

**Consultation sur les thématiques  
de recherche prioritaires en  
traumatologie au Québec**



**Rapport du Comité organisateur  
Janvier 2008**

# Table des matières

<b>Sommaire exécutif</b> .....	4
<b>Avant-propos</b> .....	6
<b>Membres du Comité organisateur et du soutien logistique</b> .....	7
<b>Lexique</b> .....	8
<b>Démarche de consultation</b> .....	9
<b>Cadre de référence de la recherche en traumatologie</b> .....	11
<b>Pertinence et priorisation des thématiques de recherche proposées</b> .....	12
Analyse quantitative des résultats de la consultation sur l'intranet.....	12
Analyse qualitative des résultats de la consultation sur l'intranet.....	16
Constats à partir des discussions et plénières lors des journées d'échanges .....	19
Synthèse du processus de consultation sur les thématiques de recherche.....	20
<b>Transfert des connaissances</b> .....	23
Comprendre l'enjeu de l'application des données probantes .....	23
Consultation en ligne (intranet) sur le transfert des connaissances.....	24
Discussions lors des journée d'échanges.....	24
Constats .....	25
<b>Conclusion</b> .....	27
<b>ANNEXE I : Questionnaire de consultation sur Sakai</b> .....	28
<b>ANNEXE II : Diagramme de l'importance des thématiques (aspect quantitatif)</b> .....	34
<b>ANNEXE III : Transfert des connaissances (présentation de M. Ouimet)</b> .....	36
Définition de données probantes .....	37
Obstacles à l'utilisation des données probantes .....	37
Réflexions sur les pistes d'action proposées dans le rapport des États généraux 2007 .....	40
Période de discussion avec M. Ouimet .....	41
<b>ANNEXE IV : Programme des journées d'échanges</b> .....	42
Jeudi 29 novembre 2007.....	43
Vendredi 30 novembre 2007 .....	44
<b>ANNEXE V : Liste de participants</b> .....	45

## Liste des tableaux

Tableau I	Ordonnancement des thématiques de recherche à partir du score global pour l'ensemble des répondants .....	12
Tableau II	Ordonnancement des thématiques de recherche selon la phase à laquelle s'associent les répondants .....	13
Tableau III	Justification de l'importance à accorder ou non aux thématiques de recherche .....	17

## Liste des figures

Figure 1	Répartition des répondants (%) selon le score d'importance accordé selon la phase du continuum de soins et de services .....	14
Figure 2	Répartition des répondant (%) selon le score d'importance accordé selon la fonction occupée.....	15

## Sommaire exécutif

À la demande du Consortium de recherche en traumatologie, une activité de consultation a été réalisée auprès des principaux acteurs de la recherche sur les soins et services en traumatologie (chercheurs, cliniciens, gestionnaires-administrateurs et représentants des usagers) afin d'identifier des thématiques de recherche à privilégier au cours des prochaines années et de fournir de l'information sur d'autres thèmes pertinents à la traumatologie dont le transfert des connaissances. Une consultation en ligne et des journées d'échanges réunissant des représentants des différents groupes d'acteurs ont permis d'obtenir les opinions et avis souhaités pour rencontrer ce mandat. Ce sommaire rapporte les éléments essentiels du rapport du Comité organisateur de la consultation :

- Au départ, le Comité a proposé un cadre de référence de la recherche en traumatologie permettant de baliser le champ d'action et d'identifier des thématiques de recherche qui caractérisent la traumatologie. Ainsi, en accord avec ce cadre de référence, les thématiques identifiées doivent nécessairement contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services dans le continuum de soins et de services en traumatologie. Certains paramètres supplémentaires ont été proposés pour soutenir l'identification des thématiques et des projets de recherche.
- À partir des informations recueillies lors de la consultation en ligne, on constate que chacune des onze thématiques de recherche proposées a suscité suffisamment d'intérêt pour être considérée importante par une majorité de répondants.
- Une approche quantitative a permis de procéder à un ordonnancement des thématiques selon l'importance accordée par l'ensemble des répondants. Bien que certaines différences quant à l'importance à accorder aux thématiques soient plutôt modestes, cinq de celles-ci semblaient se démarquer sensiblement. Les justifications énoncées par les répondants quant à l'importance des thématiques et les discussions tenues lors des journées d'échanges confirment le choix des cinq thématiques suivantes comme prioritaires :
  - a. Facteurs de risque et prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités;
  - b. Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins et de services;
  - c. Efficacité des soins et services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services;
  - d. Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités;
  - e. Efficience (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et de services (approche intégrée).
- De plus, l'analyse suggère que certaines autres thématiques spécifiques méritent d'être considérées en lien avec des besoins particuliers exprimés dans l'une ou l'autre des phases du continuum de soins et de services :
  - a. Caractérisation des clientèles et identification de leurs besoins de soins et services (en phase aiguë et en réadaptation précoce, pour la clientèle TCC)

- b. Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques (en réadaptation fonctionnelle intensive, pour la clientèle TCC)
  - c. Contribution environnementale à la réduction des incapacités et des situations de handicap (en phase de soutien à l'intégration, multi-clientèle)
  - d. Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches (en phase de soutien à l'intégration, multi-clientèle)
- Trois éléments importants ont aussi été soulevés lors des journées d'échanges et méritent d'être soulignés, soit :
    - a. La pertinence de financer des recherches ayant un caractère innovateur à l'extérieur des thématiques prioritaires s'il est démontré que les résultats présentent une forte probabilité d'amélioration de la qualité des soins et services;
    - b. Le maintien du processus de recherche de type intégré couvrant plus d'une phase du continuum de soins et de services en traumatologie, malgré qu'il ne puisse être le seul modèle de recherche à privilégier.
    - c. L'importance de tenir compte des besoins spécifiques des trois grandes catégories de clientèle selon l'âge, soit : enfants-adolescents, adultes et personnes âgées.

« Le transfert, l'échange et l'application des connaissances »<sup>1</sup> comme un dérivé fondamental de la recherche a également été discuté et soulève de grandes préoccupations. Il ressort clairement que la contribution de la recherche à l'amélioration de la qualité de soins et services demeure marginale tel que corroborée par un énoncé des Instituts de recherche en santé du Canada. Bien que cette problématique ne soit pas unique au domaine de la traumatologie, elle commande des actions concrètes. En collaboration avec ses partenaires, le Consortium de recherche en traumatologie dispose de moyens qui lui permettent d'assurer un leadership à l'égard du transfert des connaissances. Comme ce sujet est complexe et nécessite la consultation d'experts, la création à court terme d'un groupe de travail sur le transfert des connaissances en traumatologie devrait être envisagée afin de conseiller le Consortium sur les actions les plus susceptibles de favoriser une plus grande contribution des activités de recherche à l'amélioration de la qualité des soins et services.

---

<sup>1</sup> « Le transfert des connaissances » inclut également « l'échange et l'application des connaissances ». Dans la suite du rapport, « transfert des connaissances » sera utilisé pour exprimer « transfert, échange et application des connaissances ».

## Avant-propos

Les États généraux de la recherche en traumatologie au Québec<sup>2</sup>, tenus au printemps 2007 ont suscité un engouement réel des acteurs et partenaires associés au domaine de la traumatologie et à son continuum de soins et de services. À la suite du dépôt du rapport du Comité organisateur, les partenaires du Consortium de recherche en traumatologie (appelé ‘Le Consortium’)<sup>3</sup> ont convenu que l’identification des thématiques de recherche à privilégier était une étape préalable à l’annonce d’un programme de subventions de recherche spécifique à ce domaine.

À la demande du Consortium, le Comité organisateur des États généraux a accepté de poursuivre son action. Il a ainsi accepté le mandat de consulter les différents acteurs de la traumatologie et d’identifier les thématiques de recherche qui pourraient être privilégiées au cours de prochaines années. Cette activité était également de nature à poursuivre le développement de la synergie entre les principaux acteurs de la recherche en leur permettant de contribuer à cet exercice d’identification des thématiques de recherche prioritaires.

Une consultation sur le Web, complétée par deux journées d’échanges, a permis à un nombre substantiel d’acteurs de la traumatologie d’émettre et de confronter leurs opinions sur les thématiques à privilégier. Le domaine du transfert des connaissances a également fait l’objet de la consultation considérant que ce type d’activités est le moyen privilégié pour que les données probantes produites par la recherche soient mises en application dans les milieux d’intervention, ce qui constitue une des finalités des programmes de recherche. Le rapport du Comité organisateur présente une analyse et une synthèse des discussions et échanges menés tout au long de la consultation (octobre et novembre 2007). Certains documents de travail utilisés par le Comité pour approfondir son analyse ont été placés en annexe du document et facilitent l’examen des échanges, particulièrement en regard du transfert, de l’échange et de l’application des connaissances.

Le processus de consultation a été grandement facilité et validé par une réponse très positive à la consultation sur la plate-forme intranet et aux journées d’échanges. Quatre-vingt acteurs de la traumatologie ont bien voulu partager leurs préoccupations et opinions lors de la consultation en ligne et soixante-douze personnes ont pris part aux journées d’échanges. Le Comité organisateur tient à les remercier pour leur contribution et espère vivement qu’ils verront dans ce rapport un souci de rapporter fidèlement les différentes opinions des participants, tout en procédant à une priorisation des thématiques de recherche tel que l’exigeait le mandat donné par le Consortium.



Luc Noreau, Ph.D.  
Président du Comité organisateur

---

<sup>2</sup> Le rapport du Comité organisateur des États généraux de la recherche en traumatologie au Québec, tenus les 29 et 30 mars 2007, est disponible au [www.repar.ca](http://www.repar.ca)

<sup>3</sup> Les partenaires du Consortium de recherche en traumatologie : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l’Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), l’Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), l’Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) et la Société de l’assurance automobile du Québec (SAAQ).

## **Membres du Comité organisateur**

<i>Luc Noreau, Ph.D.</i>	Président du Comité organisateur Professeur, Département de réadaptation, Université Laval Chercheur, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
<i>Mario Côté, erg., desg</i>	Chef du programme des lésions musculo-squelettiques, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau Représentant de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec au Comité directeur de la recherche en traumatologie
<i>Michel Girard</i>	Chargé de projets de communautés de pratique, Centre francophone d'informatisation des organisations
<i>Fanny Guérin, Ph.D.</i>	Responsable de site et coordonnatrice de la recherche, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
<i>André Lavoie, Ph.D.</i>	Responsable de l'axe de traumatologie - médecine d'urgence, Centre de recherche du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec Professeur associé, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
<i>Jean-Claude Martin, Ph.D.</i>	Directeur, Service veille et gestion de la qualité, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
<i>François Routhier, ing., Ph.D.</i>	Stagiaire post-doctoral, Université de Montréal et Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal Ingénieur, Direction des programmes multiclientèles et des aides techniques, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
<i>Marie St-Amour, inf., M.A.S.</i>	Coordonnatrice du programme de traumatologie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal Représentante de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux au Comité directeur de la recherche en traumatologie

## **Membres du soutien logistique**

<i>Julie Lecours, pht., M.Sc.</i>	Bureau de coordination - Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation
<i>Diane Laperle</i>	Bureau de coordination - Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation
<i>Aline Loiseau</i>	Bureau de coordination - Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation



## Lexique

**AERDPQ** : Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec

**AQESSS** : Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

**BM** : Blessure médullaire

**BOG** : Blessure orthopédique grave

**FRSQ** : Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

**IRSST** : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**REPAR** : Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

**SAAQ** : Société de l'assurance automobile du Québec

**TCC** : Traumatisme cranio-cérébral

- **Thématique de recherche** : Grand domaine de recherche qui regroupe un ensemble de thèmes définis de recherche.
- **Thème de recherche** : Proposition de recherche qui identifie un objet ou une problématique à investiguer, qui s'applique à une ou plusieurs clientèles en traumatologie et qui peut être réalisée dans différentes phases du continuum de soins et de services (plus précis que les thématiques).

## Démarche de consultation

Le Comité organisateur a jugé nécessaire de permettre au plus grand nombre possible d'acteurs en traumatologie d'émettre leur opinion sur les thématiques de recherche à privilégier et sur d'autres sujets issus des États généraux tels que le transfert des connaissances, l'encouragement de la relève et les types de programmes de subvention à privilégier.

Dans cette optique, l'initiative du Comité a comporté deux volets : 1) une consultation et des discussions en forum via une plate-forme intranet (Sakai) et 2) des journées d'échanges (29 et 30 novembre 2007) avec un nombre plus restreint de représentants des divers milieux en traumatologie afin de valider les résultats de la consultation. Le Comité organisateur a tout d'abord énoncé une série de thématiques de recherche qui semblaient couvrir les dimensions les plus importantes du continuum de soins et services en traumatologie. L'objectif principal de la consultation élargie était d'obtenir l'opinion des acteurs de la traumatologie quant à l'importance qu'ils accordaient à chaque thématique de recherche en lien avec l'amélioration de la qualité des soins et services et, si nécessaire, proposer d'autres thématiques de recherche à privilégier.

La consultation a été réalisée à l'aide de réponses brèves et d'un forum de discussion via la plate-forme intranet Sakai, qui a été accessible en ligne du 29 octobre au 16 novembre 2007. Spécifiquement, le questionnaire de consultation (Annexe I) incluait des énoncés sur le cadre de référence de la recherche en traumatologie, les thématiques de recherche à privilégier en traumatologie, le transfert des connaissances et l'utilisation des données probantes. Les répondants devaient identifier leur groupe d'appartenance en ce qui a trait à la fonction professionnelle et à la phase du continuum de soins et de services.

Parmi les 266 personnes qui ont reçu l'invitation, 80 personnes ont complété le questionnaire de consultation. De plus, le forum de discussion a permis d'échanger sur le processus de consultation, les différentes thématiques de recherche en traumatologie, la participation des milieux cliniques aux activités de recherche, l'encouragement de la relève, le transfert des connaissances ainsi que tout sujet d'intérêt en traumatologie. Les résultats préliminaires de la consultation ont été accessibles sur le site intranet sous l'onglet *Résultats de la consultation* à partir du 20 novembre 2007.

L'étape subséquente à la consultation en ligne était la validation des résultats obtenus auprès de représentants des divers milieux de la traumatologie. Pour ce faire, le Comité organisateur a préparé la tenue de deux journées d'échanges sur les thématiques de recherche en traumatologie au Québec qui ont eu lieu les 29 et 30 novembre 2007. Les informations colligées suite à la consultation en ligne ont été présentées, analysées et discutées en petits groupes et en plénière. Pour des raisons de logistique, le nombre de participants a été plus limité, ainsi soixante-douze représentants des différents milieux (associatifs, cliniques, gouvernementaux et scientifiques) ont participé à ces deux journées de discussions.

Le mot d'ouverture de ces journées d'échanges a été fait par M. Claude Dussault, Directeur général adjoint, Évaluation, recherche et affaires extérieures au MSSS (Président du Comité des partenaires du Consortium), suivi d'une allocution de Dr. Michel A. Bureau, Directeur général des services de santé et de la médecine universitaire, Responsable du programme de traumatologie au MSSS.

La *première journée* a été consacrée à des ateliers de discussions sur les thématiques et thèmes de recherche (discussion par phase du continuum de soins et de services) et des discussions en plénière sur le cadre de référence, les thématiques de recherche, les types de recherches et subventions et le soutien de la relève. La *deuxième journée* a été consacrée à des discussions en ateliers et en plénière sur les thématiques et thèmes de recherche (discussion par clientèle). La journée s'est terminée par la présentation de M. Mathieu Ouimet, Ph.D., Professeur au Département de sciences politiques de l'Université Laval. Sa présentation portait spécifiquement sur le transfert des connaissances ainsi que sur l'utilisation des données probantes dans le contexte des soins et services en traumatologie. L'objectif de ces journées et de la consultation préalable n'était pas d'obtenir un consensus absolu sur les thèmes abordés, mais plutôt de recueillir les différents points de vue, en particulier, sur les thématiques et thèmes de recherche afin de pouvoir dégager certaines tendances à cet égard.

Le Comité organisateur a revu l'ensemble des résultats quantitatifs et qualitatifs produits par la consultation en ligne ainsi que les résumés des journées d'échanges afin de dégager certaines tendances à partir des informations recueillies. En tenant compte de l'information disponible et du mandat du Comité organisateur, le présent rapport focalise sur les deux thèmes majeurs qui ont ressorti de la consultation et des discussions lors des journées d'échanges : 1) l'identification de thématiques de recherche à privilégier et 2) le transfert des connaissances. La consultation et les échanges n'ayant pas permis d'amener des informations additionnelles sur les autres thèmes initialement identifiés (encouragement de la relève, types de programmes de subvention à privilégier), le Comité organisateur a fait le choix de s'en tenir aux thèmes principaux.

## Cadre de référence de la recherche en traumatologie

La traumatologie étant un champ de recherche large couvrant l'ensemble du continuum de soins et de services, il est apparu nécessaire de présenter un cadre de référence pour mieux baliser la démarche visant la détermination de thématiques de recherche prioritaires dans ce domaine au Québec. Le cadre de référence proposé est inspiré des échanges et discussions qui ont eu lieu lors des États généraux de la recherche en traumatologie en mars 2007 et apparaît comme une première étape vers l'établissement d'une vision commune de la recherche en traumatologie. Bien qu'il avait comme objectif de guider les participants dans l'évaluation de l'importance des différentes thématiques de recherche, le cadre de référence pourrait être extrapolé à la recherche en traumatologie et être utilisé comme outil de travail par le Consortium ou par tout autre organisme qui subventionne la recherche dans ce domaine au Québec. Ses composantes ont été libellées en ce sens. En fait, il contient des énoncés qui devraient être pris en compte lors de l'évaluation de la pertinence des projets de recherche proposés. Ainsi, l'évaluation des programmes ou projets de recherche devrait tenir compte des éléments suivants :

- La **finalité** de la recherche proposée. Spécifiquement, tout programme ou projet devrait *contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services dans l'une ou l'autre des phases suivantes du continuum de soins et de services en traumatologie* : préhospitalier, soins aigus et réadaptation précoce, réadaptation fonctionnelle intensive, réadaptation fonctionnelle et sociale, incluant la phase d'intégration scolaire, sociale ou professionnelle ainsi que maintien dans la communauté.
- Les **éléments facilitateurs à la réalisation de la recherche**. Le programme ou projet devrait :
  - Favoriser les liens de collaboration entre les clients, cliniciens, gestionnaires et chercheurs dans toutes les phases du projet (de la conception jusqu'à l'application des résultats), lorsque cela est applicable
  - Favoriser le transfert des connaissances issues de cette recherche
- Les **objets de recherche**. Le programme ou projet devrait viser spécifiquement :
  - Les **clientèles cibles** ayant subi un traumatisme (enfants-adolescents, adultes, personnes âgées) : traumatisme cranio-cérébral, lésion de la moelle épinière, blessure orthopédique grave, réadaptation au travail)
  - Une **thématique prioritaire** par une approche de recherche :
    - **Transversale**, applicable à plusieurs clientèles ou se déroulant sur plusieurs phases du continuum de soins et de services (recherche intégrée),
    - **Spécifique** à une clientèle identifiée et/ou une phase du continuum de soins et services.
- Les **processus de recherche**. Comme le programme ou projet vise directement l'amélioration des soins et services, il doit *favoriser la recherche clinique, évaluative, épidémiologique ou les modèles d'organisation de services*.

## Pertinence et priorisation des thématiques de recherche proposées

### Analyse quantitative des résultats de la consultation sur l'intranet

Cette section présente les résultats quantitatifs au plan de l'importance accordée aux 11 thématiques de recherche couvrant le continuum de soins et de services en traumatologie qui avaient été soumises à la consultation (plate-forme Sakai). Une échelle d'importance à 10 niveaux (1=moins important à 10=plus important) a été proposée pour réaliser cet exercice. Les 80 répondants qui ont participé à la consultation en ligne occupaient diverses fonctions : chercheurs (n=35), cliniciens (n=17), gestionnaires (n=25) et représentants d'utilisateurs (n=3) et provenaient autant de la phase aiguë (n=32) que des phases de réadaptation/adaptation/intégration (n=22) ou s'identifiaient comme intervenant dans plus d'une phase (n=26). Pour faciliter l'analyse des résultats, deux indices ont été utilisés permettant ainsi de procéder à un ordonnancement des thématiques selon l'importance accordée par les participants à la consultation (Tableau I) : le score global d'importance (i.e. la somme de tous les scores attribués par les 80 répondants) et la médiane de chaque distribution (i.e. le score entier qui sépare la moitié des répondants)<sup>4</sup>.

Tableau I : Ordonnancement des thématiques de recherche à partir du score global pour l'ensemble des répondants

Rang	Thématiques	Score global	Médiane
1	Facteurs de risque et la prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités.	658	9
2	Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins et de services	604	9
3	Efficacité des soins et des services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services	598	8
4	Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités	587	8
5	Efficience (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et de services (approche intégrée)	574	8
6	Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques	547	7
7	Caractérisation des clientèles (survie, déficiences, incapacités, situations de handicap, intégration sociale, qualité de vie) et identification de leurs besoins de soins et services	543	8
8	Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches	520	7
9	Contribution environnementale à la réduction des incapacités et des situations de handicap	515	7
10	Conséquences à long terme des traumatismes et leurs coûts sociétaux	508	7
11	Satisfaction de la clientèle à l'égard du continuum de soins et de services	460	6

<sup>4</sup> Bien qu'elle facilite l'ordonnancement des thématiques, cette approche ne permet pas une visualisation complète des distributions de fréquence. Une représentation des données par diagramme a été placée à l'Annexe II.

En se basant sur l'observation des distributions et des valeurs médianes (Tableau I), il est possible d'affirmer que :

**« chacune des thématiques a suscité suffisamment d'intérêt pour être considérée importante par une majorité de répondants »**

Par exemple, pour plusieurs thématiques, au moins 50% des participants ont accordé une importance supérieure ou égale à 8/10, soit un large consensus. Par ailleurs, les différences observées avec les autres thématiques paraissent assez ténues. Cela suggère que les thématiques de recherche proposées par le Comité organisateur ont rallié une majorité d'acteurs de la traumatologie. Cependant, une analyse plus en profondeur des données (Tableau II, Figures 1 et 2) suggère que :

**« l'importance accordée à certaines thématiques pouvait varier selon la phase d'intervention ou l'occupation des répondants »**

Tableau II : Ordonnement des thématiques de recherche selon la phase à laquelle s'associent les répondants

Rang général	Thématiques	Rang selon la phase du continuum**		
		Phase aiguë	Réadaptation adaptation intégration	Multi phase
1	Facteurs de risque et la prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités.	1	6	1
2	Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins et de services	2	1	5
3	Efficacité des soins et des services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services	3	5	4
4	Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités	7	1	2
5	Efficience (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et de services (approche intégrée)	4	3	6
6	Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques	5	10	3
7	Caractérisation des clientèles (survie, déficiences, incapacités, situations de handicap, intégration sociale, qualité de vie) et identification de leurs besoins de soins et services	7	4	7
8	Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches	6	7	10
9	Contribution environnementale à la réduction des incapacités et des situations de handicap	10	7	8
10	Conséquences à long terme des traumatismes et leurs coûts sociétaux	9	9	9
11	Satisfaction de la clientèle à l'égard du continuum de soins et services	11	11	11

\*\* Un même rang est accordé à plus d'une thématique en cas d'égalité.

Quelques diagrammes de fréquence sont présentés pour illustrer ces observations (Figure 1). Par exemple, *l'étude des facteurs de risque et la prévention des complications et des incapacités* obtient des scores plus faibles chez les répondants identifiés à la phase réadaptation-

intégration-adaptation (ce qui lui confère le 6<sup>ème</sup> rang) comparé au 1<sup>er</sup> rang accordé chez les autres répondants et chez l'ensemble de ceux-ci (Tableau II). Le phénomène inverse est observé pour la thématique sur la *caractérisation des clientèles* (au 7<sup>ème</sup> rang général). De même, les répondants de phase aiguë accordent une importance plus faible à *l'adaptation des pratiques aux réalités nouvelles* (au 7<sup>ème</sup> rang) par rapport aux deux autres groupes (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> rang). Finalement, *la validation d'outils et de modèles* a obtenu des scores plus élevés chez ceux qui se sont identifiés à plus d'une phase (3<sup>ème</sup> rang chez ces répondants) comparativement aux autres groupes (7<sup>ième</sup> et 10<sup>ième</sup> rang).

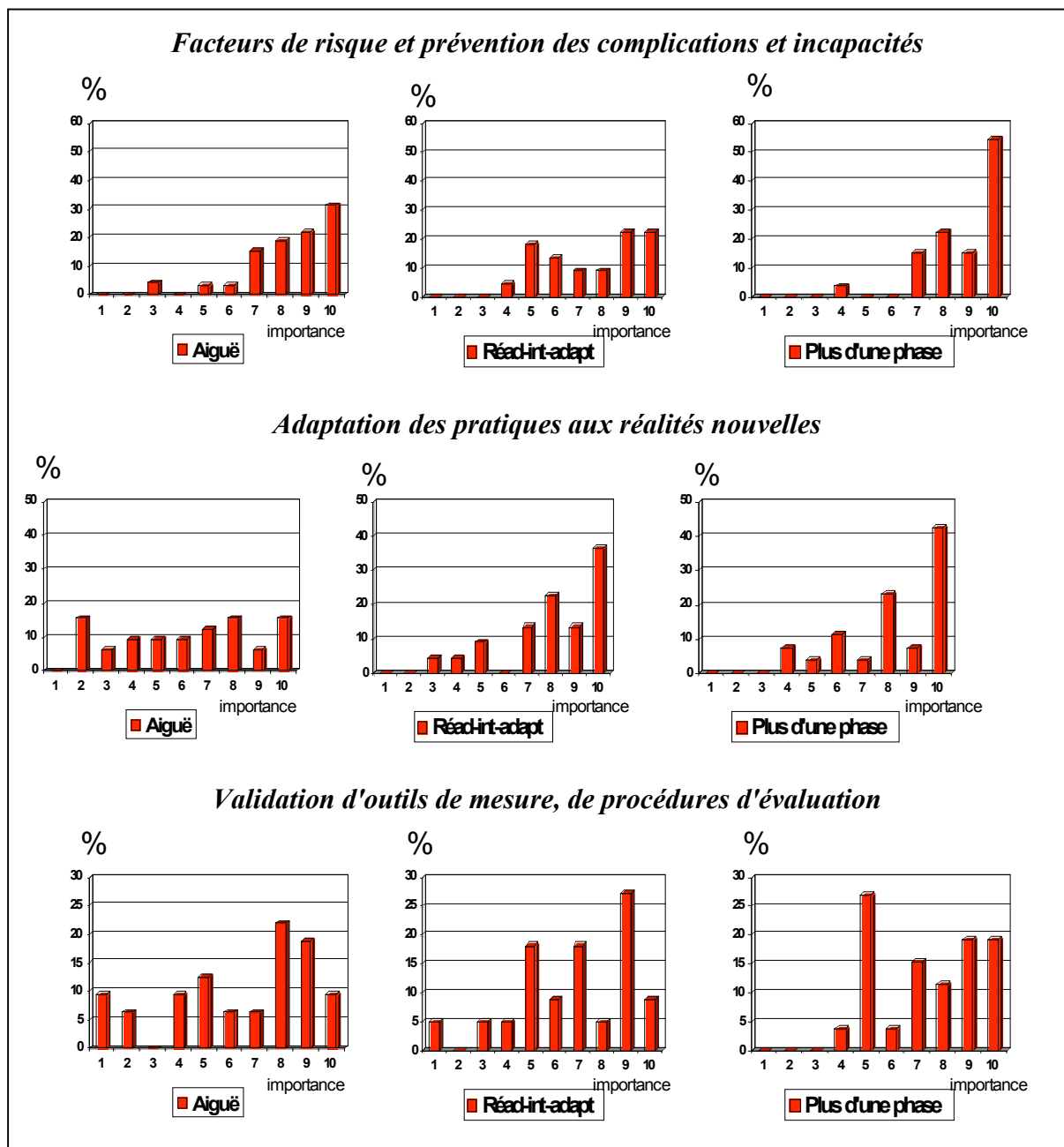


Figure 1: Répartition des répondants (%) selon le score d'importance accordé selon la phase du continuum de soins et de services

Certaines différences au plan de l'importance accordée aux thématiques apparaissent également selon la fonction des répondants. Ainsi, la Figure 2 illustre bien le fait que les gestionnaires considèrent la thématique de *l'efficacité du continuum de soins et de services* comme étant plus importante (2<sup>ème</sup> rang) en comparaison avec les autres types de répondants. De même, les chercheurs semblent davantage privilégier *la caractérisation des clientèles* (3<sup>ème</sup> rang) que les autres types de répondants (8<sup>ème</sup> ou 9<sup>ème</sup> rang) et dans une plus faible mesure *l'adaptation des pratiques aux réalités nouvelles* (8<sup>ème</sup> rang) que les autres types de répondants (2<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> rang).

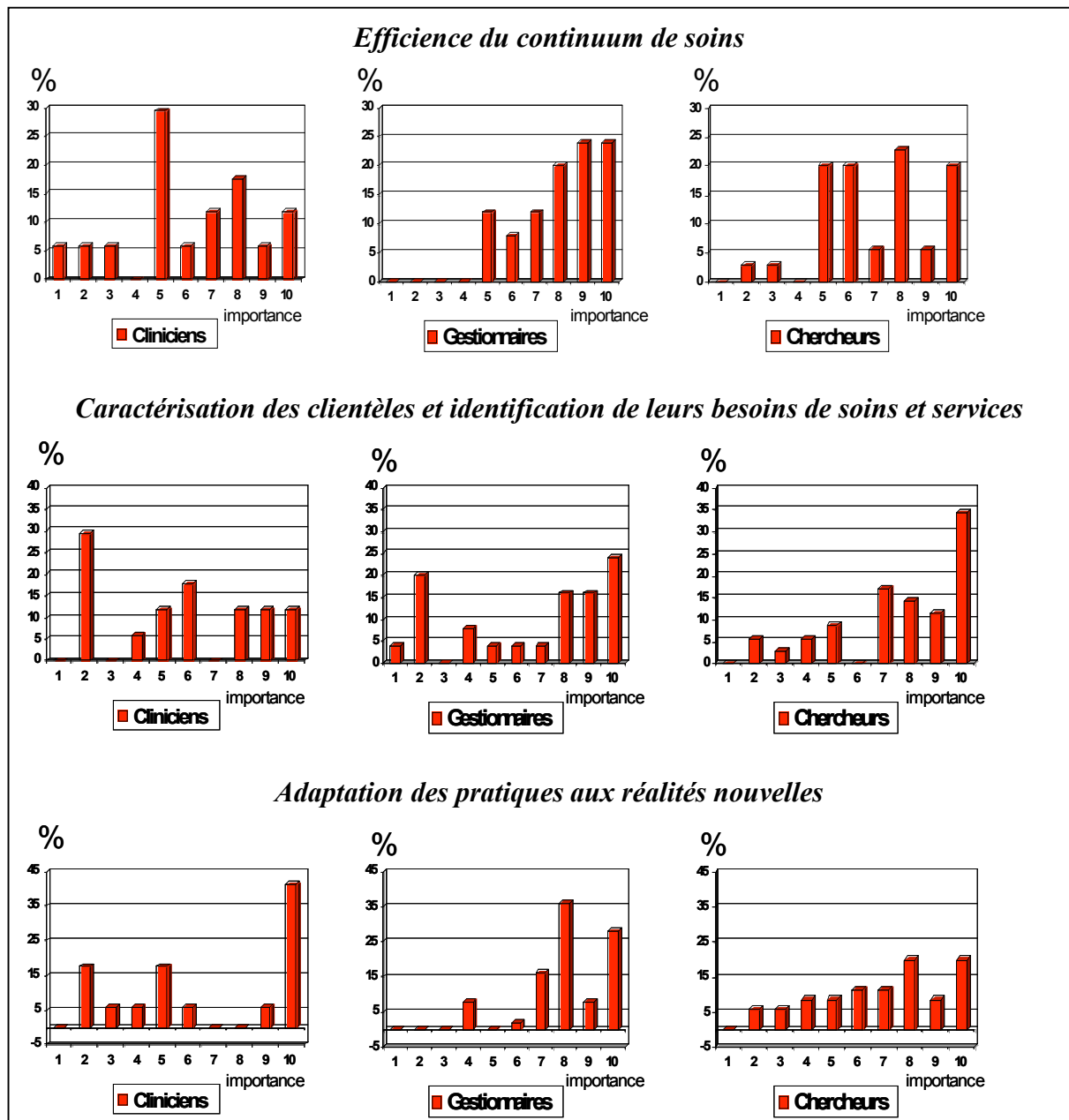


Figure 2 : Répartition des répondants (%) selon le score d'importance accordé selon la fonction occupée



## **Analyse qualitative des résultats de la consultation sur l'intranet**

Lors de la consultation en ligne effectuée par l'entremise de la plate-forme intranet Sakai, les répondants ont été invités à justifier l'importance qu'ils accordaient à chacune des thématiques de recherche proposées. La compilation de leurs commentaires a donc permis d'effectuer une analyse qualitative des résultats obtenus. Le Tableau III reprend de manière synoptique les principaux arguments en faveur ou en défaveur de chacune des thématiques de recherche, indépendamment de la cote d'importance quantitative attribuée par les répondants. Cette manière d'exprimer ou de justifier une importance fait contrepartie à la possible variabilité dans la cotation (de 1 à 10) des répondants. Par exemple, la cote d'importance 6 pouvait correspondre à une faible importance pour certains répondants alors que d'autres utilisaient les cotes 1 à 3 pour rendre compte de cette faible importance.

Comme l'a montré l'approche quantitative, le niveau d'importance attribuée aux thématiques tendait à être concentré dans les cotes supérieures. Donc, les commentaires pour appuyer (en faveur) les différentes thématiques ont été plus fréquents, puisque chacune d'elles a suscité de l'intérêt chez la majorité des répondants. Pour en faciliter la lecture, le Tableau III reprend l'ordonnancement des thématiques de recherche du Tableau I. Les arguments précédés d'une pastille (◆) résument les commentaires qui ont été repris par plusieurs répondants et sur lesquels il y a convergence d'opinion, alors que les arguments précédés d'un tiret (-) reprennent des commentaires d'intérêt, mais moins partagés dans les énoncés obtenus lors de la consultation. Certains commentaires émis par les répondants ont pu être reformulés afin d'uniformiser la présentation du tableau, mais toujours dans l'optique de préserver la signification première des commentaires.

Tableau III : Justification de l'importance à accorder aux thématiques de recherche

Rang	Thématiques de recherche
1	<b>Facteurs de risque et prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités</b>
	<p><i>En faveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique qualifiée de cruciale, étant utile pour l'élaboration d'un pronostic de récupération valable pour toutes les phases du continuum de soins et de services et pour favoriser l'intervention précoce, notamment en mettant l'accent sur la prévention des complications secondaires afin d'éviter la cascade de répercussions (de biochimiques jusqu'à la participation sociale)</li> <li>◆ Selon les phases du continuum de soins et de services, l'accent est mis sur les facteurs biologiques, bio-psycho-sociaux et environnementaux</li> <li>- La prise en compte des facteurs de risque milite en faveur d'approches multidisciplinaires</li> </ul>
	<p><i>En défaveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une problématique relativement connue</li> </ul>
2	<b>Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins et de services</b>
	<p><i>En faveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique qualifiée d'incontournable pour connaître l'efficacité des interventions, réduire les coûts économiques et sociaux et assurer le maintien de la qualité de vie et des acquis</li> <li>◆ Thématique qui permet l'arrimage des phases du continuum de soins et de services ainsi que l'efficacité des approches à toutes ces phases sur la base de données probantes</li> <li>◆ Importante notamment pour la recherche clinique et pour assurer le maillage recherche-clinique</li> </ul>
	<p><i>En défaveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thématique un peu vague</li> </ul>
3	<b>Efficacité des soins et des services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services</b>
	<p><i>En faveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cette thématique représente un défi essentiel à relever mais complexe : il faut clarifier le concept (qualité, pertinence...) et apporter des distinctions selon la phase, compte tenu de la variabilité des interventions par phase, et chercher à développer une vision intégrée par groupe d'acteurs et entre groupes d'acteurs</li> <li>◆ Elle permet une allocation optimale des ressources</li> </ul>
	<p><i>En défaveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne relève pas de la recherche, responsabilité du MSSS</li> </ul>
4	<b>Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités</b>
	<p><i>En faveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique qui permet de mieux s'adapter aux changements sociétaux, démographiques et technologiques ainsi qu'à l'évolution du patient traumatisé</li> <li>◆ Les cliniciens sont dépourvus de connaissances et d'outils devant certaines clientèles (personnes âgées, multi-ethniques) ou problématiques (l'éloignement)</li> <li>- Favorise l'optimisation des ressources dans un contexte de rareté</li> </ul>
	<p><i>En défaveur de la thématique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Incluse dans une autre thématique</li> <li>- Il faudrait plutôt consolider ce que l'on a ou fait avant d'aborder de nouveaux aspects, car on dispose déjà d'informations, mais il manque de préparation dans les milieux et de transfert de connaissances</li> </ul>

Rang	Thématiques de recherche
5	<b>Effizienz (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et de services (approche intégrée)</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Davantage une préoccupation de gestion pour optimiser les services dans un contexte de ressources limitées</li> <li>◆ Nécessaire pour démontrer la pertinence de la recherche et des services en traumatologie et maintenir un éventail adéquat de services</li> <li>◆ Domaine à développer en termes de connaissances et de chercheurs</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Davantage une préoccupation de gestion ou d'économie de la santé que clinique ou de recherche</li> <li>- Secondaire par rapport à l'enjeu de l'efficacité</li> </ul>
6	<b>Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Il y a un besoin, à la fois pour le suivi clinique et la recherche, d'outils valides, fiables, sensibles et dont nous avons évalué la pertinence</li> <li>◆ Notamment en ce qui concerne la fatigue, la participation sociale, l'état de stress post-traumatique, les blessures orthopédiques graves</li> <li>◆ Il faudrait adapter les outils existants au contexte québécois</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Déjà fait, il y a déjà beaucoup d'outils</li> <li>◆ Il faut départager les bons outils</li> <li>◆ En lien avec leur utilisation et favoriser leur appropriation</li> </ul>
7	<b>Caractérisation des clientèles (survie, déficiences, incapacités, situations de handicap, intégration sociale, qualité de vie) et identification de leurs besoins de soins et services</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Première étape incontournable pour la prévention, l'intervention, le suivi, l'orientation et la programmation</li> <li>◆ Nécessaire pour définir des besoins spécifiques ou des sous-populations et pour suivre l'évolution des clientèles, notamment en lien avec le vieillissement, ainsi que pour la comparaison et la classification des cas</li> <li>◆ Thématique pertinente notamment pour la phase de réadaptation</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Déjà connu ou traité</li> <li>◆ Thématique ayant des retombées moins importantes ou urgentes</li> <li>- Thématique ayant moins de pertinence pour la phase de soins aigus</li> </ul>
8	<b>Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Il faut en savoir plus pour épauler les aidants naturels qui jouent un rôle clé dans les soins à domicile, la réadaptation et l'intégration dans la communauté</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impact relativement bien connu</li> <li>- Accent devrait être mis sur le patient</li> <li>- La mise en œuvre des résultats de la recherche coûterait cher</li> </ul>

Rang	Thématiques de recherche
9	<b>Contribution environnementale à la réduction des incapacités et des situations de handicap</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique clé pour la participation sociale, l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du handicap, notamment en regard de la durée de séjour dans les établissements</li> <li>- Répond au but ultime, soit la réintégration rapide à un coût minimal</li> <li>- Il faut également tenir compte du fait qu'il existe déjà des forces vives en recherche</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique moins pertinente pour les premières phases</li> <li>- Souvent étudiée</li> </ul>
10	<b>Conséquences à long terme des traumatismes et leurs coûts sociétaux</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Argumentaire nécessaire pour démontrer, notamment pour les politiques publiques et les assureurs, la pertinence de la recherche, des modes de prise en charge et des soins en traumatologie, ainsi que les améliorations périodiques du système</li> <li>◆ Pour contrer ainsi la vision à court terme</li> <li>- Thématique qui permet une meilleure coordination des services pour avoir un meilleur impact sur le devenir des clientèles</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Responsabilité du MSSS</li> <li>◆ Déjà chiffrées et connues (sauf pour le vieillissement des clientèles)</li> <li>- Il faut plutôt agir sur le court terme, ce qui aura un effet sur le long terme</li> </ul>
11	<b>Satisfaction de la clientèle à l'égard du continuum de soins et de services</b>
	<i>En faveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique nécessaire pour identifier les besoins et cibler les priorités cliniques et de recherche</li> <li>◆ Il s'agit des principales personnes concernées (incluant leur famille) par l'amélioration des services : il faut prendre en compte leurs perceptions et les partager avec les chercheurs et les cliniciens</li> </ul>
	<i>En défaveur de la thématique :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Thématique non pertinente ou secondaire en terme de recherche et déjà intégrée dans les autres thématiques (évaluation)</li> <li>◆ Question d'ordre administratif dans le cadre des agréments</li> <li>◆ La clientèle est en général satisfaite</li> </ul>

### Constats à partir des discussions et plénières lors des journées d'échanges

Les journées d'échanges furent un moment privilégié pour discuter des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus par l'entremise de la consultation en ligne et dégager certaines tendances. Préalablement aux discussions en sous-groupes, une présentation des résultats de la consultation a été réalisée, lesquels ont pu être discutés. Ces résultats avaient été mis en ligne (plate-forme intranet Sakai) une semaine avant les journées d'échanges. Des résumés des discussions en sous-groupes ont été produits et les discussions en plénière ont été enregistrées. Le Comité organisateur a pris connaissance de ces résumés et des enregistrements afin d'en faire une synthèse. L'hétérogénéité des sous-groupes au plan des besoins de recherche (par phase et par clientèle) ainsi que la composition même des groupes a amené une diversité de commentaires. Des éléments de convergence ont toutefois été observés dans la majorité des discussions.

Malgré la pertinence des 11 thématiques proposées, certaines sont ressorties comme plus prioritaires et sont fortement associées aux résultats de la consultation en ligne. Ces discussions ont également fait ressortir des particularités selon les phases d'intervention ou selon les

clientèles, ce qui n'avait pas été mis en évidence par la consultation en ligne, suggérant que des thématiques spécifiques devraient également être considérées en lien avec certaines phases du continuum. De même, à la suite de commentaires de participants à la consultation, le Comité organisateur juge opportun de souligner l'importance de maintenir un équilibre entre des projets portant sur les clientèles enfants/adolescents, adultes et personnes âgées lors du processus d'attribution de fonds de recherche.

Certains groupes ont pris l'initiative de proposer des regroupements de thématiques, ayant considéré que les 11 thématiques proposées pouvaient faire l'objet de regroupements '*naturels*'. Par exemple, il a été suggéré que la thématique sur l'*efficacité des soins et services* dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services pourrait être jumelée à celle sur l'*efficacité du continuum de soins et de services*. Malgré l'intérêt initial de tels regroupements, le Comité organisateur n'a pas jugé utile de se prononcer en faveur de cette approche considérant que certains groupes n'ont pas discuté ou n'ont pas recommandé de procéder à des regroupements de thématiques. De tels regroupements pourraient demander une analyse plus approfondie des avantages et inconvénients avant d'aller plus loin dans cette direction.

La consultation en ligne a également permis aux participants de proposer des *thèmes de recherche*, soit des énoncés plus précis que les thématiques, afin de faciliter le processus d'élaboration de programmes de recherche. Dans l'ensemble, les énoncés proposés étaient très hétérogènes et, bien que certains sous-groupes de discussion lors des journées d'échanges aient énoncé certains thèmes de recherche, les discussions ont majoritairement porté sur les thématiques de recherche. Ainsi, une analyse plus approfondie des résultats en terme de contenu aurait nécessité des ressources additionnelles, sans garantir de disposer d'informations plus utiles à l'identification et à la priorisation des thématiques. Par conséquent, le Comité croit qu'il n'est pas utile d'aller jusqu'à l'identification de thèmes de recherche à ce stade-ci de la présente démarche d'identification de priorités de recherche.

### **Synthèse du processus de consultation sur les thématiques de recherche**

À la suite des informations colligées, soit à partir de la consultation sur la plate-forme Sakai (n=80 répondants) ou des discussions lors des journées d'échanges (29-30 novembre, n=72 participants), le Comité organisateur énonce les constats suivants qui sont dégagés de l'analyse de l'information recueillie :

- 1) Le Comité réitère que : « *chacune des thématiques a suscité suffisamment d'intérêt pour être considérée importante par une majorité de répondants* ».
- 2) Cependant, dans un contexte de priorisation de thématiques de recherche et selon le mandat qui lui a été confié, le Comité organisateur suggère que cinq thématiques soient jugées prioritaires, ayant fait l'objet d'un consensus dans plus d'une phase du continuum de soins et de services :
  - a. **Facteurs de risque et prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités;**
  - b. **Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins et de services;**

- c. **Efficacité des soins et services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services;**
  - d. **Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités;**
  - e. **Effizienz (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et de services (approche intégrée).**
- 3) Certaines particularités propres à chaque phase du continuum de soins et de services ou à l'une ou l'autre des clientèles ne peuvent être ignorées. Le Comité organisateur suggère donc que des thématiques spécifiques doivent également être considérées en lien avec les besoins de ces phases ou de ces clientèles :
- a. **Caractérisation des clientèles et identification de leurs besoins de soins et services** : particulièrement mentionné en phase aiguë et en lien avec l'investigation des facteurs pronostics chez les personnes ayant subi un TCC;
  - b. **Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques** : particulièrement mentionné pour la phase de réadaptation fonctionnelle intensive chez les personnes ayant subi un TCC;
  - c. **Contribution environnementale à la réduction des incapacités et des situations de handicap** : spécifiquement mentionné en phase de soutien à l'intégration pour l'ensemble des clientèles;
  - d. **Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches** : spécifiquement mentionné en phase de soutien à l'intégration pour l'ensemble des clientèles.
- 4) Un constat important, issu des États généraux de la recherche en traumatologie et discuté à nouveau lors de ces journées d'échanges, incite à rappeler que la possibilité de financer des recherches ayant un caractère innovateur à l'extérieur des thématiques de recherche devrait être maintenue. Il ne s'agit pas ici de suggérer que toute recherche devienne '*pertinente*' mais plutôt de permettre, dans le cadre d'un programme de subvention de la recherche en traumatologie, le financement de projets hors des thématiques prioritaires mais dont les résultats auraient une forte probabilité d'amélioration de la qualité des soins et services.
- 5) Lors des deux journées de consultation sur les thématiques de recherche, le sujet de la *recherche intégrée en traumatologie* a été abordé, quoique de façon succincte. On inclut dans cette approche, les projets qui impliquent des équipes de recherches composées d'acteurs des différentes phases du continuum de soins et services en traumatologie. Ces projets sont généralement de plus grande envergure et, intrinsèquement, requièrent un suivi longitudinal de la clientèle à l'intérieur du continuum de services. En accord avec les conclusions des États généraux de la recherche en traumatologie et, malgré que certains projets de recherche intégrée n'ont pas, dans le passé, conduit aux résultats escomptés, la pertinence d'effectuer la recherche intégrée n'est pas remise en question. De par les processus qui sous-tendent la recherche intégrée, elle semble être une approche efficace pour documenter: 1) l'efficacité et l'effizienz du continuum de soins et de services et 2) l'évolution de la clientèle en traumatologie et les conséquences à long terme des traumatismes. De façon non-négligeable, le transfert des connaissances pourrait être favorisé par une approche intégrée et ainsi permettre des retombées cliniques plus importantes.

Cependant, il a été clairement exprimé, en lien avec la deuxième recommandation des États généraux, que la recherche intégrée n'est pas le seul modèle de recherche à valoriser en traumatologie. Il existe des besoins de recherche clinique propres à chacune des phases du continuum de soins et de services qui ne requièrent pas une approche de recherche intégrée. Citons, à titre d'exemple, le développement ou la validation d'outils de mesure spécialisés. Étant plus complexe et exigeante au plan organisationnel, il serait souhaitable de prendre en compte les expériences passées de recherche intégrée et, de façon particulière, identifier les obstacles survenus dans certains projets de recherche d'envergure pour ainsi maximiser la faisabilité des projets. Le Comité organisateur réitère que plusieurs recommandations des États généraux présentent des pistes d'actions susceptibles de favoriser la réussite d'une approche de recherche intégrée.

## Transfert des connaissances

Les participants aux États généraux 2007 avaient exprimé de façon unanime et convaincante leur préoccupation quant à l'importance d'améliorer et d'accroître le transfert des connaissances en traumatologie, ce qui s'était reflété par l'énoncé de trois recommandations<sup>5</sup>. Ces attentes à l'égard de la mise en œuvre d'actions concrètes en matière de transfert des connaissances ont incité le Comité organisateur de la consultation à poursuivre les débats sur ce sujet afin d'énoncer des pistes de solutions qui contribueraient à initier des changements réels au Québec. C'est dans cette optique que la consultation en ligne incluait une question et une discussion de type *forum* sur le transfert des connaissances. De plus, un conférencier-expert, M. Mathieu Ouimet, Ph.D. (Département des sciences politiques, Université Laval) a été invité à présenter une vue d'ensemble sur le sujet lors des journées d'échanges des 29 et 30 novembre 2007.

### Comprendre l'enjeu de l'application des données probantes

La raison d'être du transfert des connaissances telle que formulée par les Chaires de recherche du Canada, explique largement la préoccupation des intervenants, particulièrement celles des décideurs et des administrateurs. Il s'agit de :

*« ...combler le fossé entre la recherche et la pratique. [En effet,] Les enquêtes et les vérifications révèlent que, de plus en plus, les cliniciens omettent de se conformer aux lignes directrices bien établies concernant des aspects cruciaux des soins donnés aux patients. Malgré une augmentation marquée des fonds publics et privés alloués à la réalisation d'essais randomisés et à l'élaboration de lignes directrices, le système de soins de santé a été incapable d'intégrer les nouvelles connaissances à la pratique clinique et ne dispose même pas de la technologie de l'information la plus élémentaire nécessaire à cette intégration. »<sup>6</sup>*

Pour mieux comprendre l'état de la situation et les enjeux du transfert des connaissances, à partir des connaissances scientifiques sur le sujet, le conférencier expert a spécifiquement présenté ses vues et a commenté les pistes d'actions incluses dans les recommandations des États généraux. On trouvera à l'Annexe III un compte rendu sommaire des propos de M. Ouimet qui incluaient, entre autres, une définition de « données probantes » et une revue détaillée des obstacles à leur application qui seront très utiles pour encadrer la mise en œuvre des recommandations des États généraux.

---

<sup>5</sup> *Recommandation no18* : Structurer et soutenir la pratique du transfert des connaissances entre les équipes de recherche, les milieux cliniques, les milieux de travail, les milieux scolaires, les milieux communautaires et les milieux associatifs.

*Recommandation no19* : Accroître l'efficacité des activités de transfert des connaissances dans le but d'améliorer la qualité des soins.

*Recommandation no20* : Reconnaître, lors de l'évaluation des chercheurs, leur implication dans les activités de transfert des connaissances avec les milieux cliniques, administratifs et associatifs ainsi qu'avec les autres milieux intéressés par l'intégration sociale, au même titre que les activités plus traditionnelles.

<sup>6</sup> Site Web des Chaires de recherche du Canada :

[http://www.chaires.gc.ca/web/chairholders/viewprofile\\_f.asp?id=617&UniversityID=&SubjectID=&DisciplineID=&Researcher=&Keyword=&current\\_page=17&StartingRecord=161](http://www.chaires.gc.ca/web/chairholders/viewprofile_f.asp?id=617&UniversityID=&SubjectID=&DisciplineID=&Researcher=&Keyword=&current_page=17&StartingRecord=161)



## **Consultation en ligne (intranet) sur le transfert des connaissances**

La consultation en ligne a permis aux répondants de réaffirmer leur préoccupation et leur intérêt pour le transfert des connaissances. Il faut cependant noter que les résultats de la consultation sur le transfert des connaissances ne sont pas aussi exhaustifs que ceux sur les thématiques de recherche. Le Comité organisateur ne dispose pas de données quantitatives sur les opinions et propositions des intervenants sur le sujet. Toutefois, la question suivante avait été formulée sur le site intranet : « *Selon vous, quels sont les gestes que devrait poser le Consortium sur la recherche en traumatologie pour faire progresser le dossier [du transfert des connaissances] rapidement et de façon significative? »*

Les réponses à la question et les discussions sur le forum ont nettement confirmé les constats des États généraux à l'effet que la question du transfert des connaissances est complexe et qu'elle interpelle et préoccupe la majorité des intervenants. On constate que s'y attaquer exigera un effort considérable et novateur de la part de l'ensemble des acteurs de la traumatologie, incluant les partenaires suivants : les ordres professionnels, les employeurs, les syndicats, les assureurs, les représentants des usagers et les universités. La mise sur pied d'une structure de soutien et de coordination dotée des ressources humaines et financières appropriées à son mandat a été suggérée comme un moyen de stimuler le développement du transfert des connaissances. Il a également été mentionné que les activités de soutien à la communication devraient viser à diminuer les difficultés de dialogue entre les chercheurs et les cliniciens et à améliorer la compréhension mutuelle et favoriser l'adoption d'un langage commun. Nonobstant ces suggestions, un des enjeux des plus cruciaux pour que les cliniciens puissent participer activement au transfert des connaissances et à l'utilisation des données probantes demeure qu'une partie de leur temps de travail soit spécifiquement dédiée à ces tâches, ce qui ne semble être accessible actuellement qu'à une minorité de cliniciens.

## **Discussions lors des journées d'échanges**

Les discussions en sous-groupe et en plénière ont soulevé des éléments qu'il est important de rapporter. Sur la question du transfert des connaissances, il y a consensus sur la nécessité de sortir des discussions théoriques et de poser des actions concrètes. Par exemple, on pense à l'apport de professionnels tels les courtiers de connaissances ou les « best practice leaders ». Sur le plan des échanges en communauté de pratique, la consultation a démontré que ce mode de communication et de collaboration offre un potentiel intéressant. Le besoin de communication entre les chercheurs, les cliniciens et les décideurs des milieux de soins a été soulevé, mais il demeure que les établissements ne se sentent pas en mesure d'assumer seuls la responsabilité de l'utilisation des données probantes. De plus, soutenir le travail des chercheurs dans l'application des connaissances est envisageable, cependant, tous ne sont pas convaincus de la pertinence et de la nature de la contribution du chercheur à l'utilisation des données probantes.

Enfin, la question du financement des activités de transfert des connaissances a été abordée en plénière. Dans un contexte de rareté des fonds disponibles, certains intervenants seraient peu favorables à l'utilisation des fonds de recherche du Consortium pour financer la recherche sur le transfert des connaissances alors qu'il existe déjà des initiatives de recherche sur le transfert (FCRSS) et des fonds dédiés au transfert (IRSC).

## Constats sur le transfert des connaissances

Possiblement indicateurs d'un domaine difficile à cerner, les commentaires émis lors de la consultation ont montré une certaine hétérogénéité. Le Comité organisateur, après analyses et discussions, a jugé essentiel de partager avec le Consortium certains constats qui prolongent et enrichissent les échanges et les propositions des intervenants. Malgré l'ampleur de l'initiative sur le transfert des connaissances, cela ne doit pas freiner les actions concrètes à court terme. Nous devons reconnaître que l'objectif final, soit un *arrimage entre la production des données probantes (résultats de recherche) et l'amélioration de la qualité de soins dans tout le continuum de soins et de services en traumatologie*, devra s'étaler sur plusieurs années. Le Consortium n'étant qu'un acteur parmi d'autres, il ne peut à lui seul prendre le mandat de réaliser cet objectif. Cependant, il pourrait prendre des initiatives sur le transfert des connaissances et jouer un rôle de catalyseur dans le domaine de la traumatologie puisqu'il compte parmi ses membres ('les Partenaires du Consortium') des organisations qui disposent de moyens pour initier le 'changement' et ainsi interpeller d'autres acteurs à emboîter le pas vers l'atteinte de cet objectif.

Ainsi, dans l'optique de maintenir la conjoncture favorable créée par les différentes activités de consultation réalisées en 2007, il importe à court terme d'initier certaines actions concrètes. Rappelons, au préalable, qu'il est toujours d'actualité de prendre en compte et d'examiner attentivement les recommandations des États généraux sur le transfert des connaissances. La consultation a cependant permis de réitérer certaines actions ou de formuler d'autres pistes d'actions concrètes que le Comité organisateur énonce de la façon suivante :

- Organiser et entretenir un site internet-intranet-extranet qui pourrait servir de plaque tournante de communication pour le transfert des connaissances de la traumatologie au Québec. Tel un portail thématique 'transfert des connaissances' ce site pourrait être « hyperlié » avec les sites internet des partenaires du Consortium.
- Planifier et organiser les États généraux du transfert des connaissances en traumatologie selon un calendrier que le Consortium jugera approprié pour maintenir l'intérêt des différents acteurs de la traumatologie. Cela pourrait constituer un moyen privilégié d'interpeller plusieurs organisations qui ne font pas partie du Consortium et qu'il faudra rallier à l'objectif visé.
- Mobiliser les décideurs (institutions de recherche universitaires et organismes de subvention) et les chercheurs pour donner suite rapidement à la recommandation # 20 des États généraux 2007 qui porte sur la « Reconnaissance du travail des chercheurs en matière de transfert des connaissances ».
- Évaluer, sur une base expérimentale, les effets de la mise en place de 'courtiers de connaissances'.
- Développer et mettre en œuvre un programme et des outils dédiés à l'évaluation continue de l'efficacité du transfert des connaissances et mesurer son impact sur l'efficacité du continuum de soins et de services en traumatologie.

Comme la mise en œuvre d'actions concrètes exige une réflexion approfondie et que l'exercice demande la consultation d'experts et d'acteurs impliqués dans le continuum de soins et de services en traumatologie, le Comité verrait comme action initiale que le Consortium constitue :

***« un groupe de travail sur le transfert des connaissances en traumatologie qui pourrait, entre autres, examiner les recommandations contenues dans le rapport des États généraux et les différentes propositions émises lors de la présente consultation ».***

Somme toute, l'intérêt et la préoccupation démontrés pour le transfert des connaissances en traumatologie suggèrent que certains acteurs s'attendent à la mise en place de mesures concrètes à court terme pouvant même aller jusqu'à l'expérimentation et l'évaluation d'outils et d'activités de transfert des connaissances. C'est pourquoi le Comité organisateur soutient la suggestion de la création d'un groupe de travail sur le sujet qui permettrait au Consortium d'être conseillé sur les mesures à prendre pour que les résultats de la recherche contribuent davantage à l'amélioration de la qualité des soins dans le continuum de soins et de services en traumatologie.

## Conclusion

En complétant ce rapport, le Comité organisateur des États généraux de la recherche en traumatologie et de la consultation sur les thématiques de recherche termine une implication d'une année qui a permis aux différents acteurs du domaine de la traumatologie de se faire entendre sur les orientations à privilégier afin que ces dernières correspondent le plus possible aux besoins du milieu. On ne peut que souhaiter que cette synergie entre ces acteurs soit renforcée par des actions concrètes de la part d'organisations telles que le Consortium et ses partenaires qui disposent maintenant d'informations supplémentaires pour influencer le devenir de la recherche et de l'application des connaissances en traumatologie.

Dans cette optique, la consultation sur les thématiques de recherche peut être considérée comme un succès puisqu'à titre de première expérience de consultation, elle a interpellé un nombre important d'acteurs clés de la traumatologie autant lors de la consultation en ligne (n=80) que lors des journées d'échanges (n=72). Cela augmente d'autant la probabilité que les constats énoncés soient représentatifs des besoins de recherche et de transfert des connaissances dans le continuum de soins et de services en traumatologie. Cet exercice a néanmoins représenté une entreprise exigeante pour le Comité organisateur considérant l'ensemble des besoins particuliers qui ont été énoncés et qui, du point de vue d'un répondant, pouvaient être considérés comme importants. À la suite de son analyse, le Comité demeure confiant que les constats exprimés en faveur de la priorisation de cinq thématiques de recherche feront consensus chez les acteurs en traumatologie puisque ces thématiques rencontrent, de façon particulière, la finalité exprimée dans le cadre de référence, soit une contribution à l'amélioration de la qualité des soins et services. Nonobstant, l'identification de ces cinq thématiques prioritaires, il demeure important de prendre en compte certains besoins spécifiques (et possiblement prioritaires) exprimés dans l'une ou l'autre des phases du continuum de soins et de services.

Dans la foulée des États généraux, le processus de consultation et les discussions lors des journées d'échanges ont été des occasions de réaffirmer que le transfert des connaissances est un dérivé essentiel des activités de recherche. Ce sujet soulève de grandes préoccupations auxquelles il devient essentiel de prêter une attention immédiate car il en va de la crédibilité même des activités de recherche qui doivent contribuer davantage à l'amélioration de la qualité des soins et services. Bien que cette problématique ne soit pas unique à la traumatologie, il y a besoin d'agir et le Consortium et ses partenaires sont dans une position privilégiée pour assurer un leadership en ce sens et poser des actions concrètes. Il serait toutefois important que cela n'affecte pas son engagement dans le financement direct des activités de recherche.

Maintenir la diffusion de l'information avec les acteurs de la traumatologie et surtout l'intérêt suscité par les récentes activités de consultation demeure primordial au cours des prochaines années. 2007 aura été une année de réflexion...il serait souhaitable que 2008 puisse voir poindre des initiatives concrètes découlant de la mobilisation des acteurs de la traumatologie au Québec. Le Comité organisateur a œuvré afin que le présent rapport contienne suffisamment d'éléments pour que le Consortium puisse jouer son rôle pivot dans le développement de la recherche et du transfert des connaissances en traumatologie au Québec.

## **Annexe I**

### **Questionnaire de consultation sur Sakai**

# Questionnaire de consultation

## 1. Identification des répondants

- 1.1 Selon vos fonctions, vous vous considérez principalement :
1. Clinicien ou coordonnateur clinique
  2. Gestionnaire clinique ou coordonnateur administratif
  3. Administrateur
  4. Chercheur ou chercheur-clinicien
  5. Usager, proche ou représentant des usagers
- 1.2 À quelle phase de soins ci-dessous êtes-vous principalement associé(e)?
1. Soins aigus et réadaptation précoce
  2. Réadaptation fonctionnelle intensive
  3. Réadaptation-adaptation et intégration sociale et maintien dans la communauté
  4. Recherche intégrée (2-3 phases)
  5. Aucune phase spécifique

## 2. Cadre de référence de la recherche en traumatologie

- 2.1 Êtes-vous en accord globalement avec l'énoncé du cadre de référence de la recherche en traumatologie?
1. Totalement en désaccord
  2. En désaccord
  3. Indécis
  4. En accord
  5. Totalement en accord
- 2.2 Auriez-vous des ajouts ou modifications à proposer à ce cadre de référence?

## 3. Thématiques de recherche

3.1 **Thématique 1:** Caractérisation des clientèles (survie, déficiences, incapacités, situations de handicap, intégration sociale, qualité de vie) et identification de leurs besoins de soins et services

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.2 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.3 **Thématique 2 :** Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.4 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.5 **Thématique 3** : Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins et de services

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.6 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.7 **Thématique 4** : Facteurs de risque et prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.8 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.9 **Thématique 5** : Efficacité des soins et des services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins et de services

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.10 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.11 **Thématique 6** : Efficience (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et de services (approche intégrée)

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.12 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.13 **Thématique 7** : Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités cliniques (personnes âgées, ethnicité, admission précoce, télé-réadaptation, etc.)

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.14 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.15 **Thématique 8** : Conséquences à long terme des traumatismes et leurs coûts sociétaux

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.16 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.17 **Thématique 9** : Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches des victimes

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.18 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.19 **Thématique 10** : Contribution environnementale (facteurs physiques, technologiques, sociaux et politiques) à la réduction des incapacités et des situations de handicap

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.20 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.21 **Thématique 11** : Satisfaction de la clientèle à l'égard du continuum de soins et de services

Quelle importance accorderiez-vous à cette thématique de recherche en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Indiquez votre réponse sur l'échelle de 1 à 10. (1 = sans importance; 10 = extrêmement important)

3.22 Pourriez-vous commenter votre réponse à la question précédente ?

3.23 **Thématiques supplémentaires**

Y a-t-il une ou des thématiques de recherche non incluses dans la liste précédente que vous jugez importantes à privilégier au cours des prochaines années, en tenant compte de la finalité du cadre de référence? Veuillez les ajouter en leur donnant les numéros 12 et 13, pour référence ultérieure.

#### 4. Priorisation des thématiques de recherche

4.1 Veuillez sélectionner les trois thématiques de recherche que vous souhaiteriez voir privilégier au cours des prochaines années au Québec, en tenant compte de la finalité du cadre de référence.

Thématique 1 (Caractérisation des clientèles et identification de leurs besoins de soins et services)

Thématique 2 (Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques)

Thématique 3 (Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins)

Thématique 4 (Facteurs de risque et prévention des complications et des incapacités)



Thématique 5 (Efficacité des soins et des services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins)

Thématique 6 (Efficience du continuum de soins et services)

Thématique 7 (Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités cliniques)

Thématique 8 (Conséquences à long terme des traumatismes et leurs coûts sociétaux)

Thématique 9 (Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches des victimes)

Thématique 10 (Contribution environnementale à la réduction des incapacités et des situations de handicap)

Thématique 11 (Satisfaction de la clientèle à l'égard du continuum de soins et services)

Thématique 12 (si vous en avez proposé une)

Thématique 13 (si vous en avez proposé une)

## **5. Propositions de thèmes de recherche**

Comme les thématiques de recherche sont des énoncés qui décrivent de grands champs de la recherche en traumatologie, il serait utile de pouvoir recommander des propositions ou thèmes de recherche plus précis selon les clientèles ou les phases du continuum de soins et services qui pourraient orienter davantage les travaux du Consortium de recherche en traumatologie.

Si vous le souhaitez, vous pouvez décrire, pour l'une ou l'autre des thématiques (incluant celles que vous avez possiblement ajoutées à la question 24 de la partie 3), des propositions ou thèmes de recherche plus précis qui pourraient être privilégiés au cours des prochaines années. Autant que possible, veuillez identifier la (les) phase(s) du continuum de soins et la (les) clientèle(s) visée(s) par chaque thème que vous proposez.

5.1 Thématique 1 : Caractérisation des clientèles (survie, déficiences, situations de handicap, intégration sociale, qualité de vie) et identification de leurs besoins de soins et services)

5.2 Thématique 2 : Validation d'outils de mesure, de procédures d'évaluation et de modèles analytiques

5.3 Thématique 3 : Développement et évaluation d'interventions spécifiques dans une phase du continuum de soins

5.4 Thématique 4 : Facteurs de risque et prévention des complications (déficiences secondaires) et des incapacités

5.5 Thématique 5 : Efficacité des soins et des services dispensés dans chacune des phases du continuum de soins

5.6 Thématique 6 : Efficience (coûts/efficacité/bénéfices) du continuum de soins et services (approche intégrée)

5.7 Thématique 7 : Adaptation des pratiques et interventions aux nouvelles réalités cliniques (personnes âgées, ethnicité, admission précoce, télé-réadaptation, ...)

5.8 Thématique 8 : Conséquences à long terme des traumatismes et leurs coûts sociétaux

5.9 Thématique 9 : Impact du traumatisme et de la nouvelle condition de vie sur la famille et les proches des victimes

5.10 Thématique 10 : Contribution environnementale (facteurs physiques, technologiques, sociaux et politiques) à la réduction des incapacités et des situations de handicap

5.11 Thématique 11 : Satisfaction de la clientèle à l'égard du continuum de soins et services

5.12 Thématique 12 (si applicable)

5.13 Thématique 13 (si applicable)

## **6. Transfert des connaissances**

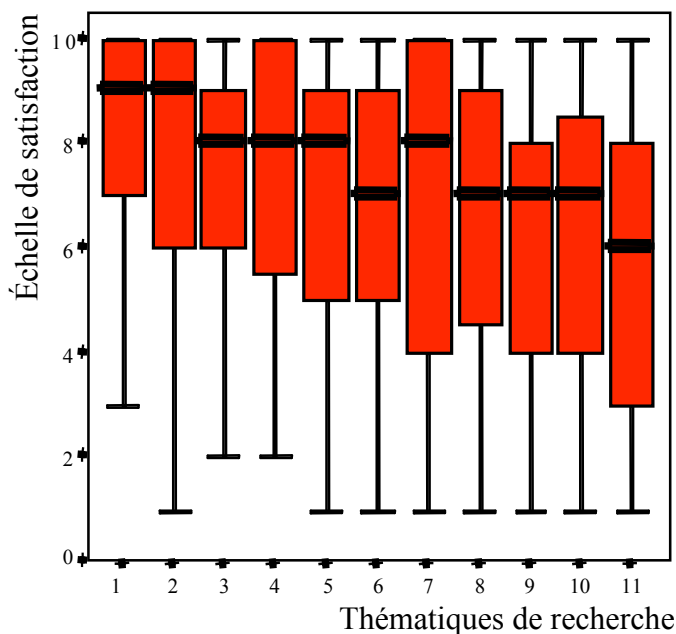
6.1 Deux des recommandations issues des États généraux 2007 portent spécifiquement sur le transfert des connaissances (voir le texte des recommandations dans le fichier ci-dessous). Ensemble, elles s'adressent à un très large éventail d'acteurs qui dépasse nettement les organismes représentés aux États généraux et au sein du Consortium de la recherche en traumatologie (ex.: les ordres professionnels). La mise en œuvre des actions identifiées pour donner suite aux recommandations implique une concertation et une collaboration de tous les acteurs.

Selon vous, quels sont les gestes que devrait poser le Consortium de la recherche en traumatologie pour faire progresser le dossier rapidement et de façon significative ?

## **Annexe II**

### **Diagramme de l'importance des thématiques (Aspect quantitatif)**

## Importance des thématiques



## Description des thématiques

1. Facteurs de risques et prévention des complications
2. Évaluation d'interventions spécifiques
3. Efficacité des soins/services
4. Adaptation des pratiques aux réalités nouvelles
5. Efficience du continuum de soins
6. Validation d'outils/modèles
7. Caractérisation des clientèles
8. Impact sur la famille et les proches
9. Contributions environnementales à la réduction des incapacités/handicaps
10. Conséquences à long terme des traumatismes
11. Satisfaction de la clientèle

Pour le lecteur non familier avec un tel diagramme ('boîte et moustache'), il permet de présenter la distribution de tous les scores (ici de 1 à 10 au plan de l'importance de chaque thématique) :

- La ligne horizontale noire dans la boîte rouge représente la médiane (50% des scores de la distribution en dessous de la valeur).
- Les extrémités (inférieure et supérieure) de la boîte représentent le 25<sup>ème</sup> percentile et le 75<sup>ème</sup>, respectivement. Donc, 25% des scores se situent au dessus (rang centile 75) et en dessous (rang centile 25) des extrémités de la boîte.
- Les moustaches (lignes verticales se terminant par une petite ligne horizontale) représentent l'étendue de tous les scores obtenus.

## **Annexe III**

**Transfert des connaissances  
(Présentation de M. Mathieu Ouimet, Ph.D.)**

**Présentation de M. Mathieu Ouimet, Ph.D.**  
**Professeur adjoint, Département des sciences politiques, Université Laval**  
**Québec, 30 novembre 2007**

### **Définition de données probantes**

À titre de pierre d'assise de notre démarche, considérons d'abord la définition de données probantes que propose M. Ouimet.

La FCRSS présente deux types de données probantes :

- Les données informelles : « tout élément qui permet d'établir un fait ou donne raison de croire quelque chose » (Lomas et coll. 2005). Ce sont, par exemple, les connaissances échangées entre collègues.
- Les données scientifiques : « une connaissance qui est explicite (c'est-à-dire codifiée et propositionnelle), systémique (qui utilise des méthodes transparentes et explicites de codification) et répétable (c'est-à-dire qu'en appliquant les mêmes méthodes aux mêmes échantillons, on obtiendra les mêmes résultats) » (Lomas et coll. 2005).

La conception orthodoxe de la donnée probante repose sur une hiérarchisation<sup>7</sup> des évidences et pour l'orthodoxie, tout ce qui se situe en dessous des essais contrôlés randomisés est exclus de la définition des données probantes. Le Collège des médecins a d'ailleurs pris position sur cette question. Retenons que « si le médecin doit s'abstenir, dans un contexte de soins, d'avoir recours à des traitements non reconnus, il est autorisé, voire encouragé, à y recourir dans un contexte de recherche ». <sup>8</sup>

Les données probantes ne sont pas absolument infaillibles parce que les instruments expérimentaux eux-mêmes sont faillibles à deux égards : la reproduction des expériences repose en partie sur le savoir tacite, donc non consigné, et pour être utilisées, les données passent forcément par l'interprétation qui elle, est flexible.

Donc, pour compléter la définition des données probantes, il est nécessaire de dépasser les limites imposées par la vision orthodoxe des données probantes.

### **Obstacles à l'utilisation des données probantes**

La réflexion sur les obstacles à l'utilisation des données probantes a pour but d'ouvrir les portes vers des pistes de solutions.

Les obstacles sont présentés ici en trois groupes : 1) les obstacles à l'appropriation de la recherche par les cliniciens (généralement les médecins), 2) les obstacles à l'utilisation de la

---

<sup>7</sup> Voir le tableau en annexe. Adapté de McGovern DPB et al. (2001), Key Topics in Evidence-Based Medicine, Oxford, BIOS, p.15

<sup>8</sup> Voir *Le médecin et les traitements non-reconnus*, mars 2006, p.4

recherche par les gestionnaires et responsables de politiques dans le secteur de la santé, 3) les obstacles structurels propres aux deux catégories d'utilisateurs.

Les obstacles à l'appropriation de la recherche par les cliniciens<sup>9</sup> sont de trois ordres. Premièrement, ce sont les obstacles liés à l'environnement de la pratique clinique, soit l'absence d'incitation financière (la plupart des médecins sont des entrepreneurs payés à l'acte), les contraintes organisationnelles (ex. manque de temps), la perception du risque de poursuites légales et la volonté des patients.

Deuxièmement, ce sont les obstacles liés au contexte social et aux opinions établies, soit les standards de la pratique (confort de la routine), les leaders d'opinion (qui peuvent être en désaccord avec des évidences), la formation médicale (savoirs obsolètes) et le lobbying (ex. : celui des compagnies pharmaceutiques).

Troisièmement, ce sont les obstacles liés aux savoirs et aux attitudes (dans le contexte professionnel), soit la confiance en ses propres compétences, le besoin d'agir rapidement et le volume des informations disponibles (incapacité d'évaluer les évidences).

On connaît plusieurs interventions qui favorisent l'appropriation de la recherche chez les cliniciens et certaines d'entre elles ont été évaluées selon des protocoles expérimentaux. Ce sont les stratégies éducationnelles (ex. visites de formation), la vérification et la rétroaction (*audit and feedback*), les systèmes d'aide-mémoire (*reminders*), le partage des tâches et la collaboration interprofessionnelle, etc.

Il importe de noter que le changement de pratique n'est pas totalement sous le contrôle des cliniciens. Les obstacles à l'utilisation des données probantes chez les cliniciens sont multiples et se situent à plusieurs niveaux (le professionnel, l'équipe, l'établissement, l'organisation générale des soins, les ressources, le leadership, et l'environnement politique), ce qui complexifie notre réflexion sur les façons de favoriser l'appropriation des données probantes.

On observe que plusieurs interventions sont efficaces lorsque « combinées » avec d'autres<sup>10</sup>.

En ce qui a trait aux obstacles chez les gestionnaires et responsables de politiques, ils sont documentés par deux revues systématiques d'études observationnelles et de protocoles qualitatifs<sup>11</sup>. Le premier et le plus répandu est l'absence de contact direct entre les chercheurs et les décideurs (un paradigme à la FCRSS); les autres sont le manque de synchronisation (*timing*) entre la disponibilité des résultats et l'élaboration des politiques, la faible pertinence de la

---

<sup>9</sup> Source: Oxman A, Flottorp S. An overview of strategies to promote implementation of evidence-based health care. Dans : Silagy C, Haines A (dir.). Evidence-based practice in primary care, 2e édition. Londres: BMJ books, 2001.

<sup>10</sup> Source: Grol R, Grimshaw J., From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet Vol 362, 2003: 1225-1230.

<sup>11</sup> Innvaer et coll. (2002). « Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review », Journal of Health Services Research and Policy 7(4): 239-244 ; et Lavis et coll. (2005), « Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making », Journal of Health Services Research & Policy 10(S1): 35-48.

recherche (dans les perceptions des responsables de politiques), la faible confiance mutuelle entre les chercheurs et les décideurs, les luttes de pouvoir et luttes budgétaires, la mauvaise qualité de la recherche, l'instabilité politique et le roulement du personnel et le manque de compétences (*skills*) d'analyse critique des données probantes.

Les obstacles structurels sont propres aux deux types d'utilisateurs et se présentent en quatre groupes. Premièrement, l'accès aux connaissances scientifiques. L'accès physique aux études est beaucoup plus limité qu'on le croit, tant à partir de son poste de travail que dans les centres de documentation, en raison surtout des coûts élevés des abonnements notamment aux bases de données bibliographiques et à la veille informationnelle. Ensuite, l'accès cognitif qui varie selon la capacité de l'utilisateur d'absorber les connaissances accessibles (identification, assimilation, exploitation).

Deuxièmement, le volume des connaissances disponibles est en croissance constante et les revues systématiques<sup>12</sup> qui sont une réponse à cette difficulté n'arrivent à couvrir qu'une partie des études, sans oublier que leur ouverture à d'autres protocoles que les essais contrôlés randomisés a pour effet d'amplifier le défi.

Troisièmement, l'asymétrie de l'information entre chercheurs et utilisateurs peut avoir deux conséquences connues, soit la sélection adverse (risque de perte de temps associée à de la recherche qui ne mène pas à l'information pertinente) et l'aléa moral (possibilité que le chercheur développe une attitude opportuniste dont un exemple extrême serait la fraude scientifique). Elle pose également l'enjeu de la qualité de la recherche.

Les moyens proposés par les économistes pour composer avec une situation d'asymétrie de l'information entre vendeurs (chercheurs) et acheteurs (utilisateurs) sont les garanties (difficilement applicables à la science), les contrats formels (recherches commanditées), la réputation (des chercheurs et diffuseurs), les experts (pour évaluer la qualité des études), les standards (en fonction desquels les études sont évaluées), les certificats (qui attestent qu'une étude a été évaluée par des experts utilisant des standards) et l'obligation de transparence (du processus d'évaluation de la qualité de la recherche).

Quatrièmement, la nature des connaissances disponibles : les données probantes sont entourées d'incertitude (la science est faillible) et les études scientifiques sont à la fois complexes et diverses. Par conséquent, l'acquisition d'une pluralité de connaissances méthodologiques est nécessaire à l'analyse critique des connaissances scientifiques disponibles et elle pose un énorme défi pour une organisation dont la mission première n'est pas directement liée à la recherche. D'autant plus qu'on tient pour acquis que la formation universitaire des cliniciens suffit pour détenir ces compétences. L'évaluation de la qualité des connaissances disponibles est donc un enjeu important.

---

<sup>12</sup> Par exemple, Cochrane - dont le volet francophone est en émergence à Québec – demeure un outil incontournable.



## **Réflexions sur les pistes d'action proposées dans le rapport des États généraux 2007**

De façon générale, les réflexions de M. Ouimet confirment la pertinence des recommandations des États généraux. Certaines pistes d'actions soulèvent des interrogations quant à leur faisabilité, d'autres ont besoin d'être raffinées mais elles ont toutes le mérite de contribuer à la finalité du cadre de référence de la recherche en traumatologie. En voici des exemples particulièrement pertinents :

**Piste 18.1 : *Exiger des équipes de recherche une description spécifique des méthodes, activités et évaluations propres au transfert des connaissances et que ces éléments soient pris en compte lors de l'évaluation de la qualité et de la pertinence des projets.***

Il y a peu d'évidence sur les « bonnes pratiques » spécifiques à la traumatologie. Par conséquent, sur quelle base pourra-t-on évaluer la qualité de la section *transfert des connaissances* des projets de recherche (qui évaluera, selon quels critères et quelle pondération, etc.) ?

**Piste 18.2 : *Appliquer, comme critère d'évaluation des demandes de subvention, l'implication des équipes cliniques lorsqu'applicable.***

Établir des liens d'échanges entre chercheurs et utilisateurs est le paradigme privilégié par la FCRSS (J. Lomas) et une pratique validée par plusieurs études observationnelles en transfert des connaissances. L'expression « lorsque applicable » est importante car le réseautage et la collaboration ne sont pas l'unique moyen de favoriser l'utilisation des données probantes.

**Piste 18.3 : *Attribuer les ressources humaines, financières et informationnelles adéquates pour la mise en place de moyens (guides et processus) et de pratiques (routines) de transfert des connaissances entre les équipes de recherche, les milieux concernés et les usagers (milieux associatifs).***

Sur le plan des ressources humaines en transfert des connaissances, certains préconisent l'embauche de « courtiers de connaissances » dont le rôle est à la fois de faciliter l'utilisation des connaissances scientifiques et de mettre les intervenants en relation. L'enjeu est que les compétences en méthodologie sont primordiales et constituent un défi important sur le plan de la formation des courtiers de connaissances.

D'autre part, sur le plan des ressources informationnelles en transfert des connaissances, il est évident que l'innovation en matière de technologies de l'information peut être d'un apport considérable. Il faut améliorer l'accès, réduire au maximum l'effort que le clinicien doit déployer pour accéder à l'information et innover sur le plan de la veille informationnelle (personnaliser et miser sur les synthèses).

**Piste 18.7 : *Dédier, lorsque applicable, un pourcentage significatif des subventions demandées par les chercheurs à cet effet.***

Le chercheur a une responsabilité mais comme le clinicien, il a beaucoup à faire... mais du financement pourrait aider.

**Piste 19.1 : Inventorier les modes de transfert des connaissances actuellement utilisés pour favoriser l'amélioration de la qualité des soins.**

Oui, un exercice de « *scoping review* » sur les interventions favorisant l'appropriation des connaissances en traumatologie serait un bon point de départ. On pourrait également procéder à une revue systématique, si nécessaire.

**Piste 19.2 : Développer un guide des bonnes pratiques de transfert des connaissances destiné aux acteurs concernés par la recherche et l'application de ses résultats.**

Cette proposition découle de la piste d'action précédente. Pour déterminer ce qui est une bonne pratique, il faut l'évaluer :

**Piste 19.3 : Piloter une véritable communauté de pratique entre les équipes de recherche et les milieux cliniques.**

Voilà un projet intéressant (permet le transfert de connaissances tacites), mais ambitieux (fondé sur le volontariat). Une étude de faisabilité s'impose pour voir si les gens seraient intéressés à participer.

**Piste 19.4 : Élaborer et mettre en oeuvre des outils et méthodes d'évaluation des résultats du transfert des connaissances.**

L'évaluation est primordiale afin de s'assurer de l'efficacité des interventions en transfert des connaissances. On pourra tirer profit des recherches présentement financées par les IRSC sur le sujet.

### **Période de discussion avec M. Ouimet**

Le nouveau courant « *Practice Based Evidence* » (documenter l'efficacité des nouvelles pratiques) doit retenir l'attention des intervenants et les administrateurs et décideurs s'intéresseront également au « *Evidence Based Policy Making* » que certains préfèrent appeler « *Evidence Informed Policy Making* ».

Le temps requis pour que des données probantes répondent aux questions des décideurs est une facette de la qualité de la recherche mais l'attente ne devrait pas paralyser les décisions pour autant. C'est pourquoi la pratique (encore jeune et peu documentée) du « *Shared Decision Making* » est de grand intérêt pour les décideurs. D'autre part, il ne faut pas oublier l'utilité de la convergence des études qui permet des synthèses de haut niveau.

En plus des ressources humaines, les systèmes canadiens de santé ont un besoin pressant d'infrastructures informationnelles pour le transfert des connaissances. Un bilan de ces structures est en cours au Canada. Pour le transfert en traumatologie, ce sera une source d'information importante pour faire le point sur la question avant de prendre les décisions pertinentes.

## **Annexe IV**

### **Programme des journées d'échanges**

## Jeudi 29 novembre 2007

<b>9h00 à 10h00</b>	Accueil et inscription des participants
<b>10h00 à 10h10</b>	Mot de bienvenue de <i>M. Claude Dussault</i> <i>Directeur général adjoint, Évaluation, recherche et affaires extérieures, MSSS</i>
<b>10h10 à 10h50</b>	Allocution de <i>Dr. Michel A. Bureau, MD</i> <i>Directeur général des services de santé et de la médecine universitaire,</i> <i>Responsable du programme de traumatologie, MSSS</i>
<b>10h50 à 11h10</b>	Retour sur les États généraux
<b>11h10 à 11h30</b>	Explication de la démarche, des résultats attendus et du déroulement des discussions
<b>11h30 à 12h00</b>	Résultats de la consultation en ligne sur le cadre de référence et discussion en plénière
<b>12h00 à 13h00</b>	Dîner
<b>13h00 à 13h45</b>	Résultats de la consultation en ligne sur les thématiques et thèmes de recherche
<b>13h45 à 15h15</b>	Discussions en groupes sur les thématiques de recherche (par phase)
<b>15h15 à 15h30</b>	Pause
<b>15h30 à 16h30</b>	Rapports des groupes et discussion en plénière
<b>16h30 à 17h15</b>	Présentation (et explications) sur les types de recherches et subventions, le soutien de la relève et discussion en plénière
<b>17h15 à 18h00</b>	Cocktail
<b>18h00</b>	Souper

## Vendredi 30 novembre 2007

<b>7h30 à 8h30</b>	Déjeuner continental
<b>8h30 à 8h45</b>	Rappel des résultats des discussions de la veille
<b>8h45 à 10h00</b>	Discussions en groupes sur les thématiques de recherche (par clientèle)
<b>10h00 à 10h15</b>	Pause
<b>10h15 à 11h15</b>	Rapports des groupes et discussion en plénière
<b>11h15 à 12h15</b>	Présentation de <i>M. Mathieu Ouimet, Ph.D</i> sur le transfert et l'application de connaissances et sur l'utilisation des données probantes <i>Professeur, Département de sciences politiques, Université Laval</i>
<b>12h15 à 12h30</b>	Mot de clôture ( <i>M. Claude Dussault et M. Bertrand Arsenault</i> ) <i>Bertrand Arsenault, Directeur scientifique du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR)</i>
<b>12h30</b>	Dîner

## **Annexe V**

### **Liste de participants**

Arsenault, Bertrand  
Bianki, André  
Boileau, Paul-Émile  
Boivin, André  
Boucher, Normand  
Bouillé, Suzanne  
Bureau, Michel A.  
Cabanne, Gabriel  
Cardinal, René  
Chaput, Geneviève  
Chauny, Jean-Marc  
Chouinard, Jocelyn  
Cloutier, Mario  
Côté, Mario  
Côté, Sylvie  
Coutu, Marie-France  
De Bellefeuille, Mario  
Ducharme, Madeleine  
Dufour, Monique  
Dussault, Claude  
Émond, Marcel  
Feyz, Mitra  
Fournier, Christine  
Fournier, Mylène  
Fréchette, Pierre  
Gadoury, Michelle  
Gagnon, Isabelle  
Gélinas, Isabelle  
Genest, René  
Giguère, Jean-François  
Girard, Michel  
Giroux, Alain  
Grimard, Guy  
Guérin, Fanny  
Jaseliunas, Odetas  
Jobin, Sylvie  
Laliberté, Jacques

Lapierre, Christian  
Lapointe, Jean  
Laramée, Marie-Thérèse  
Larivière, Christian  
Lauzon, Anne  
Lavergne, Louise  
Lavoie, André  
Lecours, Julie  
Legris, Yvon  
Loisel, Patrick  
Malo, Denise  
Marcotte, Anne-Claire  
Martin, Jean-Claude  
McFadyen, Bradford James  
McKerral, Michelle  
Michallet, Bernard  
Miljours, Sylvain  
Mitchell, Pierre  
Nadeau, Sylvie  
Noreau, Luc  
Ouimet, Mathieu  
Rheault, Marcel  
Roussy, Sylvain  
Routhier, François  
Sirois, Katia  
Sirois, Marie-Josée  
St-Amour, Marie  
St-Gelais, Éric  
Swaine, Bonnie  
Tousignant, Gilles  
Truchon, Catherine  
Truchon, Manon  
Turgeon, Alexis  
Tze, Nancy  
Uwimana, Alphonsine  
Verdant, Colin  
Zelaya, Walter