribond et qu'il criait, et puisque je ne voulais pas réveiller tout le service. Je l'ai examiné. Il souffrait d'une formation majeure évidente de cavernes bilatérales et de frottement pleural grave. Je pensais que le frottement pleural était la cause de la douleur et des cris. Je n'avais pas de morphine, seulement de l'aspirine, ce qui n'a eu aucun effet. J'étais désespéré. À cette époque, je parlais très peu le russe et personne du service ne parlait cette langue. En bout de ligne, je me suis d'instinct assis sur le lit et je l'ai pris dans mes bras. Les cris ont presque aussitôt cessé. Il est mort paisiblement dans mes bras quelques heures plus tard. Ce n'est pas la pleurésie qui a causé les cris, mais la solitude. Cette expérience a été un enseignement extraordinaire sur les soins à prodiguer aux mourants. J'avais honte de mon mauvais diagnostic¹.

Le médecin de ce récit est Archie Cochrane, racontant le temps qu'il a passé dans un camp de prisonniers de la Deuxième Guerre mondiale. Cochrane indique que cet épisode

a été un enseignement extraordinaire sur les soins à prodiguer aux mourants. Le récit donne également une perspective sur la pratique fondée sur des données probantes. Il illustre l'importance de maintenir l'attention sur le client ou le patient, et montre que dans certains cas, les interventions efficaces sont fondées sur l'instinct, plutôt que sur des données probantes. Ces deux points sont importants pour le domaine des toxicomanies. Ils sont davantage illustrés par Finney, qui écrit sur les limites du recours aux essais cliniques sur le traitement de l'alcoolisme afin d'élaborer des lignes directrices sur la pratique :

Il ne sera jamais possible (ni souhaitable) de traduire la recherche en pratique de façon à préciser ce qui devrait être fait pour chaque patient, à tout moment, à chaque rencontre avec un fournisseur dans le cadre du traitement du patient. Le traitement sera toujours un art clinique et une science. Probablement, cela explique pourquoi le terme « lignes directrices » sur la pratique est utilisé, plutôt que prescriptions en matière de pratique².

À titre de « voie à suivre », un modèle qui a été proposé pour le domaine du travail social s'applique au domaine des toxicomanies. Frost propose un modèle pragmatique de création de politiques et de pratiques qui reconnaît que dans le vrai monde de la recherche en matière de politiques et de pratiques, les données probantes doivent se situer dans une certaine marge d'autres facteurs considérables. Le modèle « RPDR » tente de prouver que la politique et la pratique sont déterminées par un processus complexe et dynamique qui combine les influences des résultats de la recherche et de l'évaluation (R), des positions idéologiques (P), des différends politiques (D) et des réalités économiques (R). (De plus, l'acronyme anglais (RIPE) suggère que lorsque certains facteurs sont réunis, le temps pourrait être « mur » pour un changement.) Le modèle RPDR tente de fournir un cadre qui reflète les complexités de la prise de décisions dans la réalité³.

De quelle façon les « meilleurs » aspects du mouvement de la médecine factuelle peuvent-ils être appliqués de façon à améliorer le passage de la recherche à la pratique dans le domaine des toxicomanies? Même s'il ne sera jamais possible de traduire la recherche en pratique de façon à préciser ce qui devrait être fait dans chaque situation, les outils et les concepts de la pratique fondée sur des données probantes peuvent donner une certaine orientation dans l'élaboration des programmes et des politiques. La réponse peut peut-être se trouver dans cette récente citation tirée du Bulletin de la Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, *Developments*: « Les pratiques exemplaires devraient être bien plus qu'un objectif ou qu'un résultat; elles devraient être une philosophie, une attitude encrée qui influence les mesures prises à chacune des étapes du processus⁴ ».

2. Faire progresser le transfert de la recherche

Les écrits sur le transfert de la recherche sont malheureusement inconcluants à propos des stratégies qui sont les plus efficaces. Le transfert de la recherche dépend d'un certain nombre de facteurs; en outre, dans un contexte plus large, il dépend des personnes. Même si la recherche se limite aux rôles des organismes et des personnes dans la facilitation du transfert de la recherche, la section suivante présente ce que nous savons sur la

facilitation du transfert de la recherche et suggère des mesures à prendre pour aller de l'avant.

Créer des relations et encourager le dialogue

Une des principales théories proposées pour faciliter le transfert de la recherche est l'importance de créer des liens entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs, et d'encourager le dialogue soutenu entre ces groupes⁵. Certaines recherches empiriques appuient cette théorie. Les résultats d'un examen systématique ont révélé qu'un des facteurs les plus couramment déclarés qui facilitent l'utilisation de la recherche chez les décideurs en santé était le contact personnel⁶. Les études de cas suggèrent que la distribution est améliorée si les chercheurs incluent les gestionnaires et les décideurs dans l'élaboration du cadre de recherche et son orientation, et si les chercheurs assument leurs responsabilités pour que leur recherche soit traduite en politique⁷. Les résultats d'un programme d'un chercheur en établissement ont révélé que de brèves visites d'aide technique stimulaient l'adoption d'améliorations fondées sur la recherche dans la pratique clinique sur de nombreux sites participants⁸.

Le défi est de trouver des façons pratiques de créer des liens et d'encourager le contact personnel et la collaboration entre les chercheurs, les décideurs et les praticiens. L'Institut canadien d'information sur la santé suggère de favoriser la collaboration des décideurs dès le début de la recherche et de maintenir cette relation grâce à l'établissement de groupes de travail collaborateurs⁹. Shanley et ses collègues citent une approche que l'on appelle « interactivité soutenue ». Cette approche inclut des échanges multiples entre les chercheurs et les utilisateurs éventuels à différentes étapes de l'étude, de la planification à l'analyse de résultats, en passant par la distribution. Elle encourage les chercheurs à collaborer avec les praticiens de façon pratique et continue, notamment, visiter les organismes, obtenir des conseils auprès d'eux, concevoir des formulaires et recueillir des données, et discuter des résultats et les consigner, d'une façon qui sera utile pour les praticiens¹⁰.

Le Comité du US Institute of Medicine, examinant des façons de « combler l'écart » entre la pratique et la recherche, a trouvé seulement quelques exemples d'études où les questions de recherche sont présentées par les fournisseurs de traitement. Toutefois, le Comité a cité les « réseaux de recherche fondés sur la pratique » à titre d'exemple de collaboration. Ces réseaux existent dans plusieurs branches de la médecine et sont composés de cliniciens actifs qui collaborent à la collecte des données et à la tenue des recherches. Et, mettant clairement l'accent sur le besoin de collaboration entre les chercheurs et les fournisseurs de traitement, le comité recommande d'abord la création de programmes de traitement axés sur la collectivité visant à rechercher la « collaboration avec les chercheurs ». Il recommande ensuite que les chercheurs encouragent et, au besoin, recherchent des « occasions de collaboration avec les organismes de traitement contre les drogues axés sur la collectivité¹¹ ».

Le programme du « chercheur en établissement » donne de plus amples détails sur la création de liens entre les chercheurs et les praticiens, et sur le rôle des facteurs organisationnels, notamment, la gestion clinique et le roulement du personnel¹². Le

programme était une initiative conjointe du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), du Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), du New York Office of Alcoholism and Substance Abuse Services (OASAS) et des Alcoholism and Substance Abuse Providers de l'État de New York (ASAP). Le programme avait comme objectif d'encourager l'adoption d'améliorations fondées sur la recherche dans le traitement de l'alcoolisme. Le NIAAA, le CSAT, le OASAS et les ASAP ont tenté d'atteindre cet objectif en invitant les scientifiques dans le domaine de la recherche à faire de courtes visites dans les cliniques de traitement de l'alcoolisme. Dans le cadre de ces visites, les scientifiques ont apporté aux directeurs cliniques et à leur personnel de l'aide technique sur certaines améliorations fondées sur la recherche dans la pratique clinique. Les directeurs cliniques ont par la suite apporté les changements organisationnels nécessaires en vue d'adopter ces améliorations à titre de composante régulière de leur régime de traitement. Le programme a été mis à l'essai à six emplacements dans l'État de New York au cours de l'année 2000. Les résultats de l'examen du projet ont révélé que les facteurs qui ont contribué à l'adoption d'améliorations fondées sur la recherche incluaient entre autres l'esprit d'initiative des directeurs cliniques, le leadership de la gestion supérieure de la clinique et les compétences en communication des chercheurs effectuant les visites. Les obstacles à l'adoption d'améliorations fondées sur la recherche étaient notamment le roulement du personnel et la mauvaise perception que le projet était une étude de recherche.

Shrivastava et Mitroff, rédigeant dans les écrits de gestion, font valoir que la différence des hypothèses formulées par les décideurs et les chercheurs représente un des défis associés à l'utilisation de la recherche dans la prise de décisions¹³. Ils citent un article dans lequel on détermine que ce qui est intéressant pour un auditoire (les chercheurs) ne stimulera ou n'excitera probablement pas un autre auditoire (les décideurs), à moins qu'ils partagent les mêmes hypothèses¹⁴. Les auteurs présentent le concept des « cadres de référence » pour l'analyse des différences entre les hypothèses formulées par les décideurs et les chercheurs. D'abord et avant tout, les chercheurs et les décideurs doivent reconnaître qu'ils ont des hypothèses différentes.

Parmi les autres stratégies préconisées dans les écrits pour encourager le dialogue, il y a notamment la tenue de petites conférences entre les cliniciens et les chercheurs et la tenue d'importants forums annuels de distribution sur les résultats de recherche¹⁵.

En résumé, les chercheurs, les praticiens et les décideurs ont tous des responsabilités à assumer dans le but d'améliorer le transfert de la recherche. Parmi les méthodes visant à soutenir le dialogue entre les groupes, on compte les suivantes : encourager les chercheurs, les praticiens et les décideurs à participer de façon pratique et soutenue, tenir de petites conférences entre les cliniciens et les chercheurs et de grands forums annuels de distribution sur les résultats de recherche.

Engagements des organismes subventionnaires et de recherche

Réunir les chercheurs et les praticiens afin de discuter des enjeux et faire collaborer les praticiens et les décideurs plus étroitement dans les projets de recherche sont des aspects importants du transfert de la recherche. Toutefois, certains changements plus vastes

apportés par les organismes subventionnaires et les organisations de recherche sont également nécessaires. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé a relevé un certain nombre de méthodes pour encourager l'application des résultats de la recherche. Ces méthodes incluaient notamment la création d'une stratégie de transfert de la recherche dans chaque projet, l'emploi de spécialistes dans le transfert de la recherche et l'appui de recherches empiriques portant sur le transfert des résultats de la recherche¹⁶.

Dans le même ordre d'idées, d'autres font valoir que les subventions pour la recherche devraient inclure une composante sur le transfert de la recherche, que des incitations devraient être offertes aux chercheurs de façon à mettre l'accent sur l'application pratique de leurs constatations¹⁷ et que la distribution devrait être soigneusement prise en considération à l'étape de conception des projets de recherche¹⁸. Comme exemple d'engagement organisationnel envers le transfert de la recherche, on peut citer une stratégie utilisée par le Département de l'Agriculture des États-Unis : leur système d'agent d'expansion de l'agriculture s'est engagé à dépenser un dollar pour la distribution pour chaque dollar dépensé pour la recherche¹⁹.

En résumé, on devrait prendre considération de soutenir le transfert des résultats de la recherche par un engagement similaire au soutien actuellement offert aux études de recherche. Par éléments de soutien, on entend inclure des stratégies de distribution dans les étapes de proposition et de planification des projets de recherche et offrir des incitations aux chercheurs afin qu'ils puissent mettre l'accent sur les applications pratiques de leurs constatations.

Méthodes pour appuyer le transfert de la recherche

Plusieurs études indiquent qu'une meilleure proposition et qu'une meilleure synthèse de la recherche amélioreront le transfert de la recherche. Dans le cadre d'un sondage auprès des décideurs locaux au Royaume-Uni, on a déterminé que les résumés des écrits disponibles étaient un outil utile pour produire des politiques locales en matière de santé²⁰. Présenter les pratiques fondées sur des données probantes de sorte que les interventions soient plus accessibles et plus conviviales est recommandé pour les fournisseurs de services dans le domaine de la santé mentale²¹. En se basant sur cela, l'analyse environnementale de l'Institut canadien d'information sur la santé a permis de déceler le besoin d'un large éventail de produits de recherche appropriés pour les divers auditoires cibles et d'insister sur une meilleure utilisation des sites Web²².

En général, les écrits considèrent que publier et distribuer les résultats de la recherche (sous la forme de résumés ou de lignes directrices) est une façon efficace de transférer la recherche seulement si ces résumés ou lignes directrices sont accompagnés d'autres formes de soutien²³. Dans le cadre d'un examen systématique, on a évalué l'efficacité des interventions pour ce qui est d'influencer la mise en œuvre des lignes directrices et l'adoption d'innovations dans la pratique générale. Les résultats de l'examen ont révélé que toutes les interventions démontrent des différences considérables sur le plan de leur efficacité. Néanmoins, les auteurs en sont venus à la conclusion suivante : la combinaison du transfert de l'information (grâce au matériel de lecture, à l'éducation en groupe, etc.) et de l'apprentissage grâce à l'influence sociale (instruction individuelle, groupes

d'examen par les pairs) ou au soutien à la gestion (ressources, incitations) peut être efficace, tout comme les rappels ou la rétroaction²⁴.

En 2002, Howard Research a examiné les écrits liés à la distribution et à la mise en œuvre efficaces des lignes directrices relatives à la pratique clinique pour les médecins. Parmi les interventions qui ont révélé un certain succès, il y avait l'engagement des leaders d'opinion locaux, la mise en évidence de composantes qui représentent un changement considérable à la pratique, des stratégies d'apprentissage actif, des processus d'influence par les pairs, des ajustements locaux et régionaux, la reconnaissance et l'élimination des obstacles et les incitations (comme le maintien du crédit pour études). L'examen a également abordé l'utilisation de méthodes multiples²⁵.

Il semble que même si le fait de résumer la recherche dans un format approprié pour l'auditoire ciblé encourage la distribution, d'autres efforts doivent être déployés. Afin d'encourager des groupes comme les praticiens et les décideurs à considérer l'adoption et la mise en œuvre de données probantes fondées sur la recherche, les résumés et lignes directrices doivent être combinés à d'autres interventions, notamment, l'instruction individuelle, l'engagement des leaders d'opinion locaux et la prestation d'incitations. De plus, il est important de suivre une approche transparente et de reconnaître les composantes qui représentent un important changement à la pratique et d'autres obstacles.

Le transfert de la recherche au sein des organismes et des collectivités

Les écrits liés aux programmes communautaires révèlent un écart entre les programmes de prévention communautaires et de recherche. Ils traitent de certaines de raisons, des défis et des facteurs à prendre en considération au moment de transférer les interventions fondées sur des données probantes au sein des collectivités. Même si on en sait très peu sur les processus qui influencent les coalitions communautaires à mettre en œuvre des stratégies de prévention fondées sur la science, un des facteurs du transfert aux fournisseurs de la collectivité des interventions de prévention efficaces fondées sur la science consiste à clairement expliquer les éléments d'une intervention qui ont contribué à sa réussite²⁶. Veiller à ce que les composantes qui ont contribué à la réussite des programmes ne soient pas diluées²⁷ et déterminer un « défenseur » local au sein de la collectivité²⁸ représentent deux autres facteurs.

Enfin, un certain aperçu se dégage des études portant sur la « diffusion des innovations ». Ces études indiquent que la mise en œuvre à grande échelle des interventions novatrices dépend de deux conditions : les membres de la collectivité doivent d'abord reconnaître un problème ou un besoin et ils doivent par la suite mettre en application la nouvelle idée sous une forme qui permet de régler les problèmes comme ils le perçoivent²⁹. L'engagement local est perçu comme un élément essentiel des interventions de promotion de la santé communautaire réussies³⁰. Il représente également un facteur essentiel de la recherche communautaire.

En ce qui a trait au transfert de la recherche au sein des organismes, de même que dans les collectivités, Backer résume quatre conditions, ou principes, qui doivent être respectés pour que les activités de transfert de la recherche suscitent un changement systémique :

1. Les personnes et organismes doivent être au courant que la nouvelle information existe et qu'ils y ont accès.
2. Il doit y avoir suffisamment de preuves crédibles que l'adoption de l'innovation (c.-à-d. nouveau programme de prévention) entraînera une pratique améliorée sans coûts excessifs et sans effets secondaires indésirables. (Une réussite antérieure du transfert de la technologie pourrait être la meilleure preuve.) Plus particulièrement, des preuves sont nécessaires au sujet de la réceptivité de l'innovation à transférer, de l'état de préparation des adoptants et de leurs collectivités à la recevoir et de la capacité de l'innovation d'assurer une réussite continue au fil du temps.
3. L'argent, le matériel et les personnes nécessaires à la mise en œuvre de la nouvelle technologie ou pratique doivent être disponibles.
4. Des interventions actives sont nécessaires pour vaincre la résistance, les peurs et les anxiétés au sujet du changement chez les personnes qui devront mettre en œuvre l'innovation. Ces interventions doivent être combinées à d'autres efforts visant à développer l'engagement et l'appartenance de l'utilisateur dans le façonnement de la nouvelle technologie ou pratique et à récompenser les personnes et les groupes qui adoptent l'innovation³¹.

À partir de ces principes, Backer et ses collègues ont mis au point les stratégies suivantes :

1. *Contact interpersonnel.* Pour qu'une innovation soit utilisée dans de nouveaux contextes, il doit y avoir un contact personnel direct entre ceux qui adopteront l'innovation et ses promoteurs ou autres ayant une connaissance de l'innovation.
2. *Planification et prévision conceptuelle.* Un plan stratégique bien élaboré sur la façon dont une innovation sera adoptée dans un nouveau contexte, y compris porter une attention aux problèmes de mise en œuvre possibles et sur la façon dont ils seront abordés, est essentiel pour relever les défis associés à l'adoption d'une innovation et au changement soutenu.
3. *Consultation externe sur le processus de changement.* Une consultation peut assurer une aide pratique et conceptuelle dans la conception efficace de l'effort d'adoption ou de changement et offrir une certaine objectivité au sujet de la probabilité de succès, des coûts, des effets secondaires possibles, etc.
4. *Transformation de l'information axée sur l'utilisateur.* Ce qui est connu au sujet d'une innovation doit être traduit dans un langage que les utilisateurs éventuels peuvent facilement comprendre, abrégé de sorte que le champ de l'attention ne soit pas excédé, et présenté de façon à se concentrer sur les principales questions, à savoir « Est-ce que cela fonctionne? » et « De quelle façon peut-on reproduire l'innovation? »
5. *Défenseurs individuels et organisationnels.* Les chances de l'adoption réussie d'une innovation sont beaucoup plus grandes si les adoptants éventuels

d'influence (leaders d'opinion) et les leaders organisationnels ou communautaires font preuve d'enthousiasme à l'égard de son adoption.

6. *Participation des utilisateurs éventuels.* Tous ceux qui seront touchés par les résultats de l'innovation doivent participer à la planification de l'adoption de l'innovation, tant pour obtenir des suggestions sur la façon d'appliquer l'adoption efficacement que sur la façon de faciliter l'engagement du nouveau programme ou de la nouvelle activité³².

Perfectionnement de la main-d'œuvre

Un nouveau concept fait son apparition dans le secteur de la santé et le domaine des toxicomanies en réponse au besoin de développer une main-d'œuvre adéquate qui saura relever les défis actuels. Le « perfectionnement de la main-d'œuvre » offre des occasions de faciliter le transfert de la recherche au niveau systémique et de l'organisation. Les défenseurs du perfectionnement de la main-d'œuvre soulignent qu'afin de créer une main-d'œuvre adéquate, un important changement de paradigme est nécessaire pour s'éloigner d'une orientation exclusive sur la formation et se recentrer sur une orientation qui comprend le perfectionnement organisationnel, la gestion du changement, le transfert du savoir fondé sur des données probantes et le perfectionnement des compétences³³.

Le perfectionnement de la main-d'œuvre suscite une plus grande attention en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, où il est connu comme une « réforme de la main-d'œuvre ». Les plans d'action nationaux sur les drogues illicites et l'alcool de l'Australie ont déterminé que le perfectionnement de la main-d'œuvre était essentiel au maintien des stratégies des plans.

Roche, qui a beaucoup écrit sur le perfectionnement de la main-d'œuvre, mentionne qu'il a comme objectifs d'« améliorer le fonctionnement de l'ensemble de la main-d'œuvre affectée au traitement contre l'alcool et les autres drogues en abordant les systèmes et les structures qui façonnent cette main-d'œuvre³⁴ ». Parmi les facteurs structurels et en matière de systèmes, il y a les politiques, le financement, le recrutement, le maintien de l'effectif et les incitations. Des lignes directrices officielles sur l'éducation, la formation, le mentorat, l'apprentissage en cours d'emploi et les pratiques exemplaires comptent au nombre des méthodes visant à améliorer le fonctionnement professionnel individuel³⁵.

Le perfectionnement de la main-d'œuvre offre des occasions de faciliter le transfert de la recherche, de mettre en œuvre la pratique fondée sur des données probantes et de remédier aux obstacles aux niveaux organisationnel et systémique. Par exemple, les perspectives différentes des chercheurs et des praticiens représentent un obstacle au transfert de la recherche. Pour utiliser le perfectionnement de la main-d'œuvre afin d'éliminer cet obstacle, il s'agirait d'adopter une approche permettant la convergence des rôles des chercheurs. Ce serait une façon pratique d'encourager le dialogue et de créer des liens.

Gestion du savoir

Le transfert des meilleures pratiques ou des pratiques exemplaires est une des raisons pour lesquelles les organismes gèrent et partagent leurs connaissances³⁶. En gardant cela à l'esprit, la gestion du savoir offre une possibilité d'améliorer le passage de la recherche à la pratique dans et entre les organismes. Davenport et Prusak ont créé le terme « gestion du savoir » en 1995 afin de donner un sens à un certain nombre de tendances qui ont vu le jour dans le domaine des affaires à la suite des processus de remaniement à la fin des années 80 et au début des années 90. Les entreprises commençaient à comprendre qu'en raison de la rationalisation, elles avaient éliminé des personnes qui détenaient des connaissances essentielles au sujet de l'entreprise, et de ses personnes, processus et compétences. Et par coïncidence la tendance au remaniement a été suivie par l'émergence du World Wide Web et des intranets d'entreprise contenant les archives, les documents et les bases de données de projets³⁷.

Les écrits révèlent que les définitions de gestion du savoir varient sur le plan de la portée et du centre d'intérêt³⁸; toutefois, la définition de gestion du savoir qui est d'« améliorer l'utilisation des connaissances organisationnelles grâce à de saines pratiques de gestion de l'information et à l'apprentissage organisationnel³⁹ » est pertinente pour cette discussion. Les écrits sur la gestion du savoir divisent le savoir en deux variétés : les connaissances tacites et explicites. Les connaissances explicites sont acquises grâce aux livres, aux documents, aux livres blancs, aux bases de données et aux manuels de politiques. Les connaissances tacites sont contenues dans l'esprit des gens. Elles incluent les renseignements généraux, les expériences et les souvenirs⁴⁰.

Une grande partie des connaissances explicites produites par les organismes est en fait de la littérature « grise » ou « fugitive ». Ces documents, comme les évaluations de programme et les documents de discussion de politique, sont importants pour l'élaboration de politiques et de programmes dans le domaine des toxicomanies⁴¹. Si les organismes déterminent et organisent les connaissances explicites qu'ils produisent, ils sont davantage en mesure de partager ces connaissances à l'interne. Ils peuvent également les partager avec d'autres organismes grâce à leur site Web ou aux bases de données externes qui indexent les écrits non publiés. Parmi ces bases de données, il y a les bases de données du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Centre virtuel de documentation sur l'alcool, le tabac et les autres drogues.

Pour ce qui est des connaissances tacites, un auteur prétend que la principale fonction de la gestion du savoir est la gestion active et le soutien de l'expertise. Et, puisque l'expertise n'est pas facile à mettre par écrit, les personnes averties doivent être encouragées à partager leur expertise avec les autres grâce au contact personnel⁴². Un des mécanismes visant à faciliter le partage des connaissances tacites, notamment, l'expertise et l'expérience, est connu dans les écrits comme les « collectivités de pratique ».

Lathlean et Le May affirment que les collectivités de pratique remontent jusqu'à Lave et Wenger, qui ont discuté de l'idée en relation avec « l'apprentissage en groupe, les connaissances et les façons dont les connaissances sont utilisées par un groupe particulier

afin de comprendre une activité ou de résoudre un problème⁴³ ». Dans le même ordre d'idées, Wright discute des collectivités de pratique comme étant des « réseaux officieux de personnes engagées dans une profession, une fonction ou un emploi particulier qui visent activement à travailler plus efficacement et à comprendre leurs intérêts en tout point⁴⁴ ».

L'Université de Southampton au Royaume-Uni mène deux projets de recherche sur la création des collectivités de pratique. Ces projets définissent les collectivités de pratique comme « un groupe de personnes qui peuvent habituellement travailler ensemble, mais qui agissent et qui apprennent ensemble de façon à réaliser une tâche commune tout en acquérant et en négociant des connaissances appropriées ». Un des projets est axé sur la prestation de meilleurs services gouvernementaux à l'intention des personnes âgées et l'autre porte sur les services de dermatologie en clinique externe. Ces projets perçoivent le modèle des collectivités de pratique comme ayant cet avantage possible : la possibilité de travailler entre organismes sur des questions qui vont au-delà des limites d'un seul organisme. De plus, le modèle permet la création d'une base de données probantes sur la façon dont les connaissances et l'information sont partagées, utilisées et valorisées dans la prise de décisions et la planification des mesures à prendre entre les organismes, les groupes professionnels et les consommateurs⁴⁵.

Les exemples susmentionnés supposent des réunions personnelles. Les méthodes de communication électronique comme les fils de discussion en ligne et les listes de courrier électronique ont également du potentiel. Par exemple, la American Health Information Management Association utilise un fil de communication en ligne afin de faciliter le partage des expériences, des commentaires et de l'information pour les 90 collectivités de pratique et plus qu'elle héberge sur son site Web. Les collectivités de pratique sont conçues pour être autosuffisantes et axées sur les membres, et sont organisées autour d'intérêts allant de la santé comportementale aux règles régissant la protection de la vie privée⁴⁶.

Dans le domaine des toxicomanies, les collectivités de pratique pourraient être utilisées de plusieurs façons pour transférer la recherche, tant au sein des organismes qu'entre eux. Par exemple, les collectivités de pratique pourraient être utilisées au sein d'un organisme dans le cadre de la mise en œuvre d'une nouvelle pratique de programme. Entre les organismes, les collectivités de pratique pourraient servir à encourager la discussion au sujet de la diffusion d'un nouveau document sur les pratiques exemplaires ou à discuter d'une réponse à une nouvelle question stratégique.

E. Conclusion

Quelle est la situation du domaine des toxicomanies en ce qui a trait au transfert de la recherche et à la pratique fondée sur des données probantes?

Pour répondre à cette question, il serait utile de revoir ce que l'on connaît au sujet de la facilitation du passage de la recherche à la pratique. Tout d'abord, les écrits soulignent l'importance de créer des liens entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs, et d'encourager un échange circulaire entre ces groupes. Deuxièmement, les écrits indiquent

que pour encourager des groupes comme les praticiens et les décideurs à considérer l'adoption et la mise en œuvre de données probantes fondées sur la recherche, les résumés des données probantes sur la recherche et les lignes directrices en matière de pratique doivent être combinées à d'autres méthodes, notamment, l'instruction individuelle, les stratégies d'apprentissage actif, l'engagement des leaders d'opinion locaux et la prestation d'incitations. Troisièmement, dans plusieurs examens, on fait appel aux organismes subventionnaires et de recherche afin d'appuyer le transfert de la recherche à un niveau similaire au financement actuellement accordé aux études de recherche.

Les écrits soulignent également le besoin de prendre en considération les changements organisationnels et systémiques afin d'améliorer le passage de la recherche à la pratique. Le rapport de 1998 du Comité du US Institute of Medicine, *Bridging the Gap Between Practice and Research*, a mis l'accent sur le besoin de communication « bidirectionnelle » entre les décideurs, les chercheurs et les praticiens, mais également sur le besoin de changement systémique. Voici ce que l'on mentionnait dans le rapport : « Changer le système nécessitera que les trois groupes travaillent ensemble pour poser les bonnes questions et y répondre et pour s'engager conjointement envers la mise en œuvre¹ ». Lorsque l'on prend en considération les changements systémiques et organisationnels, le perfectionnement de la main-d'œuvre offre des occasions de faciliter le transfert de la recherche, de mettre en œuvre une pratique fondée sur des données probantes et d'éliminer les obstacles aux niveaux organisationnel et systémique. Enfin, si l'on fait référence à la définition de Backer des activités de distribution comme étant des « efforts stratégiques visant à communiquer l'information sur les innovations—les programmes et les pratiques exemplaires—aux personnes, aux organismes et aux collectivités »², l'expression « efforts stratégiques » souligne le besoin de centrer les efforts aux niveaux organisationnel et systémique.

Les chercheurs, les praticiens et les décideurs sont-ils en mesure de suivre les mêmes pas de danse? Le modèle RPDR a la possibilité de les aider à danser la valse plutôt que la danse « funky chicken ». Le modèle assure un cadre visant à aller de l'avant en démontrant que les politiques et les pratiques sont déterminées par un processus complexe et dynamique qui combine les influences des résultats d'évaluation de recherche, des positions idéologiques, des différends politiques et des réalités économiques³.

Les orientations stratégiques déterminées dans le cadre du récent Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites assurent également un cadre d'action⁴. « La recherche sur l'échange et la distribution du savoir » est une des orientations stratégiques déterminées par les participants au Forum. Un examen des activités de transfert de la recherche dans le domaine des toxicomanies, permettant de déterminer les pratiques, les occasions et les écarts actuels, pourrait être une prochaine étape à envisager.

Dans le domaine des toxicomanies, de grands facteurs influencent le mouvement de la pratique fondée sur des données probantes. Au cours des dix dernières années, les organismes gouvernementaux et subventionnaires ont accru les efforts visant à améliorer l'efficacité et la responsabilisation et à atteindre une efficacité évidente. De plus,

l'augmentation du recours aux données probantes dans le domaine des toxicomanies a monté la barre quant à la réalisation de recherches de plus grande qualité. De meilleures données probantes sont nécessaires pour répondre aux attentes croissantes des organismes gouvernementaux et subventionnaires. Tous ces facteurs imposent des contraintes à la pratique fondée sur des données probantes et au transfert de la recherche, faisant en sorte qu'il est difficile pour le domaine d'aller de l'avant. Ces défis sont accrus étant donné le fait que le domaine est relativement petit et fragmenté et qu'il n'a pas les ressources ni l'infrastructure de recherche du domaine médical.

Enfin, si l'on retourne au mouvement de la médecine factuelle qui a eu une telle influence au cours des dix dernières années, dans quelle mesure les « meilleurs » aspects de la médecine factuelle peuvent-ils être appliqués de façon à améliorer le passage de la recherche à la pratique dans le domaine des toxicomanies? Même s'il ne sera jamais possible de traduire la recherche en pratique de façon à spécifier ce qui devrait être fait dans chaque situation, les outils et le concept de la pratique fondée sur des données probantes peuvent orienter l'élaboration des programmes des politiques et mener au renforcement des programmes factuels.

Références

- Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. (1987). *Proceedings of the Substance Abuse Librarians and Information Specialists Symposium*. Edmonton, Alb. : Auteur.
- . (1998). *Setting direction within government agendas and global transformations*. Edmonton, Alb. : Auteur.
- Anklam, P. (2002). Knowledge management: The collaboration thread. *Bulletin of the American Society for Information Science and Technology*, 28(6), 8-11.
- Anthony, W., Rogers, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
- 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(3), 241-255.
- Backer, T. E. (1991). *Drug abuse technology transfer*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- . (1993). Information alchemy: Transforming information through knowledge utilization. *Journal of the American Society for Information Science*, 44(4), 217-21.
- . (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Community Psychology*, 28(3), 363-373.
- Backer, T. E., David, S. L., & Soucy, G. (1995). Introduction. Dans T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer, Research Monograph No. 155* (p. 1-20). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Baker, A., & Roche, A. (2002). From training to work-force development: A large and important conceptual leap. *Drug and Alcohol Review*, 21(3), 205-207.
- Ball, S., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T., Polcin, D., Snead, N., Sockriter, R., Wrigley, P., Zammarelli, L., Carroll, K. (2002). Characteristics, beliefs, and practices of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 309-318.
- Bensing J. (2000). Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.

- Blair, D. C. (2002). Knowledge management: Hype, hope, or help. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 53(12), 1019-28.
- Brown, B. S. (1995). Reducing impediments to technology transfer in drug abuse programming. Dans T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer: NIDA Research Monograph No. 155* (p. 169-185). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Réseau – centre canadien Cochrane. *A primer on evidence-based clinical practice*. 2003. http://cochrane.mcmaster.ca/pdf/presentations/EBCPPrimer_July_2003.pdf.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2000). *Transfert des connaissances : au-delà de la santé*. Ottawa : Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Analyse de la conjoncture des stratégies de transfert de la recherche*. Ottawa : Auteur.
- Réseau canadien de transfert de la recherche. (2002). *Le transfert des connaissances en santé*. Saskatoon, Sask. : Auteur.
- Caplan, L. R. (2002). Is the promise of randomized control trials overstated. *Current Neurology Neuroscience Reports*, 2(1),1-8.
- Charlton, B. (1997). Restoring balance: Evidence-based medicine put in its place. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(2), 87-98.
- Clarke, J. B. (1999). Evidence-based practice: A retrograde step? The importance of pluralism in evidence generation for the practice of health care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 89-94.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency*. Londres : Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- . (1979). 1931-1971: A critical review, with particular reference to the medical profession. Dans Office of Health Economics, *Medicines for the year 2000* (p. 1-11). Londres : Auteur.
- Cochrane, A., & Blythe, B. (1989). *One man's medicine*. Londres : British Medical Foundation for AIDS.
- Cochrane Collaboration. (2001). *Cochrane reviewers' handbook glossary 4.1.4*. <http://www.cochrane.org/software/Documentation/Handbook/glossary.pdf>.
- . (2003). *Cochrane leaflet*. Oxford : Auteur.
- Corrigan, P. W., Corrigan, P. W., Steiner, L., McCracken, S. G., Blaser, B., & Barr, M. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1598-606.

- Davis, M. S. (1971). That's interesting. *Philosophy of Social Science*, 1, 309-344.
- Davis P., & Howden-Chapman P. (1996). Translating research findings into health policy. *Social Science and Medicine*, 43(5), 865-72.
- Drummond, D. C. (2002). Meta-analysis in alcohol treatment research: Does it help us to know what works? *Addiction*, 97(3), 293-299.
- Edwards A. G., Russell I. T., & Stott N. C. (1998). Signal versus noise in the evidence base for medicine: An alternative to hierarchies of evidence? *Family Practice*, 15(4), 319-22.
- Elliott, H., & Popay, J. (2000). How are policy makers using evidence: Models of research utilisation and local NHS policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6), 461-8.
- Elliott, S., & O'Dell, C. (1999). Sharing knowledge and best practices: The hows and whys of tapping your organization's hidden reservoirs of knowledge. *Health Forum Journal*, 42(3), 34-37.
- Estabrooks, C. A. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 30, 15-36.
- . (2001). Research utilization and qualitative research. Dans J. M. Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (p. 275-98). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Evans, D., & Pearson A. (2001). Systematic reviews: Gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 593-9.
- Eysenck, H. J. (1995). Meta-analysis of best-evidence synthesis? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1(1), 29-36.
- Finney, J. W. (2000). Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 95(10), 1491-1500.
- Fonagy, P. (2002). Evidence-based medicine and its justifications. Dans M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment* (p. 53-59). Londres : Whurr.
- Frost, N. (2002). A problematic relationship: Evidence and practice in the workplace. *Social Work and Social Sciences Review*, 10(1), 38-50.
- Fulford, K. W. M.. (mars 2003). *Ten principles of values-based practice*. Manuscrit non publié.
- Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 309-21.

- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., & Walker, A. E. (2002). Changing physicians' behavior: What works, and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-43.
- Haynes, R. B. (2002). What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research*, 2 (1), 3-10.
- Santé Canada. (2002A). *Meilleures pratiques: Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Auteur.
- . (2002B). La promotion de la santé – Efficace? *Recherche sur les politiques de santé*, 1(3).
- Hilton, M. E. (2001). *Researcher in residence program: Experiences from New York State*. New York: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Howard, M. O., McMillen, C. J., & Pollio, D. E. (2003). Teaching evidence-based practice: Toward a new paradigm for social work education. *Research on Social Work Practice*, 13(2), 234-59.
- Howard Research and Instructional Systems Inc. (2002). *Evaluation framework for the clinical practice guidelines program*. Edmonton, Alb. : Auteur.
- Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M., & Oxman, A. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(4), 239-44.
- Institute of Medicine. (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. S. Lam, M. R. Greenlick, & D. McCarty (Eds.). Washington, D.C.: National Academy Press.
- Lacroix, S. I. (2002). Evidence-based and best practice addiction treatment resources: A primer for librarians. *Behavioral and Social Sciences Librarian*, 21 (1), 59-72.
- Lalwani S. I., & Olive D. L. (1999). Problems with evidence-based medicine. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 6 (2), 237-40.
- Lane, L. (2002). Communities of practice: Harnessing the power of knowledge. *Journal of the American Health Information Management Association*, 73(6), 24-7.
- Lathlean, J., & Le May, A. (2002). Communities of practice: An opportunity for interagency working. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 394-.
- Laupacis, A. (2001). The future of evidence-based medicine. *Journal canadien de pharmacologie clinique*, 8(Suppl. A), 6A-A.

- Ledbetter C. A., & Stevens K. R. (2000). Basics of evidence-based practice, Part 2: Unscrambling the terms and processes. *Seminars in Perioperative Nursing*, 9(3), 98-104.
- Liberati, A., Buzzetti, R., Grilli, R., Magrini, N., & Minozzi, S. (2001). Which guidelines can we trust: Assessing strength of evidence behind recommendations for clinical practice. *Western Journal of Medicine*, 174, 262-65.
- MacLehose, R. R., Reeves, B. C., Harvey, I. M., Sheldon, T. A., Russell, I. T., & Black, A. M. S. (2000). A systematic review of comparisons of effect sizes derived from randomized and non-randomized studies. *Health Technology Assessment*, 4(34), 1-162.
- Manser, R., & Walters, E. H. (2001). What is evidence-based medicine and the role of the systematic review: The revolution coming your way. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 56(1), 33-8.
- Manske, S., & Maule, C. O. (2002). System for Best Practices. *Developments*, 21(6), 1.
- Marinelli-Casey, P., Domier, C. P., & Rawson, R. A (2002). The gap between research and practice in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 53, 984-87.
- Mayan, M. J. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals*. Edmonton, Alb. : International Institute for Qualitative Methodology.
- McDonald I. G., & Daly, J. M. (2000). The anatomy and relations of evidence-based medicine. *Australian New Zealand Journal of Medicine*, 30(3), 385-92.
- Morgenstern, J., Morgenstern, J., Morgan, T. J., McCrady, B. S., Keller, D. S., & Carroll, K.M. (2001). Manual-guided cognitive-behavioral therapy training: A promising method for disseminating empirically supported substance abuse treatments to the practice community. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 83-88.
- Morrissey 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. *Evaluation and Program Planning*, 20(3), 367-377.
- Moyer, A., et Finney, J. W. (2002). Randomized versus nonrandomized studies of alcohol treatment: Participants, methodological features and post-treatment functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 542-550.
- Nurco, D. N., & Hanlon, T. E. (1996). Linking of research and service. *Substance Use and Misuse*, 31(8), 1059-1062.
- Paisley, W., & Lunin, L. F. Perspectives on knowledge utilization: Introduction and overview. *Journal of the American Society for Information Science*, 44(4), 215-16.

- Pentz, M. A. (2002). Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 257-270.
- Popay, J., & Williams, G. (1997). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(Suppl. 35), 32-37.
- Posavac, E., & Carey, R. (1985). *Program evaluation: Methods and case studies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Prendergast, M. L., & Podus, D. (2000). Drug treatment effectiveness: Examination of conceptual and policy issues. *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 1629-1657.
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., & Ling, W. (2002). Dancing with strangers: Will U.S. substance abuse practice and research organizations build mutually productive relationships? *Addictive Behaviors*, 27(6), 941-949.
- Roberts, G., (1999). *Profil : alcoolisme et toxicomanie – traitement et réadaptation au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Roche, A. M. (2002). *Workforce development issues in the AOD field: A briefing paper for the Intergovernmental Committee on Drugs*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction.
- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations* (4^e éd.). New York: Free Press.
- Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-22.
- Rush, B. R., & Ogborne, A. C. (1992). Alcoholism treatment in Canada. Dans H. Klingemann, J. P. Jakala, & G. Hunt (Eds.), *Cure, care in control: Alcoholism treatment in sixteen countries*. New York: State University Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. 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.
- Scullion, P. A. (2002). Effective dissemination strategies. *Nurse Researcher*, 10(1), 65-77.
- Shanley, C., Lodge, M. & Mattick, R. P. (1996). Dissemination of research findings to alcohol and other drug practitioners. *Drug and Alcohol Review*, 15(1), 89-94.
- Sheldon, B., & Chilvers, R. (2002). An empirical study of the obstacles to evidence-based practice. *Social Work and Social Sciences Review*, 10 (1), 6-26.
- Shrivastava, P., & Mitroff, I. I. (1984). Enhancing organizational research utilization: The role of decision makers' assumptions. *Academy of Management Review*, 9(1), 18-26.

- Simler, B. (2003). *Knowledge management summary*. Edmonton, Alb. : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.
- Single, E., Gliksman, L., & LeCavalier, J. (2000). *Towards a Canadian health research institute on addictions*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Sloboda, Z.m & Schildhaus, S. (2002). A discussion of the concept of technology transfer of research-based drug abuse prevention and treatment interventions. *Substance Use & Misuse*, 37(8-10), 1079-1087.
- Sorensen, J. L., & Clark, W. W. (1995). A field-based dissemination component in a drug abuse research center. Dans T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer: NIDA Research Monograph No. 155* (p. 186-197). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Stevens, K. R. & Ledbetter, C. A. (2000). Basics of evidence-based practice, Part 1: The nature of the evidence. *Seminars in Perioperative Nursing*, 9(3), 91-97.
- Strachan Tomlinson and Associates. (2003). *Rapport du Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada*. Ottawa : Auteur.
- Tober, G. (2002). Evidence based practice: Still a bridge too far for addiction counsellors? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9(1), 17-20.
- Weatherly, H., Drummond, M., & Smith D. (2002). Using evidence in the development of local health policies: Some evidence from the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(4), 771-81.
- Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1), 57-79.
- Wensing, M., van der Weijden, T., & Grol R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991-7.
- Williams D. D., & Garner J. (2002). The case against the evidence: A different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 80, 8-12.
- Wong, M. L. (2002). Evidence-based health promotion: Applying it in practice. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 31(5), 656-62.
- Organisation mondiale de la santé. (1987). *Report of the First Meeting of Heads of Major Alcohol Centres*. Genève : Auteur.
- Wright, K. (2001). *Examining the principles and practices of knowledge management*. Edmonton, Alb. : Acton Consulting.

Zhou, A. Z., & Fink, D. (2003). The intellectual capital web: A systematic linking of intellectual capital and knowledge management. *Journal of Intellectual Capital*, 4(1), 34-48.

Notes en fin de texte

Résumé

1. Sackett, D. L., et coll. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
2. Ibid.
3. Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Community Psychology*, 28(3), 363-373.
4. Cochrane, A., & Blythe, B. (1989). *One man's medicine*. Londres : British Medical Foundation for AIDS.

B. Contexte

1. Sackett. Evidence based medicine.
2. Ibid.
3. Ibid.
4. Sheldon, B., & Chilvers, R. (2002). An empirical study of the obstacles to evidence-based practice. *Social Work and Social Sciences Review*, 10 (1), 6-26.
5. Santé Canada (2002A). *Meilleures pratiques : traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : Auteur.
6. Haynes, R. B. (2002). What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research*, 2(1), 3-10; Laupacis, A. (2001). The future of evidence-based medicine. *Journal canadien de pharmacologie clinique*, 8(Suppl. A), 6A-9A.
7. Laupacis. The future of evidence-based medicine.
8. Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency*. Londres : Nuffield Provincial Hospitals Trust.
9. Prendergast, M. L., & Podus, D. (2000). Drug treatment effectiveness: Examination of conceptual and policy issues. *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 1629-1657.
10. Estabrooks, C. A. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 30, 15-36.
11. Cochrane A. L., (1979). 1931-1971: A critical review, with particular reference to the medical profession. Dans Office of Health Economics, *Medicines for the year 2000* (p. 1-11). Londres : Auteur.
12. Cochrane Collaboration. (2003). *Cochrane leaflet*. Oxford: Author.
13. Haynes, R. B. What kind of evidence?
14. Ledbetter, C. A., & Stevens K. R. (2000). Basics of evidence-based practice, Part 2: Unscrambling the terms and processes. *Seminars in Perioperative Nursing*, 9(3), 98-104.
15. Laupacis. The future of evidence-based medicine.
16. McDonald I. G., & Daly, J. M. (2000). The anatomy and relations of evidence-based medicine. *Australian New Zealand Journal of Medicine*, 30(3), 385-92.
17. Laupacis. The future of evidence-based medicine.
18. Charlton, B. (1997). Restoring balance: Evidence-based medicine put in its place. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(2), 87-98.
19. Haynes, R. B. What kind of evidence?; Laupacis. The future of evidence-based medicine; Sackett. Evidence based medicine.

20. Williams D. D., & Garner J. (2002). The case against the evidence: A different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 80, 8-12.
21. Bensing J. (2000). Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25.
22. Charlton, B. Restoring balance.
23. (mars 2003). *Ten principles of values based practice*. Manuscrit non publié.
24. Fonagy, P. (2002). Evidence-based medicine and its justifications. Dans : M. Leuzinger-Bohleber, & M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment* (pp 53-59). Londres : Whurr ; McDonald I. G., & Daly, J. M. The anatomy and relations; Williams D. D., & Garner J. The case against the evidence.
25. Fonagy, P. Evidence-based medicine and its justifications.
26. Howard, M. O., McMillen, C. J., & Pollio, D. E. (2003). Teaching evidence-based practice: Toward a new paradigm for social work education. *Research on Social Work Practice*, 13(2), 234-59.
27. Frost, N. (2002). A problematic relationship: Evidence and practice in the workplace. *Social Work and Social Sciences Review*, 10(1), 38-50; Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1), 57-79.
28. Frost, N. A problematic relationship.
29. Tober, G. (2002). Evidence based practice: Still a bridge too far for addiction counsellors? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 9(1), 17-20.
30. Lacroix, S. I. (2002). Evidence-based and best practice addiction treatment resources: A primer for librarians. *Behavioral and Social Sciences Librarian*, 21 (1), 59-72.
31. Tober, G. Evidence based practice: Still a bridge too far?
32. Prendergast, M. L., & Podus, D. Drug treatment effectiveness.
33. Wong, M. L. (2002). Evidence-based health promotion: Applying it in practice. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 31(5), 656-62.
34. Anthony, W., Rogers, E. S., & Farkas, M. (2003). Research on evidence-based practices: Future directions in an era of recovery. *Community Mental Health Journal*, 39(2), 101-114.
35. Lalwani S. I., & Olive D. L. (1999). Problems with evidence-based medicine. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*, 6 (2), 237-40.
36. Williams D. D., & Garner J. The case against the evidence.
37. Laupacis., The future of evidence-based medicine; Sackett. Evidence based medicine.
38. Sackett, Evidence based medicine.
39. Evans, D., & Pearson A. (2001). Systematic reviews: Gatekeepers of nursing knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 593-9
40. Liberati, A., et coll. (2001). Which guidelines can we trust: Assessing strength of evidence behind recommendations for clinical practice. *Western Journal of Medicine*, 174, 262-265.
41. Réseau – centre canadien Cochrane. *A primer on evidence-based clinical practice*. 2003.
http://cochrane.mcmaster.ca/pdf/presentations/EBCPPPrimer_July_2003.pdf.
42. Cochrane Collaboration. (2001). *Cochrane reviewers' handbook glossary 4.1.4*.
<http://www.cochrane.org/software/Documentation/Handbook/glossary.pdf>.
43. Stevens, K. R., & Ledbetter, C. A. (2000). Basics of evidence-based practice, Part 1: The nature of the evidence. *Seminars in Perioperative Nursing*, 9(3), 91-97.
44. Caplan, L. R. (2002). Is the promise of randomized control trials overstated. *Current Neurology Neuroscience Reports*, 2(1),1-8.
45. Edwards A. G., Russell I. T., & Stott N. C. (1998). Signal versus noise in the evidence base for medicine: An alternative to hierarchies of evidence? *Family Practice*, 15(4), 319-22.
46. McDonald I. G., & Daly J. M. The anatomy and relations of evidence-based medicine.
47. Bensing J. Bridging the gap.
48. Anthony, W., et coll. Research on evidence-based practices.
49. McDonald I. G., & Daly, J. M. The anatomy and relations of evidence-based medicine.
50. Nurco, D. N., & Hanlon, T. E. (1996). Linking of research and service. *Substance Use and Misuse*, 31(8), 1059-1062.
51. Moyer, A., & Finney, J. W. (2002). Randomized versus nonrandomized studies of alcohol treatment: Participants, methodological features and post-treatment functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 542-550.
52. Cochrane Collaboration. *Cochrane reviewers' handbook glossary*

53. Stevens, K. R., & Ledbetter, C. A. Basics of evidence-based practice.
54. Manser R., & Walters, E. H. (2001). What is evidence-based medicine and the role of the systematic review: The revolution coming your way. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 56(1), 33-8.
55. Evans, D., & Pearson, A. Systematic reviews.
56. Edwards A. G., et coll. Signal versus noise.
57. Williams D. D., & Garner J. The case against the evidence.
58. Cochrane Collaboration. *Cochrane reviewers' handbook glossary*.
59. Manser R., & Walters, E. H. What is evidence-based medicine and the role of the systematic review.
60. Lalwani S. I., & Olive D. L. Problems with evidence-based medicine.
61. Eysenck, H. J. (1995). Meta-analyse of best-evidence synthesis? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1(1), 29-36.
62. Drummond, D. C. (2002). Meta-analyse in alcohol treatment research: Does it help us to know what works? *Addiction*, 97(3), 293-299.
63. Williams D. D., & Garner J. The case against the evidence.
64. Posavac, E., & Carey, R. (1985). *Program evaluation: Methods and case studies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
65. MacLehose, R. R., et coll. (2000). A systematic review of comparisons of effect sizes derived from randomized and non-randomized studies. *Health Technology Assessment*, 4(34), 1-162.
66. Popay, J., & Williams, G. (1997). Qualitative research and evidence-based healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(Suppl. 35), 32-37.
67. Mayan, M. J. (2001). *An introduction to qualitative methods: A training module for students and professionals*. Edmonton, Alb. : International Institute for Qualitative Methodology.
68. Popay, J., & Williams, G. Qualitative research and evidence-based healthcare.
69. Ibid.
70. Evans, D., & Pearson A. Systematic reviews.
71. Ibid.
72. Clarke, J. B. (1999). Evidence-based practice: A retrograde step? The importance of pluralism in evidence generation for the practice of health care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 89-94.
73. Backer, T. E. (1993). Information alchemy: Transforming information through knowledge utilization. *Journal of the American Society for Information Science*, 44(4), 217-21; Estabrooks, C. A. (2001). Research utilization and qualitative research. Dans J. M. Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (p. 275-98). Thousand Oaks, CA: Sage; Paisley, W., & Lunin, L. F. Perspectives on knowledge utilization: Introduction and overview. *Journal of the American Society for Information Science*, 44(4), 215-16.
74. Estabrooks, C. A. Research utilization and qualitative research.
75. Backer, T. E. (2000). The failure of success: Challenges of disseminating effective substance abuse prevention programs. *Community Psychology*, 28(3), 363-373.

C. Dynamique du transfert des données probantes fondées sur la recherche dans les programmes d'intervention en matière de toxicomanie

- 1.. Santé Canada. (2002B). La promotion de la santé – Efficace? *Recherche sur les politiques de santé*, 1(3); .Sloboda, Z., & Schildhaus, S. (2002). A discussion of the concept of technology transfer of research-based drug abuse prevention and treatment interventions. *Substance Use & Misuse*, 37(8-10), 1079-1087.
2. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. (1998). *Setting direction within government agendas and global transformations*. Edmonton, Alb. : Auteur.
3. Institute of Medicine. (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. S. Lam, M. R. Greenlick, & D. McCarty (Eds.). Washington, D.C.: National Academy Press.
4. Morgenstern, J., et coll. (2001). Manual-guided cognitive-behavioral therapy training: A promising method for disseminating empirically supported substance abuse treatments to the practice community. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(2), 83-88.
5. Ball, S., et al. (2002). Characteristics, beliefs, and practices of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 309-318.

6. Roche, A. M. (2002). *Workforce development issues in the AOD field: A briefing paper for the Intergovernmental Committee on Drugs*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction.
7. Roberts, G., et coll. (1999). *Profil : alcoolisme et toxicomanie – traitement et réadaptation au Canada*. Ottawa : Santé Canada; Rush, B. R., & Ogborne, A. C. (1992). Alcoholism treatment in Canada. Dans H. Klingemann, J. P. Jakala, & G. Hunt (Eds.), *Cure, care in control: Alcoholism treatment in sixteen countries*. New York: State University Press.
8. Single, E., Gliksman, L., & LeCavalier, J. (2000). *Towards a Canadian health research institute on addictions*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
9. Strachan Tomlinson and Associates. (2003). *Rapport du Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada*. Ottawa : Auteur.
10. Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P. & Ling, W. (2002). Dancing with strangers: Will U.S. substance abuse practice and research organizations build mutually productive relationships? *Addictive Behaviors*, 27(6), 941-949.
11. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
12. Estabrooks, C. A. Research utilization and qualitative research.
13. Marinelli-Casey, P., Domier, C. P., & Rawson, R. A (2002). The gap between research and practice in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 53, 984-87.
14. Howard Research and Instructional Systems Inc. (2002). *Evaluation framework for the clinical practice guidelines program*. Edmonton, Alb. : Auteur.
15. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
16. Marinelli-Casey, P., et coll. The gap between research and practice.
17. Ibid.
18. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
19. Ball, S., et coll. Characteristics, beliefs, and practices of community clinicians; Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
20. Ball, S. et coll. Characteristics, beliefs, and practices of community clinicians.
21. Corrigan, P. W., et coll. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1598-606.
22. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2000). *Transfert des connaissances : au-delà de la santé*. [insérer l'endroit de la publication] : Auteur; Réseau canadien de transfert de la recherche. (2002). *Le transfert des connaissances en santé*. [insérer l'endroit de la publication] : Auteur.
23. Innvaer, S., et coll. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: A systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(4), 239-44.
24. Elliott, H., & Popay, J. (2000). How are policy makers using evidence: Models of research utilisation and local NHS policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6), 461-8.
25. Grimshaw, J. M., et coll. (2002). Changing physicians' behavior: What works, and thoughts on getting more things to work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4), 237-43.
26. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
27. Morrissey E., et coll. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluator and practitioner perspectives. *Evaluation and Program Planning*, 20(3), 367-377.
28. 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(3), 241-255.
29. Pentz, M. A. (2002). Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 257-270.
30. Sloboda, Z., & Schildhaus, S. (2002). A discussion of the concept of technology transfer of research-based drug abuse prevention and treatment interventions. *Substance Use & Misuse*, 37(8-10), 1079-1087.
31. Goodman, R. M. (2000). Bridging the gap in effective program implementation: From concept to application. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 309-21.
32. Arthur, M. W., & Blitz, C. Bridging the gap between science and practice.
33. Ibid.
34. Sloboda, Z., & Schildhaus, S. A discussion of the concept of technology transfer.

D. Éléments à prendre en considération pour améliorer le passage de la recherche à la pratique

1. Cochrane, A., & Blythe, B. (1989). *One man's medicine*. Londres : British Medical Foundation for AIDS.
2. Finney, J. W. (2000). Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 95(10), 1491-1500.
3. Frost, N. A problematic relationship.
4. Manske, S., & Maule, C. O. (2002). System for Best Practices. *Developments*, 21(6), 1.
5. Elliott, H., & Popay, J. (2000). How are policy makers using evidence; Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-22; Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
6. Innvaer, S., et coll. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence.
7. Davis P., & Howden-Chapman P. (1996). Translating research findings into health policy. *Social Science and Medicine*, 43(5), 865-72.
8. Hilton, M. E. (2001). *Researcher in residence program: Experiences from New York State*. New York: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
9. Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Analyse de la conjoncture des stratégies de transfert de la recherche*. Ottawa : Auteur.
10. Shanley, C., Lodge, M., & Mattick, R. P. (1996). Dissemination of research findings to alcohol and other drug practitioners. *Drug and Alcohol Review*, 15(1), 89-94.
11. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
12. Hilton, M. E. *Researcher in residence program*.
13. Shrivastava, P., & Mitroff, I. I. (1984). Enhancing organizational research utilization: The role of decision makers' assumptions. *Academy of Management Review*, 9(1), 18-26.
14. Davis, M. S. (1971). That's interesting. *Philosophy of Social Science*, 1, 309-344.
15. Sorensen, J. L. & Clark, W. W. (1995). A field-based dissemination component in a drug abuse research center. Dans T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer: NIDA Research Monograph No. 155* (p. 186-197). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
16. Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse de la conjoncture des stratégies de transfert de la recherche*.
17. Brown, B. S. (1995). Reducing impediments to technology transfer in drug abuse programming. Dans T. E. Backer, S. L. David, & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer: NIDA Research Monograph No. 155* (p. 169-185). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
18. Scullion, P. A. (2002). Effective dissemination strategies. *Nurse Researcher*, 10(1), 65-77.
19. Backer, T. E. The failure of success.
20. Weatherly, H., Drummond, M., & Smith D. (2002). Using evidence in the development of local health policies: Some evidence from the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(4), 771-81.
21. Corrigan, P. W., et coll. (2001). Strategies for disseminating evidence-based practices to staff who treat people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1598-606.
22. Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse de la conjoncture des stratégies de transfert de la recherche*.
23. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
24. Wensing, M., van der Weijden, T., & Grol R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: Which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48(427), 991-7.
25. Howard Research and Instructional Systems Inc. *Evaluation framework*.
26. Arthur, M. W., & Blitz, C. Bridging the gap between science and practice.
27. Sloboda, Z., & Schildhaus, S. A discussion of the concept of technology transfer.
28. Pentz, M. A. Institutionalizing community-based prevention.
29. Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations* (4^e éd.). New York: Free Press.
30. Arthur, M. W., & Blitz, C. Bridging the gap between science and practice.
31. Backer, T. E. (1991). *Drug abuse technology transfer*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

32. Backer, T. E., David, S. L., & Soucy, G. (1995). Introduction. Dans T. E. Backer, S. L. David & G. Soucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer, Research Monograph No. 155* (p. 1-20). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
33. Backer, A., & Roche, A. (2002). From training to work-force development: A large and important conceptual leap. *Drug and Alcohol Review, 21*(3), 205-207.
34. Roche, A. M. Workforce development issues in the AOD field.
35. Ibid.
36. Blair, D. C. (2002). Knowledge management: Hype, hope, or help. *Journal of the American Society for Information Science and Technology, 53*(12), 1019-28; Elliott, S., & O'Dell, C. (1999). Sharing knowledge and best practices: The hows and whys of tapping your organization's hidden reservoirs of knowledge. *Health Forum Journal, 42*(3), 34-37.
37. Anklam, P. (2002). Knowledge management: The collaboration thread. *Bulletin of the American Society for Information Science and Technology, 28*(6), 8-11.
38. Zhou, A. Z., & Fink, D. (2003). The intellectual capital web: A systematic linking of intellectual capital and knowledge management. *Journal of Intellectual Capital, 4*(1), 34-48.
39. Simler, B. (2003). *Knowledge management summary*. Edmonton, Alb. : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.
40. Elliott, S., & O'Dell, C. Sharing knowledge and best practices.
41. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. (1987). *Proceedings of the Substance Abuse Librarians and Information Specialists Symposium*. Edmonton, Alb. : Auteur; Organisation mondiale de la santé. (1987). *Report of the First Meeting of Heads of Major Alcohol Centres*. Genève : Auteur.
42. Blair, D. C. (2002). Knowledge management: Hype, hope, or help..
43. Lathlean, J., & Le May, A. (2002). Communities of practice: An opportunity for interagency working. *Journal of Clinical Nursing, 11*(3), 394-8.
44. Wright, K. (2001?). *Examining the principles and practices of knowledge management*. Edmonton, Alb. : Acton Consulting.
45. Lathlean, J., & Le May, A. Communities of practice.
46. Lane, L. (2002). Communities of practice: Harnessing the power of knowledge. *Journal of the American Health Information Management Association, 73*(6), 24-7.

E. Conclusion

1. Institute of Medicine. *Bridging the gap between practice and research*.
2. Backer, T. E. The failure of success.
3. Frost, N. A problematic relationship.
4. Strachan Tomlinson and Associates. *Rapport du Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada*.