

Université de Montréal

**Entre les connaissances et la pratique de santé publique :
un monde de collaborations**

par

Geneviève Lamy

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en santé communautaire

Mars 2011

© Geneviève Lamy, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Entre les connaissances et la pratique de santé publique : un monde de collaborations

présenté par :
Geneviève Lamy

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Richard Massé, président-rapporteur
Angèle Bilodeau, évaluatrice externe
Lise Gauvin, directrice de recherche
Sylvie Miaux, codirectrice de recherche

Résumé

La santé publique n'échappe pas au courant actuel qui valorise le développement d'une culture de décision et d'action axée sur l'utilisation des données probantes. Des études qui portent sur les services de santé et les politiques publiques en lien avec les services de santé proposent diverses stratégies interactives entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances pour favoriser le passage de la théorie vers la pratique. Dans ce contexte, une place importante est accordée aux activités de partage et d'utilisation des connaissances (PUC) au sein des organisations de santé. Or, la mise en œuvre de ces stratégies est peu documentée dans le cadre particulier de la pratique de la santé publique.

Pour dégager les processus qui œuvrent au cœur du phénomène dans la pratique de la santé publique sur le territoire montréalais, des cadres au niveau de la direction régionale ont été interrogés sur leurs expériences et leurs perceptions relatives aux activités de PUC. L'analyse du corpus par théorisation ancrée a permis l'émergence de certains concepts clés qui ont été intégrés de manière à formuler une théorie substantive du partage et de l'utilisation des connaissances.

La synergie entre le savoir, le savoir-faire et le savoir être se traduit par un savoir agir complexe des acteurs et des organisations qui implique avant tout un climat propice à la collaboration. L'importance accordée à la dimension relationnelle au cœur des activités de PUC témoigne de la volonté de mettre en place des structures collaboratives et de s'éloigner graduellement d'une gestion hiérarchique des savoirs dans la pratique de la santé publique à Montréal. Cette analyse démontre que les défis relatifs à la mise en œuvre d'activités de PUC dépassent les préoccupations reliées aux étapes du processus de transfert des connaissances tel que présenté par la plupart des modèles conceptuels traditionnels.

Mots-clés : partage et utilisation des connaissances, transfert, collaboration, théorie ancrée, données probantes, santé publique, compétences

Abstract

In recent decades, the gap between research and practice has been underscored in the public health literature. Although there has been increased emphasis on evidence-based interventions and decision-making, little is known about the successful translation of knowledge into action. Currently, health services and public policy researchers rely on strategies that involve two-way exchange between research users and knowledge producers, but their effectiveness is rarely measured. Accordingly, health organisations hold a variety of knowledge transfer and exchange (KTE) activities to better bridge the gap between evidence and practice.

The primary aim of the present study was to describe the KTE processes used within public health practices on the Island of Montreal. Managers at the regional level were interviewed on their experience and perceptions of KTE activities. A grounded theory analysis was performed on the transcribed semi-structured interviews. The formulation of a substantive theory of KTE was produced through the integration of emerging concepts.

Results show that there can exist a synergy between “*knowledge*”, “*knowing how to do*” and “*knowing how to be*” which can be defined as a “*complex knowing how to act*” within the practice of public health. A prerequisite to linking these skills and initiating KTE activities is a collaborative climate involving a strong relational component. Within this framework, challenges must be conceptualised differently than they usually are in traditional conceptual models. Beyond the strategies chosen, a better understanding of human relations is definitely a key to making effective translation from research to practice.

Keywords : Knowledge transfer and exchange, collaboration, grounded theory, evidence-based, public health, competencies

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre I – Recension liminaire.....	5
1.1 La notion de partage et d'utilisation des connaissances.....	6
1.2 La théorisation ancrée : des origines aux débats.....	10
1.3 Le processus d'analyse.....	11
1.4 Prémisses méthodologiques.....	14
1.5 La santé publique au Québec.....	16
Chapitre II – Méthodologie.....	21
2.1 La stratégie d'échantillonnage.....	22
2.2 Les outils de collecte de données.....	22
2.3 Le processus de codification vers la réduction des données.....	24
2.4 Rigueur scientifique.....	26
Chapitre III – Présentation des résultats.....	27
3.1 Description des participants.....	27
3.2 Description sommaire du journal de bord et des mémos.....	27
3.3 Description des catégories conceptuelles.....	32
3.3.1 Le contexte.....	34
3.3.2 Le savoir.....	34
3.3.3 Le savoir-faire.....	37
3.3.4 Le savoir être.....	46
3.3.5 Les moteurs ou les freins aux activités de PUC.....	47
3.3.6 La collaboration.....	52
Chapitre IV – Recension des écrits post-analyse.....	59
4.1 Niveau individuel : le concept de compétence.....	59
4.2 Niveau relationnel : le concept de collaboration.....	62
4.3 Niveau organisationnel : le concept de texture.....	65
Chapitre V – Intégration des catégories conceptuelles.....	69
Discussion.....	75
Conclusion.....	79

Liste des tableaux

Tableau I	Modèles d'utilisation des connaissances.....	8
Tableau II	Principaux changements législatifs qui touchent la santé publique au Québec.....	17
Tableau III	La santé publique dans la structure de gouverne du système de santé québécois.....	18
Tableau IV	Portrait des entrevues	23
Tableau V	Présentation du processus d'analyse	25
Tableau VI	Rigueur de l'analyse en quatre points	26
Tableau VII	Profil des répondants.....	27
Tableau VIII	Répartition des mémos et des notes du journal de bord	28
Tableau IX	Conceptualisation primaire du corpus	32
Tableau X	Conceptualisation transversale du corpus.....	33
Tableau XI	Présentation des activités de PUC	38
Tableau XII	Répartition des moteurs et des freins aux activités de PUC.....	48
Tableau XIII	Dimensions de l'environnement organisationnel.....	67

Liste des figures

Figure 1	Étapes de la méthode de recherche en théorie ancrée	6
Figure 2	Logique de réduction des données vers une conceptualisation du corpus	12
Figure 3	Critères de rigueur à suivre selon les paradigmes	15
Figure 4	Illustration de la posture méthodologique	21
Figure 5	Évolution de la codification initiale à la catégorisation	52
Figure 6	Trois dimensions de la compétence	60
Figure 7	Dynamique des compétences individuelles et collectives	61
Figure 8	L'essence du leadership pour un avantage collaboratif	64
Figure 9	L'organisation dans son environnement	66
Figure 10	Le savoir agir complexe	71
Figure 11	La texture de l'organisation	72
Figure 12	Le modèle intégrateur	73

*«À Zackary qui me donne envie d'aller toujours
plus loin. Je porte sa flamme dans tout ce que
j'accomplis».*

Remerciements

J'ai eu la chance d'avoir une maman qui m'a appris l'indépendance et l'autonomie. La confiance qui s'est bâtie entre nous a contribué à forger mon identité et à développer mes ailes d'aventurière. Stimulée par la découverte, me voilà aujourd'hui en train d'achever des études de maîtrise.

Un merci particulier à Dominique Meunier et à Line Grenier qui m'ont transmis leur passion pour la méthodologie de la recherche et qui ont su démystifier habilement ses abstractions lors de mon passage au département de communication de l'Université de Montréal.

Quel privilège d'avoir intégré la Direction de santé publique de Montréal dans le cadre de mon projet de maîtrise. Derrière cette opportunité se cache la générosité de Michel Rossignol qui m'a accueillie dans le secteur Enseignement et Recherche. Un grand merci à ma collègue Marie-Josée Béchard avec qui j'ai eu beaucoup de plaisir à échanger autant sur des principes méthodologiques que sur des questions existentielles.

J'ai trouvé la complice idéale en Lise Gauvin pour prolonger cette aventure académique au deuxième cycle. J'admire sa rigueur, son énergie et l'enthousiasme dont elle fait preuve lorsqu'elle s'engage dans un projet. J'ai bénéficié de ses forces et de son expérience tout au long de mon cheminement de maîtrise. Ses conseils m'ont permis d'avancer et de m'affirmer dans le monde de la recherche. Nous formions un brillant duo et j'espère avoir l'occasion de travailler à nouveau avec elle dans le futur.

J'ai également eu la chance d'être accompagnée par Sylvie Miaux qui m'a aidée à éclairer les coins plus sombres de ma démarche. Sa sensibilité théorique m'a permis de réconcilier certains aspects méthodologiques qui m'apparaissaient incompatibles à la base.

Ces derniers mots reviennent à mon amour qui m'inspire chaque jour davantage par sa détermination et sa combativité. Ses encouragements et son sens critique m'ont aidée à accomplir cet important travail intellectuel. Mon ange, je suis fière que tu sois dans ma vie.

Introduction

«Comparée à la médecine qui se fait, la santé publique, quant à elle, se dit» (Fassin, 2000).

Il est souvent reproché à la santé publique d'être davantage dans le discours que dans l'action. S'il est vrai que les ponts entre la théorie et la pratique sont parfois ambitieux à construire, notre imaginaire collectif entretient aussi de nombreux préjugés sur le caractère irréconciliable de ces deux communautés qui possèdent un langage différent (Lomas, 1997; Bero & al., 1998; Caplan, 1979). Cette préoccupation se traduit par une multiplication d'études qui s'intéressent à l'action fondée sur les données probantes via l'utilisation des connaissances scientifiques, majoritairement dans le domaine des services de santé ou des politiques publiques, mais récemment aussi en santé publique (Straus & al., 2009; Lemieux-Charles & Champagne, 2004; Jacobson & al., 2005; Landry & al., 2006; Green & al., 2009; Brownson & al., 2009; Glasgow & Emmons, 2007; Tetroe & al., 2008; Lavis & al., 2003). Certaines stratégies sont alors proposées par les chercheurs pour développer une culture de décision et d'action davantage axée sur l'utilisation de la recherche scientifique. La notion d'interaction entre producteurs et utilisateurs de connaissances s'inscrit au cœur de ce courant qui valorise les activités de partage et d'utilisation des connaissances (PUC) comme moyen de rapprocher les deux univers (Mitton & al., 2007; Lomas, 2000; Lavis, 2006; Denis & al., 2003; Kothari & al., 2005; Ginsburg & al., 2007).

Dans cette foulée, plusieurs organismes qui subventionnent la recherche scientifique se sont donnés comme mandat d'encadrer et de soutenir les études dans ce domaine particulier (le Fonds de recherche en santé du Québec, les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé). D'autres organismes canadiens pilotent également des projets visant l'intégration des connaissances scientifiques dans les pratiques professionnelles de santé publique. Soulignons la création du Programme de contribution des centres de collaboration nationale en santé publique au Canada (2004) qui a été «*conçu pour promouvoir et soutenir l'utilisation des connaissances et des données probantes par les praticiens et les décideurs de la santé publique partout au Canada. Chaque centre a un mandat national axé sur un secteur particulier de première importance pour la santé publique*» (site de l'Agence de la santé publique du Canada).

Au Québec, l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) est un consortium formé par l'Institut national de santé publique du Québec, des universités

québécoises, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences régionales, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. Cette initiative porte plus particulièrement sur la gestion du changement dans les organisations, la pratique de la santé publique et le développement des communautés. Elle vise notamment un meilleur arrimage des activités effectuées en matière de développement de compétences et de partage des connaissances expérientielles et scientifiques en lien avec l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Aux États-Unis, la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) est réputée pour le développement des capacités organisationnelles et individuelles de production et de partage de savoirs qui appuieront des interventions efficaces ou influenceront la création de politiques publiques (Gutman & al., 2009). Puis, une autre organisation nationale à but non lucratif, le Public Health Foundation, valorise l'usage des données probantes pour accroître la performance en santé publique. En 2007, la mention suivante figurait dans le plan stratégique de la fondation : *“There is an increasing demand for evidence-based strategies and higher expectations for accountability of government performance. Also, there is an increased desire to monitor and measure quality of healthcare and public health services”*.

Si le concept de partage et d'utilisation des connaissances est présent depuis un bon moment dans la littérature, les détails de son implantation dans différents milieux et l'évaluation des résultats y étant associés manquent à l'appel. Selon Mitton & al. (2007), d'autres recherches se doivent d'être effectuées pour documenter l'application de stratégies de PUC dans le but d'accroître les pratiques fondées sur les données probantes. Dans le contexte particulier de la pratique de la santé publique au Québec ou ailleurs, il y a peu de recherches qui portent sur les stratégies de PUC mises en œuvre par les acteurs (voir Brownson & al. 2009 pour les exceptions à cette généralisation). Tel que mentionné précédemment, la documentation scientifique actuelle porte davantage sur les dynamiques entre les décideurs et les chercheurs principalement dans le domaine des services de santé. Tout porte à croire que les enjeux autour des activités de PUC diffèrent selon les milieux et les types de relations entretenus par les acteurs impliqués dans ce processus. Bien que certaines réflexions tirées de ces écrits puissent être transférables dans un contexte de pratique de la santé

publique, il semblerait judicieux de documenter la réalité de ce domaine avant d'intégrer ou de modifier des stratégies de PUC existantes.

Dans le but de mieux cerner les enjeux relatifs aux activités de PUC dans la pratique de santé publique sur le territoire montréalais, Mme Lise Gauvin Ph.D. et Dr Michel Rossignol dirigent une étude intitulée «*Le partage et l'utilisation des connaissances dans le réseau montréalais de la santé publique : bilan des activités actuelles et plausibilité/légitimité d'accroître et diversifier les activités*» (voir description du projet à l'annexe A). Cette étude vise, entre autres, à recueillir des informations relatives à la perception des principaux responsables de santé publique face à la notion de PUC et à relever les principaux facteurs facilitant ou nuisant aux activités mises en œuvre dans le cadre de la pratique de la santé publique (Kiefer & al., 2005, Tetroe & al., 2008, Mitton & al., 2007).

À partir du projet initial, une démarche en parallèle a été amorcée dans le cadre de mon mémoire de maîtrise ayant comme objectif général d'élaborer une théorie substantive «*enracinée*» du partage et de l'utilisation des connaissances des acteurs d'une organisation régionale de santé publique. Ainsi, ce sera l'occasion d'ouvrir une fenêtre sur l'expérience quotidienne des cadres de la direction de santé publique de Montréal (DSP) en matière de PUC. Pour en arriver à ce grand objectif, deux sous-objectifs sont poursuivis. D'abord, il s'agira de décrire les constituants du phénomène de PUC, et leurs liens respectifs, à travers l'émergence de catégories conceptuelles basées sur le discours des répondants (Tesch, 1990). Bien qu'une partie de la description ait été réalisée dans le cadre du projet d'origine, il s'agit ici de raffiner les catégories du point de vue conceptuel. À partir de cette conceptualisation, le second objectif consiste à intégrer tous les concepts émergents et à formuler une théorie qui permette de dégager les processus qui œuvrent au cœur du phénomène.

Pour ce faire, l'approche inductive par théorisation ancrée a été appliquée. L'objet de recherche et la problématique ont alors été construits progressivement tout au long du processus d'analyse (Deslauriers & Kérisit, 1997). Le point de départ de l'étude a volontairement été limité à l'identification des paramètres généraux du phénomène tels qu'envisagés avant le début de la collecte de données afin de comprendre et d'interpréter le phénomène de PUC à partir de l'expérience vécue des cadres de la DSP. Ainsi, dans la section suivante du mémoire, les éléments d'une première recension des écrits sont décrits et intégrés afin de fournir un arrière-plan à l'analyse des données. On y retrouve

une description d'éléments conceptuels et méthodologiques reliée à l'analyse de données qualitatives de même qu'une description du contexte de la recherche. Dans les sections subséquentes, les aspects méthodologiques et les résultats sont décrits, une seconde recension des écrits est réalisée pour mieux interpréter la signification des résultats et une discussion générale permet ensuite de replacer ce travail de mémoire parmi les écrits scientifiques existants.

Chapitre I – Recension liminaire

Un tour d’horizon sur les modèles théoriques offrant une conceptualisation du partage et de l’utilisation des connaissances sera suivi par une recension des écrits qui présentent les grands principes de la méthodologie qualitative et de l’analyse par théorisation ancrée. Pour saisir les subtilités de la démarche par théorisation ancrée et acquérir les bases nécessaires à son application, divers ouvrages de méthodologie qualitative ont été consultés. Finalement, pour mieux comprendre la pratique de la santé publique vécue par les acteurs interrogés, une brève section de cette première recension traite de la structure et de l’organisation du système de santé publique au Québec.

D’entrée de jeu, les deux chercheurs principaux et les agents de recherche ont sélectionné quelques articles publiés dans des périodiques de santé publique, notamment la revue systématique sur le «*Knowledge Transfer and Exchange*» de Mitton & al. (2007), l’outil d’animation d’un processus de transfert des connaissances de Lemire & al. (2009) et le transfert efficace de la recherche aux décideurs de Lavis & al. (2003). Ces publications ont servi à la familiarisation avec le phénomène de PUC avant que ne soit amorcée la collecte de données.

Mais d’abord, quelques mots sur le caractère hybride de cette démarche d’analyse qui n’épouse que partiellement les préceptes de l’approche par théorisation ancrée. Soulignons que les tenants de la théorisation ancrée ne tolèrent aucun rapprochement avec les théories existantes avant la fin des analyses (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990; Tesch, 1990). Dans cette perspective, la coupure créée avec le monde théorique permet au chercheur de rester plus dégagé et neutre lors de sa démarche d’analyse. Dans le but de respecter ce principe qui vise à faire abstraction de connaissances préalables sur le phénomène à l’étude, la séquence méthodologique présentée par la figure 1 est généralement proposée.

Figure 1 **Étapes de la méthode de recherche en théorie ancrée**

(Traduction libre de Jones, 2005)

Une attitude a-théorique favoriserait donc une plus grande ouverture et se garderait d'imposer un cadre prédéterminé aux données recueillies dans le but de générer des connaissances nouvelles sur le phénomène à l'étude (Dey, 2004). Toutefois, ce postulat ne fait pas l'unanimité dans les approches qualitatives. Comme le rappellent Huberman et Miles (1991), *«tout chercheur, même le plus inductif, sait bien avec quelles boîtes il va commencer et ce qui devrait en principe s'y trouver»*. D'autres précisent qu'afin de mieux connaître leur objet de recherche, un premier examen des écrits est nécessaire avant de colliger des données sur le terrain (Deslauriers & Kérisit, 1997). Selon Paillé & Mucchielli (2008), le chercheur doit trouver *«une équation intellectuelle»* qui permette un juste équilibre entre l'appropriation initiale des théories et l'ouverture sur la découverte empirique. Ce même raisonnement a été suivi dans le cadre de cette démarche de recherche. Dans le but d'atteindre ce juste milieu, une seconde recension des écrits, présentée après les résultats d'analyse, permettra d'enrichir la discussion autour de la catégorie centrale au cœur de la théorie substantive. La démarche est ainsi ponctuée par ces allers-retours entre les données du corpus et la théorie.

1.1 La notion de partage et d'utilisation des connaissances

Dans un premier temps, il faut situer le partage et l'utilisation des connaissances en termes de finalité du processus plus global du transfert des connaissances. Pour Mercier (2007), transférer des connaissances, c'est partager et utiliser des connaissances en fonction des situations dans lesquelles sont placés des acteurs sociaux. L'origine latine du verbe transférer *«transfere»* le décompose en deux termes, *trans* pour au-delà et *ferre* pour porter. Il est alors question de transporter, de faire passer d'un lieu à un autre (Landais, 1854). Cette définition générale du transfert ne permet toutefois pas de cerner les nuances entre les trois approches généralement suivies (Landry & al., 2007). Il y a l'approche unidirectionnelle qui mise sur la transmission linéaire du savoir expert vers des utilisateurs potentiels, c'est-à-dire des émetteurs vers des récepteurs (Boggs, 1992).

La deuxième approche est axée sur la résolution de problèmes et prend davantage en compte les besoins du terrain dans l'optique d'agir sur un problème particulier (Lemire & al., 2009). Finalement, l'approche bidirectionnelle ou interactive s'exprime en termes de partage et d'utilisation des connaissances (PUC) ou de «*Knowledge Transfer and Exchange*». Cette façon d'appréhender le transfert est définie comme «*un processus interactif et itératif de transmission de connaissances importantes entre les utilisateurs et les producteurs de la recherche, de manière que les utilisateurs reçoivent de l'information qu'ils considèrent comme pertinente et facile à utiliser et que les producteurs reçoivent de l'information sur les besoins des utilisateurs en matière de recherche*» (Kiefer & al., 2005, p. 1-35). Malheureusement, aucun modèle théorique ne fait consensus dans l'identification d'une stratégie de PUC qui favoriserait davantage cette mise en pratique des connaissances produites (Mitton & al., 2007). Toutefois, étant donné la diversité de connaissances à transférer, des objectifs à atteindre et des publics à rejoindre, l'ajustement constant des stratégies aux situations est nécessaire (Lemire & al., 2009).

Les champs disciplinaires de la communication, de la gestion et de la santé envisagent différemment les étapes du transfert de connaissances. L'accessibilité aux connaissances a longtemps été la principale préoccupation du transfert et la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (1962) sur laquelle se basent certaines études encore aujourd'hui (Green & al., 2009). Selon cette perspective, il serait suffisant de se pencher sur les stratégies de diffusion pour favoriser l'utilisation des connaissances. Quant aux modèles de gestion, ils mettent l'accent sur les étapes de création/production, de transformation/adaptation, de diffusion, de réception, d'adoption, d'utilisation et d'appropriation (Roy & al., 1995; Lemire & al., 2009). Bien que cette modélisation par étape semble linéaire, le PUC est un processus dynamique qui implique de nombreux va-et-vient. En ce qui a trait au domaine des services de santé, l'explication suivante de Gupta & al. (2006) résume bien la compréhension et la modélisation du transfert effectué par les chercheurs du domaine.

“Knowledge translation can be used as a noun or a verb. It is described as a structured process that results in scientifically researched evidence being used to improve the outcomes of professional practice. Knowledge translation is about creating, transferring and transforming knowledge from one social or organizational unit to another in a value-creating chain. The transfer of knowledge from one community or organizational unit to another usually faces five problems : knowledge access, knowledge incompleteness, knowledge asymmetry, knowledge valuation and knowledge incompatibility” (p. 68-69).

Puis, dans une perspective d'utilisation des connaissances en santé, le modèle de Graham & al. (2006) propose huit étapes propices à cette utilisation: (1) l'identification du problème à résoudre, (2) l'identification et le choix des connaissances appropriées au problème, (3) l'adaptation des connaissances identifiées au contexte local, (4) l'évaluation des barrières susceptibles d'entraver leur utilisation, (5) le choix des stratégies susceptibles de favoriser l'utilisation des connaissances, (6) le suivi de cette utilisation, (7) l'évaluation des résultats obtenus, (8) le soutien à l'utilisation continue des connaissances. Le PUC est alors défini comme un processus à travers lequel les connaissances scientifiques sont mises en pratique. L'objectif attendu est alors de rendre «actionnable» la connaissance produite (Schmitt, 2007).

Il existe plusieurs modèles qui tentent d'expliquer les motivations à l'utilisation des connaissances. Voici un survol des cinq modèles auxquels on fait habituellement référence et qui englobent les travaux des principaux chercheurs qui portent sur cet aspect du transfert des connaissances. Le tableau I est inspiré de la synthèse présentée par Trottier (2002) et se base sur les ouvrages de Peltz (1978); Weiss (1979); Bulmer (1982); Denis & al. (1996).

Tableau I **Modèles d'utilisation des connaissances**

Expert	<ul style="list-style-type: none"> • Processus instrumental où les évidences scientifiques sont des outils capables de transcender les situations sociales complexes
Résolution de problème	<ul style="list-style-type: none"> • Processus rationnel constitué de 4 étapes; définition de problème, génération d'options, priorisation selon le mérite des options et prise de décision
Conceptuel	<ul style="list-style-type: none"> • Processus diffus où les idées et les schèmes de référence à partir desquels les décideurs prennent leurs décisions changent (résultats indirects et à long terme)
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances générées par la recherche sont utilisées pour infléchir les décisions en faveur d'un groupe d'acteurs (soutien pour défendre ses intérêts)
Interactif	<ul style="list-style-type: none"> • La fréquence et la qualité des échanges entre producteurs et utilisateurs au cours du processus de production, de dissémination et d'utilisation

Toujours dans le domaine de la santé, le cadre conceptuel de Lavis & al. (2003) identifie cinq éléments clés à prendre en compte dans le processus de PUC: (1) le quoi : les messages de PUC doivent avoir le potentiel d'être mis en action «être actionnable» par les décideurs ou intervenants; (2) à qui : les messages de PUC doivent être spécifiques aux audiences ciblées; (3) par qui : le courtage doit être fait par des gens qui ont un haut niveau de crédibilité auprès des utilisateurs; (4) le comment : l'engagement des divers partis envers les différentes étapes de PUC doit être interactif; et (5) l'impact : la mesure de l'impact des activités de PUC doit être bien appariée aux utilisateurs.

Finalement, la recension des écrits effectuée par Mitton et al. (2007) a permis l'identification de quatre thèmes récurrents dans l'étude du phénomène de partage et de l'utilisation des connaissances en santé. D'abord, il est question de l'organisation des stratégies et des activités de PUC en fonction de divers mécanismes d'échange. Le deuxième thème consiste à relever les principaux moteurs et freins relatifs à la mise en œuvre de ces activités tandis que le troisième thème porte sur leurs impacts potentiels. Le dernier thème aborde les liens entre la prise de décision et les stratégies de PUC.

En somme, les différentes dimensions traitées par ces modèles théoriques apparaissent éclairantes pour avoir une compréhension générale des défis que suscitent le transfert et l'échange de connaissances. Rappelons que d'ordinaire, l'objectif premier des études en transfert de connaissances est de cerner les mécanismes en cause dans ce processus afin d'améliorer les pratiques professionnelles, faciliter la prise de décision et la formulation de politiques publiques basées sur les données probantes (Faye & al., 2007). Par le biais de l'expérience des répondants, cette étude tentera aussi de dégager les mécanismes qui sous-tendent le partage et l'utilisation des connaissances précisément dans la pratique de la santé publique sur le territoire montréalais.

1.2 La théorisation ancrée : des origines aux débats

La théorisation ancrée est une démarche inductive qui vise à générer de nouvelles théories par la mise en relation des éléments d'une situation sociale provenant de données empiriques recueillies (Paillé, 1994). Au même titre que le courant interactionniste (Blumer, 1969), le terrain où se produisent les interactions est l'objet principal des observations (Mayer & Ouellet, 1998). Toutefois, les cas observés servent à refléter un phénomène social plus large et élaborer une théorie, contrairement à l'ethnographie, qui vise une description exhaustive de chacune des observations (Laperrière, 1997_a).

La comparaison constante des données est l'outil intellectuel de base de la théorie ancrée qui permet de former des catégories, de saisir les similarités entre les concepts et de découvrir des prototypes (Glaser & Strauss, 1967; Tesch, 1990). Suivant ce principe, la collecte et l'analyse des données s'effectuent simultanément jusqu'à l'obtention d'une saturation de ces catégories. L'échantillon théorique est le produit de cette démarche d'alternance, c'est-à-dire qu'il augmente jusqu'à ce que la saturation soit observée (Glaser, 1978).

En limitant le recours aux théories existantes, la démarche par théorisation ancrée laisse plutôt le phénomène parler de lui-même et s'apparente alors à la méthodologie dite phénoménologique (Laperrière, 1997_a). Contrairement aux approches hypothético-déductives qui visent à confirmer des théories ou hypothèses existantes à l'aide des données empiriques, la théorisation ancrée vise l'élaboration d'une théorie à partir de données relatives au phénomène, dans une perspective de découverte plutôt que de vérification (Guillemette, 2006).

La démarche d'analyse par théorisation ancrée valorise d'abord la subjectivité du chercheur aussi considérée comme l'instrument stratégique servant à la collecte et surtout l'analyse de données (Groulx, 1999). Selon Glaser et Strauss (1967), les cofondateurs de la théorie ancrée, la confiance et la crédibilité des analyses passent avant tout par la compétence du chercheur. Pour appuyer le travail du chercheur, le journal de bord et les mémos sont des outils essentiels qui servent à «*se souvenir des événements, à établir un dialogue entre les données et ses rôles d'observateur ou d'analyste*» (Baribeau, 2005, p. 108). Ainsi, au cours de la démarche par théorisation ancrée, la subjectivité du chercheur est reflétée par l'archivage de traces réflexives qui permet d'expliquer

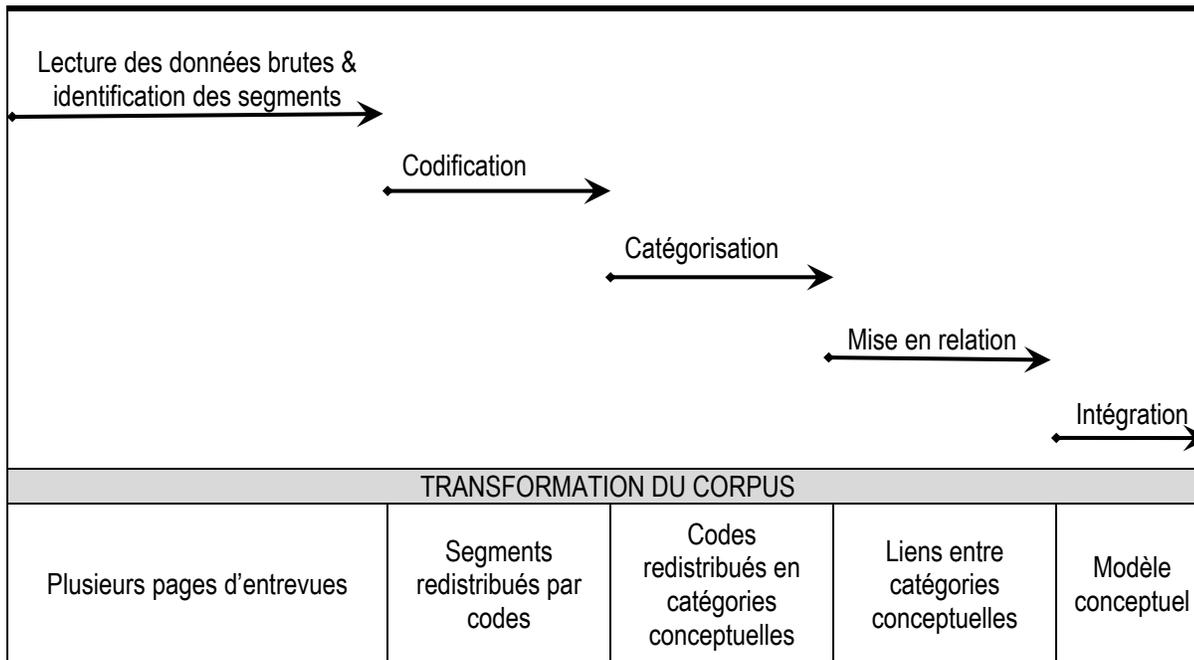
certaines des orientations prises au cours de la recherche. Cette valorisation de la subjectivité du chercheur dans la pratique scientifique s'inscrit dans une logique de rupture avec les approches positivistes. Dans cette perspective, *«la pratique scientifique n'est pas réductible à une suite d'opérations, de procédures nécessaires et immuables, de protocoles codifiés. Pareille conception, qui fait de la méthodologie une technologie, repose sur la vision rigoureuse et bureaucratique du design fixé au départ de la recherche»* (De Bruyne & al., 1974, p. 28).

Un point de discordance entre les cofondateurs de la théorisation ancrée trouve son origine dans cette conception épistémologique divergente. Selon Glaser, Strauss s'est clairement détaché de la théorisation ancrée en introduisant la codification axiale qui force la description conceptuelle du phénomène selon l'application du modèle paradigmatique (Walker & Myrick, 2006). Par cette procédure, Strauss tente de faire de la théorisation ancrée une démarche plutôt déductive qui vise la vérification et la validation, et qui se rapproche davantage du positivisme (Kendall, 1999; Melia, 1996; Walker & Myrick, 2006). Après la lecture de plusieurs ouvrages qui traitent de la méthode par théorisation ancrée, la démarche d'analyse qui a été privilégiée dans le cadre de cette recherche s'inspire de la méthode d'origine défendue par Glaser (baptisée l'approche glaserienne) qui laisse davantage de place à l'induction (Fernandez, 2005; Hennebo, 2009; Walker & Myrick, 2006).

1.3 Le processus d'analyse

L'analyse par théorisation ancrée est un *«acte de conceptualisation»* ou de *«construction théorique»* qui se détache d'une analyse de contenu (Paillé, 1994, p. 151; Laperrière, 1997_a, p. 314). Il faut sortir d'une lecture textuelle du corpus et s'élever à un niveau supérieur d'abstraction en essayant d'identifier et de classer ce que le discours représente. La réduction des données n'est donc pas synonyme d'une élimination d'incidents retenus pour l'analyse, mais plutôt d'une transformation des propositions concrètes formulées par les répondants en concepts. La figure 2 permet de voir comment se succèdent les étapes menant à la création d'un modèle intégrateur. Bien que la démarche semble linéaire, elle demeure itérative et souple. Il serait possible de sauter quelques étapes et de revenir en arrière dans le processus. D'ailleurs, les mémos consignés au cours de la démarche d'analyse confirment que la réflexion du chercheur ne respecte pas de logique linéaire, mais intègre au cours du processus des éléments pour construire un sens.

Figure 2 Logique de réduction des données vers une conceptualisation du corpus



La codification initiale

En premier lieu, le travail de codification consiste à segmenter le corpus en unités de sens (Tesch, 1990). L'écoute des enregistrements audio après chaque entrevue, puis une lecture intégrale des *verbatim*, permet de faire une première identification des incidents à coder. Une attribution provisoire de codes aux unités de sens qui se retrouvent dans les premières entrevues répondent aux questions suivantes : «*Qu'est-ce qu'il y a ici? Qu'est-ce que c'est? De quoi est-il question?*» (Paillé, 1994, p. 154). Cette réorganisation des données amène une «*décontextualisation*» du corpus. L'idée générale est de trouver à quel concept l'incident codé fait référence et de tester cette hypothèse sur tous les segments pertinents du corpus (Glaser & Strauss, 1967). Ce sont les codes qui s'ajustent aux données empiriques et non les extraits qu'on essaierait de faire entrer dans des catégories préétablies (Guillemette, 2006).

La catégorisation

En second lieu, il s'agit de «*recontextualiser*» tout ce qui vient d'être segmenté, c'est-à-dire de regrouper les thèmes semblables (Savoie-Zajc, 2000, p. 102). La relecture du matériel déjà codé permet de voir quels codes initiaux deviendront des catégories conceptuelles. Les propriétés et les dimensions des catégories conceptuelles doivent maintenant être spécifiées (Laperrière, 1997_a, p. 316-317). Les variations sont dégagées par l'identification des similitudes et des contrastes présents au sein des catégories. La validation des concepts émergents s'actualise par la confrontation ou la négociation de sens entre les données (Savoie-Zajc, 1997; Guillemette, 2006). Ce travail comparatif donne lieu à des fusions et à la redéfinition des concepts. Avec l'ajout de matériel au corpus, il est possible de raffiner les concepts en ajoutant des sous-catégories. Enfin, une réduction du corpus s'effectue jusqu'à l'obtention de quelques catégories conceptuelles qui seront incluses dans un modèle théorique. Dans certains cas, les segments codés peuvent se retrouver dans plus d'une catégorie pour une éventuelle interprétation (Tesch, 1990). Rappelons que la rigueur de cette démarche méthodologique ne se démontre pas par l'exhaustivité des catégories, mais bien par la recherche d'une description étoffée des dimensions sous-jacentes au phénomène.

La mise en relation des catégories

Une deuxième étape se prépare pour permettre le passage vers une conceptualisation dynamique du phénomène. L'objectif est alors d'établir la nature des liens qui existent entre les catégories conceptuelles émergentes. Une infinité de relations peuvent unir ces catégories multidimensionnelles (Glaser, 1978; Paillé, 1994). Pour les découvrir, il est possible de suivre une approche théorique qui mise sur le recours aux écrits scientifiques. Il s'agit alors d'explorer les théories existantes sur le phénomène et de repérer des liens similaires dans son corpus (Paillé, 1994). Si les relations trouvées sont semblables, le caractère généralisable de l'étude en cours peut alors être confirmé. En ayant recours aux écrits scientifiques à partir de cette étape pour établir les liens entre les catégories conceptuelles, l'équipe de recherche s'éloigne de l'induction pure et se retrouve dans une logique de déduction. Ainsi, l'analyse poursuivie se distingue de la démarche de théorisation ancrée originale en s'inscrivant dans une logique d'abduction. Selon Anadòn & Guillemette (2007), l'inférence abductive permet de combiner de manière créative des faits empiriques avec des cadres heuristiques de référence et se réalise par une comparaison continue entre les données (déjà collectées ou

entrantes) et les construits théoriques en constante évolution (Richardson & Hans Kramer, 2006; Blumer, 1996; Pidgeon, 1991 cités par Anadòn & Guillemette, 2007).

L'intégration finale

Finalement, l'analyse permet le développement d'une théorie substantive qui s'appuie sur l'intégration des catégories conceptuelles élaborées au préalable. Cette étape vise à délimiter clairement l'objet de recherche qui s'est construit au cours de l'étude. Pour ce faire, une catégorie unificatrice devra être spécifiée et située par rapport aux autres catégories incluses dans le modèle. L'importance accordée à cette catégorie dépasse largement la notion de sa récurrence dans le corpus, elle représente plutôt un processus social qui transcende les frontières de la recherche. Comme le souligne Benoliel (1996), toute analyse par théorisation ancrée se doit de formuler une réponse relative à la découverte d'un processus social sous-jacent au phénomène à l'étude. Celui-ci peut être compris comme *"[the] summarization of the patterned, systematic uniformity flows of social life which people go through and which can be conceptually captured in a theory"* (Glaser, 1978, p. 100).

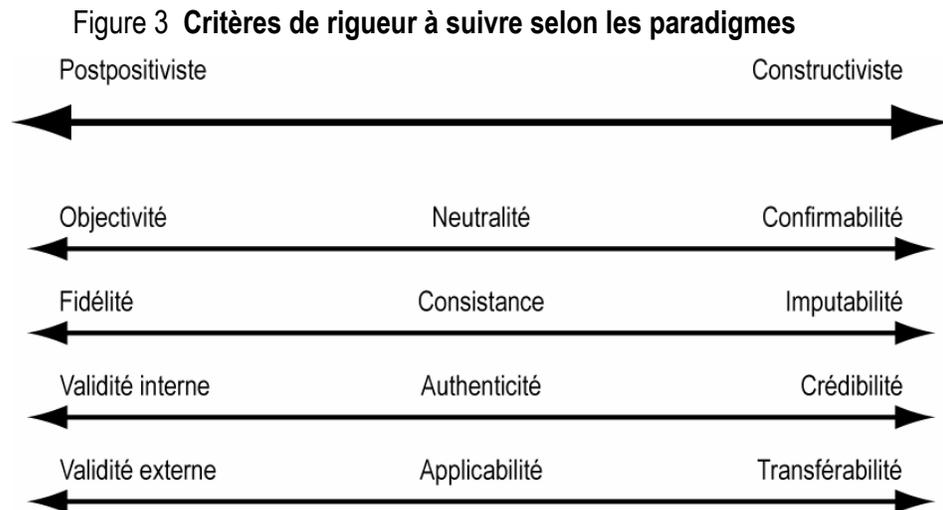
1.4 Prémisses méthodologiques

Même s'il est tentant de croire à l'existence d'une unité au sein des méthodes qualitatives, il faut savoir qu'une pluralité de perspectives se dissimulent derrière le choix d'une technique d'analyse (Groulx, 1999; Tesch, 1990). Le raisonnement du chercheur dans son appréhension des phénomènes humains reflète des choix épistémologiques, théoriques et techniques qui se doivent d'être davantage explicités (Charmillot & Dayer, 2007; Groulx, 1999; Laperrière, 1997_b). Il apparaît alors essentiel de définir le champ méthodologique de sa recherche en détaillant la position adoptée pour chacun des choix effectués.

La démarche d'analyse qualitative choisie dans le cadre de cette étude s'inscrit dans une perspective compréhensive des faits sociaux qui se résume d'abord, par la *«volonté de comprendre le fonctionnement d'un phénomène»* et de *«se laisser immerger pour en être imbibé et en comprendre le sens»* (Mucchielli, 2007, p. 25). L'objet de cette recherche repose sur les significations des actions telles que rapportées par les acteurs. Cette conception cartésienne qui accorde une importance autant matérielle que spirituelle à la réalité, relève d'un dualisme ontologique (Jacob, 2004). Plus

largement, un regard constructiviste est posé sur la réalité sociale où les représentations et les connaissances n'ont rien d'un reflet du réel, mais sont plutôt le produit d'une création humaine. La notion de sens est au cœur du fondement épistémologique de la méthode d'analyse choisie en considérant que «*les sciences de l'homme se distinguent des sciences de la nature en ce qu'elles font intervenir un type de données irréductibles aux données du monde physique, c'est-à-dire que ces données sont signifiantes*» (Molino, 1985, p. 281).

Dans les approches qualitatives, la rigueur se vérifie généralement par les stratégies de confirmabilité, d'imputabilité, de crédibilité et de transférabilité. La figure 3 présente les équivalences adaptées des critères de scientificité de l'épistémologie positiviste (Lincoln & Guba, 1985; Laperrière, 1997_a).



La confirmabilité vise à rendre explicite les choix de l'équipe de recherche par le biais des mémos réflexifs et des extraits du journal de bord. La clarification de la position épistémologique, théorique et technique adoptée est aussi une manière d'atteindre la neutralité recherchée. L'imputabilité procédurale vise la transparence du processus par la disponibilité des *verbatim* d'entrevue, de la base de données et des cahiers de codification (Patton, 1999). La crédibilité repose avant tout sur les sessions de *debriefing* post-entrevue, le codage en parallèle des données par divers codeurs et les fréquentes itérations analytiques (Deslauriers, 1991). Finalement, le caractère transférable de l'étude

se situe au niveau d'une généralisation théorique des processus sociaux qui sous-tendent les descriptions contextualisées. Au-delà de l'unité observée, on s'intéresse à la généralisation des dynamiques de comportements identifiées à un ensemble de situations. Pour satisfaire ce critère, il est impératif de décrire en détail le contexte et les conditions dans lesquelles l'étude se déroule (Laperrière, 1997_b).

La première partie de cette recension des écrits a permis de s'ouvrir aux théories entourant le phénomène de transfert des connaissances et de constater les différentes pistes qui font l'objet de discussion dans des champs disciplinaires variés. Cette lecture de l'état des connaissances sera profitable à la cueillette de données dans la mesure où les chercheurs seront plus sensibles à reconnaître les éléments relevés par les participants lors des entrevues. Quant à l'exploration de la théorisation ancrée comme méthode d'analyse qualitative, elle a permis une meilleure appropriation au niveau technique, mais a également contribué à construire et à documenter la posture méthodologique prise par l'équipe de recherche. Pour faire suite aux recommandations précédentes émises par Laperrière (1997_a), la dernière partie de ce chapitre est réservée à la description du contexte dans lequel se déroulera l'étude.

1.5 La santé publique au Québec

Pour clore cette recension des écrits, un bref survol historique permettra de positionner la santé publique au sein du système de santé québécois. Puis, les mesures législatives et structurelles qui encadrent cette pratique seront présentées. En dernier lieu, le lien entre la réalisation des mandats de santé publique et la pertinence du PUC sera discuté.

Durant plusieurs années, le Canada a été un protagoniste en matière de promotion de la santé sur la scène internationale (ex. la publication du rapport Lalonde en 1974 et l'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986). Son leadership a inspiré plus d'une vingtaine de pays à adhérer à cette Charte (Kickbush, 2003). Les nouvelles propositions qui la composent ont contribué au renouvellement de la vision de la santé, notamment par la reconnaissance des facteurs sociaux intimement liés au bien être général des individus. Si le Canada a été l'instigateur de plusieurs initiatives en santé publique par le passé, ce sont les provinces qui doivent gérer leur propre système de santé publique en vertu de la constitution canadienne (Kothari & Edwards, 2003).

Cette situation se traduit par des écarts importants dans la pratique de la santé publique à l'échelle du pays, et ce en dépit du fait que le gouvernement fédéral ait adopté en 2006 la Loi sur l'agence de la santé publique du Canada. Cet extrait du projet de loi C-5 expose les responsabilités des instances nationale et provinciale :

« Le Canada et les provinces se partagent également la compétence en matière de santé publique. Le gouvernement fédéral est clairement responsable des mesures de quarantaine imposées aux frontières, tandis que les provinces s'occupent des questions locales de santé publique » (Sanction royale, 12 décembre 2006).

L'organisation de la santé publique au Québec

Au début du 20^e siècle, la santé publique était l'affaire des municipalités et des unités sanitaires en milieu rural. Au fil des années, il y a eu une institutionnalisation graduelle de la santé publique aux structures de gouverne du système de santé québécois (Breton, 2009). Cette institutionnalisation est le produit d'une succession de réformes et de lois qui ont mené à la création de l'organisation actuelle de la santé publique au Québec. Considéré comme un chef de file canadien, le gouvernement québécois favorise les politiques favorables à la santé et s'investit même dans la lutte aux inégalités sociales (Bernier, 2006). Au Québec, l'intervention de santé publique se traduit par l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être, tant au niveau de la population que des systèmes qui la régissent (Programme national de santé publique 2003-2012). Cette intervention comporte quatre fonctions essentielles : 1) la surveillance continue de l'état de santé, 2) la promotion de la santé et du bien-être, 3) la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et 4) la protection de la santé.

Tableau II Principaux changements législatifs qui touchent la santé publique au Québec, depuis 2000

<p>Commission Clair (2000-2001)</p> <p><i>Prévenir, soigner, guérir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption de la Loi sur la santé publique, pour orienter les activités en santé publique organisées aux niveaux national, régional et local (2001) • Adoption du Programme national de santé publique 2003-2012 (2002) • Adoption de la Loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003)
<p>Réforme Couillard (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption de la Loi 83 qui actualise la Loi 25 et qui attribue des responsabilités additionnelles aux centres de santé et de services sociaux (2005)

Aujourd'hui, la Loi de santé publique et le Programme national de santé publique confèrent une légitimité à la pratique de la santé publique au Québec. La Loi détermine les rôles et responsabilités des intervenants ainsi que les fonctions de la santé publique. Le Programme national permet, quant à lui, de structurer et d'organiser des interventions aux trois paliers de gouvernance (Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008).

Tableau III **La santé publique dans la structure de gouverne du système de santé québécois**¹

Provincial	<p>MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux</p> <p>Direction de santé publique + INSPQ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécois par l'accès aux services de santé et aux services sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser les priorités de santé publique • Assurer la production de cadres de références • Incrire la prévention à l'intérieur des programmes-services
Régional	<p>ASSS Agences de la santé et des services sociaux (18)</p> <p>Direction de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer les orientations régionales • Exercer les fonctions de santé publique • Coordonner les réseaux locaux de services • Allouer des budgets • Assurer la participation de la population 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la prévention auprès des acteurs locaux • Soutenir l'appropriation des objectifs de prévention par les acteurs locaux • Développer une vision stratégique de la mise en œuvre des orientations en santé publique
Local	<p>CSSS Centre de santé et de services sociaux (95)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CLSC • CH • CHSLD <p>Responsable local de santé publique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des services intégrés • Assurer l'accessibilité • Coordonner les services 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mobiliser à l'égard de l'amélioration de la santé de la population • S'engager pour l'action en amont des problèmes • Mobiliser les partenaires intersectoriels

Inspiré de Bergeron & Gaumer (2007) et Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008).

¹ INSPQ : Institut national de santé publique, CLSC : Centre local de services communautaires, CH : Centre hospitalier, CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

Il faut porter une attention particulière à l'intégration formelle de la santé publique au niveau local qui vient ajouter des responsabilités additionnelles aux services déjà offerts en CLSC. En vertu de cette réforme, des plans locaux de santé publique devront notamment être élaborés. Dorénavant, une double responsabilité sera attribuée aux CSSS, c'est-à-dire qu'ils devront conjuguer les prestations de soins et de services avec la santé publique. Voici un extrait du projet de Loi 83 sanctionné en 2005 qui fait suite aux travaux de la Réforme Couillard :

«Ce projet de loi modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de soutenir le nouveau mode d'organisation des services mis en place en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux sanctionnée le 18 décembre 2003. Ainsi, le projet de loi prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux. À cet égard, les instances locales seront responsables de la définition d'un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'elles desservent, alors que les agences exerceront davantage des fonctions de coordination en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés» (Projet de loi n° 83, chapitre 32, Assemblée nationale du Québec, 37^e législature).

Cet ajout confère maintenant un nouveau mandat aux réseaux locaux de services (RLS), c'est-à-dire améliorer la santé et le bien-être de la population sur leur territoire. Pour ce faire, ils devront modifier l'organisation des soins et des services en intégrant davantage une perspective de santé publique. Un des défis de toute cette réorganisation sera alors de préserver l'équilibre entre des interventions qui répondent aux besoins des utilisateurs de services, et des interventions de santé publique dans une logique d'approche populationnelle (Breton & al., 2008). En somme, chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) se doit d'implanter des interventions favorables à la santé des populations dans le but d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être. Cette responsabilité populationnelle les incite à être davantage en interaction avec les acteurs de leur territoire pour répondre à ce mandat. Dans cette même veine, le développement des communautés est encouragé et passe, notamment par l'émergence de pratiques collaboratives et la valorisation du travail intersectoriel².

² Soutenir le développement des communautés et participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être sont des stratégies retenues dans le Programme national de santé publique 2003-2012.

Réalisation des mandats de santé publique : la pertinence du PUC

Rappelons d'abord que les cadres qui participent à cette recherche travaillent au niveau régional, précisément à la Direction de santé publique de Montréal. Ils sont appelés à interagir au quotidien avec le niveau local pour réaliser leurs mandats de santé publique. L'encadré suivant présente les principales responsabilités du directeur régional de la santé publique selon la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

Le directeur de la santé publique est responsable dans sa région :

- D'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
- D'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
- D'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'Agence régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
- D'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

Le directeur assume, en outre, toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique.

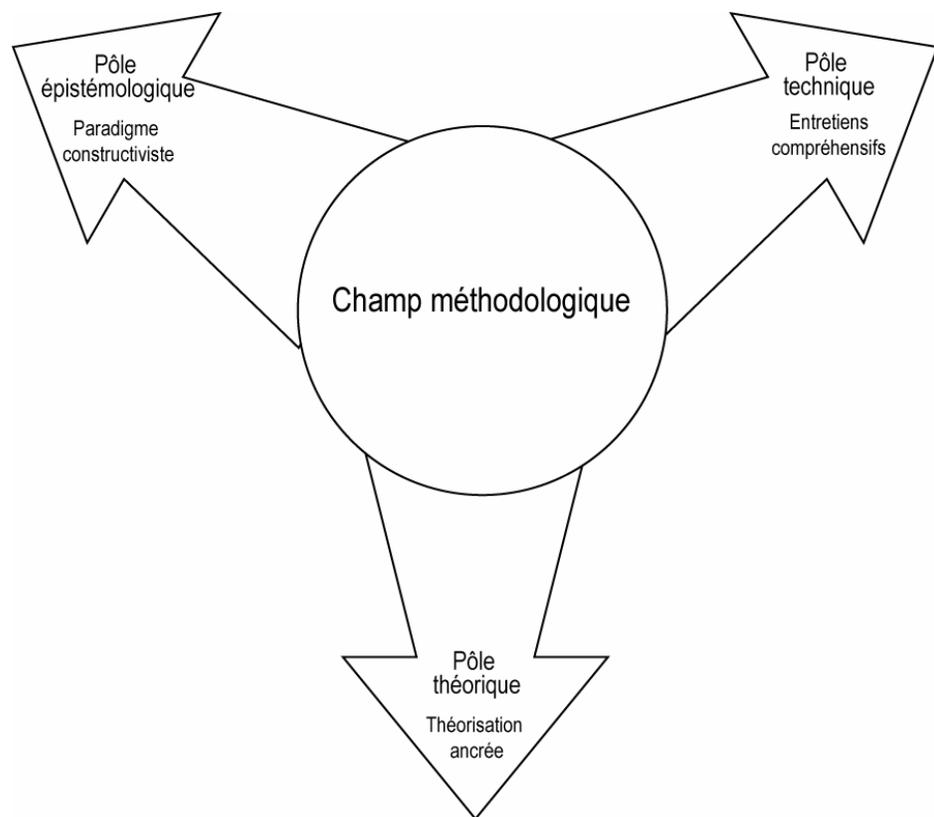
Source : site de la Direction de santé publique de Montréal (2003).

Tout bien considéré, le Québec du 21^e siècle a mis sur pied un système soutenu par des lois qui permet une approche globale de la santé publique. La province s'est donné des outils pour identifier et agir également sur les aspects sociaux qui peuvent influencer la santé de la population. En continuité avec les mesures déjà mises en place par la province pour remplir ses mandats de santé publique, il est clair que l'implantation de stratégies de PUC pourraient favoriser la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et la protection la santé. Effectivement, il est dans l'intérêt des ASSS et des CSSS de se doter d'interfaces ou de mécanismes qui permettent le partage des meilleures pratiques de santé publique et des données sur l'état de santé de la population sur leur territoire.

Chapitre II – Méthodologie

Ce chapitre offre un survol de la stratégie d'échantillonnage choisie, des outils de collecte de données utilisés ainsi que des étapes du processus d'analyse. Les critères de rigueur qui ont été respectés durant la démarche seront par la suite explicités. La figure 4 rappelle le champ méthodologique dans lequel s'inscrit cette étude. Les choix effectués dès la cueillette de données sont empreints de ces trois pôles.

Figure 4 **Illustration de la posture méthodologique**



(Adapté De Bruyne, 1974, p. 5)

2.1 La stratégie d'échantillonnage

Suivant le principe d'échantillonnage théorique, la collecte de données n'a pas été déterminée à l'avance, mais est le fruit du processus de comparaison constante. Cette analyse a permis d'observer une saturation des concepts à la douzième entrevue, et confirmée avec l'ajout d'une treizième entrevue. Dans ces circonstances, la saturation observée ne justifiait pas l'augmentation du matériel. Il faut rappeler que l'échantillonnage théorique dépasse la simple accumulation de faits où le volume de cas à l'étude serait synonyme de rigueur (Savoie-Zajc, 2000; Savoie-Zajc, 2007; Pires, 1997). Le processus a totalisé treize entrevues semi-dirigées d'une durée moyenne de cinquante-cinq minutes avec des cadres de la Direction de santé publique de Montréal ayant accepté volontairement de participer à la recherche. Ces acteurs de l'organisation ont d'abord été identifiés en raison de leur position au sein de l'organisme, et de leurs fonctions en matière de santé publique, de manière à pouvoir comparer des points de vue similaires sur le phénomène (Laperrière, 1997_a, p. 312 cité dans Mucchielli, 2007, p. 2).

2.2 Les outils de collecte de données

L'entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée se situe entre la conversation libre et le questionnaire très structuré (Kvale cité dans Boutin, 2000, p. 46). En choisissant cet outil pour recueillir les données, l'objectif est de rendre explicite l'univers du répondant et de structurer sa pensée à travers une construction conjointe de sens durant l'entrevue (Savoie-Zajc, 1997). Rappelons que le questionnaire d'entrevue a été construit autour des quatre principales dimensions mises en relief par la recension des écrits de Mitton & al. (2007). Dans un premier temps, les répondants ont été sondés sur les processus d'application des stratégies de PUC. Il s'agissait de recueillir leurs impressions vis-à-vis l'organisation actuelle des stratégies selon des perspectives qui oscillent entre la diffusion et l'appropriation des connaissances. Dans un deuxième temps, les répondants ont été amenés à discuter des principaux facteurs qu'ils considéraient utiles ou nuisibles au PUC en suivant une classification existante basée sur une douzaine d'études qui distingue les facteurs individuels, organisationnels et communicationnels. Dans un troisième temps, il a été question d'examiner les impacts des activités de PUC qu'ils avaient préalablement mentionnées dans l'entrevue. Inspiré des travaux de Weiss (1979) et de Lavis et al. (2003_b), il était alors proposé aux répondants de classer les retombées du

PUC selon leur forme instrumentale (i.e., le changement d'une intervention), conceptuelle (i.e., la sensibilisation à une problématique) ou symbolique (i.e., le renforcement d'une activité existante).

Les entretiens se sont déroulés avec beaucoup de souplesse, c'est-à-dire qu'un cadre général a été préféré à des questions systématiques pour éviter d'imposer à l'interlocuteur une vision du phénomène. Les sections ne se sont pas suivies dans un ordre préétabli, mais elles se sont plutôt adaptées au discours du participant durant l'entrevue (voir ce questionnaire à l'annexe B).

Tableau IV **Portrait des entrevues**

Entrevue (#)	Durée (minutes)	Transcription ³	
		(pages)	(mots)
1	44	14	5557
2	56	17	9083
3	55	18	8493
4	34	11	4965
5	38	12	5961
6	34	12	4501
7	84	28	16780
8	68	22	12030
9	59	17	8584
10	71	20	9919
11	57	16	8148
12	57	19	10020
13	64	17	10122
TOTAL	721	223	114 163

³ Chaque entrevue correspond, en moyenne, à 17 pages de transcription (8782 mots).

Le journal de bord et les mémos

Plusieurs observations ont été notées lors des entretiens et à l'occasion, des ajouts écrits ont été faits lorsque les répondants poursuivaient la discussion après l'enregistrement. La conciliation de ces éléments dans un journal de bord a permis de contextualiser davantage les propos des répondants et d'en saisir les subtilités. Quant aux extraits de mémos, ils sont des supports essentiels à l'expression de la sensibilité théorique du chercheur qui nomme les phénomènes en cause, les ordonne, les analyse et les théorise (Paillé, 1994).

2.3 Le processus de codification vers la réduction des données

Le tableau V (p. 25) présente le processus de codification suivi au cours de cette démarche de recherche. Deux codeurs ont d'abord fait une lecture attentive des *verbatim* d'entrevues durant la collecte de données. Le travail de codification s'est fait en parallèle pour les treize entrevues du corpus. Plusieurs rencontres entre les codeurs ont eu lieu durant la codification initiale pour discuter de la compréhension des divers incidents (segments) identifiés de part et d'autres. Puis, une mise en commun des codes a permis une première validation du travail des codeurs. D'un commun accord, une première réduction conceptuelle a fait passer les codes retenus de 32 au départ à 7. Puis, plusieurs rencontres subséquentes ont permis de hiérarchiser les codes ou de relever certaines sous- dimensions.

À partir de ce travail initial, des rencontres sur plusieurs mois ont eu lieu pour passer en revue les codes dans le but de les affiner et d'amorcer le processus de réduction (voir annexes C et D). Sur la base des catégories conceptuelles développées au cours de ce travail de mise en commun, les codeurs ont relu individuellement le corpus pour vérifier et bonifier le travail effectué jusqu'ici. Bien que la mise en relation et la création d'un modèle intégrateur soient inspirées des discussions d'équipe, cette réalisation académique a été complétée sans accompagnement.

Tableau V Présentation du processus d'analyse

	Étapes	Codeur 1	Codeur 2	Description sommaire
DÉCONTEXTUALISATION	Lecture des données brutes	Pages		<ul style="list-style-type: none"> Lecture et annotations manuscrites
		223		
	Identification des segments	Segments		<ul style="list-style-type: none"> Première phase de codification qui s'est déroulée simultanément à la collecte de données Comparaison et mise en commun des segments Deuxième phase de codification et d'élimination des doublons
		1175	1181	
1153		992		
Codification initiale	Codes		<ul style="list-style-type: none"> Relecture et comparaison de tous les codes entre eux Réduction et affinement des codes Création de sous-codes qui illustrent les variations de la catégorie 	
	60	74		
	32			
	7			
RECONTEXTUALISATION	Catégorisation	Catégories conceptuelles		<ul style="list-style-type: none"> Relecture qui s'éloigne de la description concrète et vise la conceptualisation à un niveau plus abstrait
		6		
	Mise en relation	6		<ul style="list-style-type: none"> Mise en relation des catégories conceptuelles via recension des écrits
Création d'un modèle intégrateur	6		<ul style="list-style-type: none"> Intégration d'une catégorie centrale dans un modèle intégrateur 	

2.4 Rigueur scientifique

Tel que décrit précédemment, la rigueur scientifique se vérifie par le caractère confirmable, imputable, crédible et transférable de la recherche. Rappelons que les entrevues, les extraits de journal de bord et le recours aux écrits scientifiques ont permis une triangulation des sources. À la lumière de la démarche de recherche qui a été suivie, voici comment les critères de rigueur ont été respectés :

Tableau VI Rigueur de l'analyse en quatre points

Critères	Observance
✓ Confirmabilité	Les choix explicites de l'équipe de recherche tant au niveau de la posture épistémologique que par l'accès aux réflexions qui ont guidé le parcours analytique.
✓ Imputabilité	De nombreuses rencontres d'équipe avec les responsables du projet ont permis la présentation de tout le matériel d'analyse utilisé, c'est-à-dire des extraits de <i>verbatim</i> , l'accès aux cahiers de codification et à la base de données.
✓ Crédibilité	Le codage s'est effectué en parallèle par plusieurs membres de l'équipe de recherche (triangulation des chercheurs). Les codes et les catégories émergentes sont le fruit d'une mise en commun du travail de chacun.
✓ Transférabilité	La généralisation de la dynamique du processus de PUC qui émerge de cette étude est envisageable dans la mesure où les éléments de contexte ont bien été identifiés et explicités au cours de la démarche.

Chapitre III – Présentation des résultats

3.1 Description des participants

Le tableau VII présente les caractéristiques des cadres de l'organisation qui ont participé à l'étude. La distribution des participants est équilibrée quant au genre, mais on observe que la majorité (77 %) a plus de cinq ans d'expérience dans le domaine de la santé publique. C'est sans doute pour cette raison que les répondants semblent si confortables avec le concept de PUC et que leurs propos sont riches en exemples. Il est à noter que la majorité des participants occupe un poste de responsable de secteur à la Direction de santé publique de Montréal et que dix répondants sur treize (77 %) ont mentionné avoir effectué des études supérieures.

Tableau VII Profil des répondants
(N=13)

Indicateurs	Description	Proportion
Genre	Masculin	6 (46 %)
	Féminin	7 (54 %)
Nombre d'années d'expérience en santé publique	Moins d'un an	1 (8 %)
	Entre 1 et 5 ans	2 (15 %)
	Entre 6 et 10 ans	3 (23 %)
	Plus de 10 ans	7 (54 %)

3.2 Description sommaire du journal de bord et des mémos

Après chaque entrevue, une mention a été consignée dans un journal de bord pour garder des traces du contexte ou des conversations qui se sont déroulées sans avoir été enregistrées. Ces éléments permettent donc de contextualiser les propos tenus lors des entrevues. Cette méthode sert d'aide-mémoire à l'équipe de recherche, mais permet également de voir le cheminement et les choix effectués durant le processus d'analyse. Les premiers contacts avec le matériel brut sont riches en informations pertinentes pour la suite du travail. Il est certain que les décisions prises dès les premières étapes du parcours viendront teinter la suite de l'analyse et c'est pour cette raison qu'il est primordial d'être transparent tout au long du processus de recherche.

Tableau VIII Répartition des mémos et des notes du journal de bord
(n=69)

Types d'extrait	Présence des extraits selon les étapes de l'analyse	Proportion
Journal de bord	<ul style="list-style-type: none"> • Codification initiale 	13 (19 %)
Mémos	<ul style="list-style-type: none"> • Codification initiale 	35 (51 %)
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en relation 	12 (17 %)
	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration 	9 (13 %)

Extraits du journal de bord : éléments de contexte

La relecture des extraits inscrits dans le journal de bord, après chacune des entrevues, a permis de faire ressortir des composantes contextuelles importantes qui n'auraient pas été perçues directement dans le *verbatim*. Les encadrés suivants présentent des extraits clés consignés par les chercheurs qui reflètent des phénomènes plus généraux à prendre en considération dans l'analyse.

Concepts	Extraits du journal de bord
Remise en question des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> • Cette personne me fait part d'un projet qui est sur le point de voir le jour dans son secteur en lien direct avec le partage des connaissances. Ce qui ressort de cette discussion (qui se déroule après l'entrevue) est le désir exprimée d'innover dans l'accompagnement et de créer un espace nouveau pour que les utilisateurs de la connaissance puissent s'exprimer (R3). • Un des mandats (indirects) de cette personne est justement de veiller à ce que les actions de PUC puissent avoir lieu dans la pratique quotidienne des intervenants en santé publique en misant sur la compréhension des changements de pratique par le personnel de l'organisation (R4). • À la recherche d'une personne qui serait en mesure de mieux saisir les besoins et caractéristiques du terrain pour être en mesure de partager des connaissances qui seront utilisées (R10). • Très conscientisée et au fait qu'il y a de nouvelles façons de faire entre la DSP et les CSSS, cette personne donne de nombreux exemples de changements de pratiques qu'elle tente d'implanter dans son secteur (R12).

Concepts	Extraits du journal de bord
Surcharge de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Premier rendez-vous manqué. Personne au bureau, la secrétaire essaie de justifier son absence par un possible conflit d'horaire. Des excuses me sont adressées, une autre rencontre devra être planifiée (R1). • À l'accueil, j'apprends par la secrétaire que l'entrevue devra être brève, car une réunion imprévue s'est ajoutée. Je sens dès les premières minutes que les réponses sont expéditives en raison de ce changement d'horaire (R6). • Lorsque j'arrive dans son bureau, il y a très peu de place sur la table devant moi qui est envahie par plusieurs piles de papiers. L'espace était tellement rempli qu'on avait de la misère à respirer. Pour moi, cette situation laissait présager un certain manque de temps ou une grande désorganisation! Quand le répondant m'a pointé le rebord de la fenêtre de son bureau (une autre surface utilisée) d'un air découragé, en déplorant la quantité de documents à lire qui l'attendait, j'ai compris qu'il s'agissait davantage d'une surcharge de travail (R8). • Après plusieurs va-et-vient entre le secrétariat et mon bureau pour voir si la personne est arrivée, la secrétaire m'appelle pour me dire qu'on peut finalement me recevoir pour l'entrevue avec une heure de retard (R11).
Intérêt pour le PUC	<ul style="list-style-type: none"> • À la fin de l'entretien, ce répondant souhaitait me donner plusieurs noms de personnes qui pourraient être intéressées par la question. Je sentais que c'était fait dans l'optique d'enrichir la connaissance sur le phénomène dans la pratique de la santé publique à Montréal (R1). • J'ai l'impression que malgré le temps limité, cette personne a réussi à avoir une réflexion critique sur sa pratique et celle de l'équipe qui l'entoure, c'est-à-dire à remettre en question certains <i>a priori</i> et voir les possibles changements à effectuer pour améliorer le PUC (R6). • Une très grande générosité dans les exemples énumérés. On dirait qu'on aurait pu en parler encore des heures, un souvenir en rappelait un autre. L'objet de recherche semblait venir rejoindre cette personne qui a beaucoup d'expérience en santé publique à Montréal (R7). • Je sens un grand intérêt de la part de cette personne qui va même me chercher une publication qui traite des enjeux autour des partenariats entre les acteurs qui interviennent en santé publique pour que je saisisse mieux sa position (R13).

Pistes de réflexion durant la démarche d'analyse

Sollicités de toute part, les cadres interrogés évoluent dans un environnement où il y a de très nombreuses demandes. Ces extraits viennent appuyer les propos tenus par les répondants dans les entrevues. Il faut tenir compte de cet élément de contexte pour comprendre aussi leur vision des activités de PUC. Dans ces circonstances, certaines de leurs préoccupations autour de l'intégration de ces activités dans leurs pratiques semblent se justifier. Il se dégage un climat d'enthousiasme vis-à-vis les actions entreprises et celles projetées en matière de PUC. Leurs propos sont réalistes, mais quand même positifs sur le PUC. L'expérience de ces acteurs en matière de PUC a tout avantage à être connue dans l'optique d'améliorer ce qui se fait déjà. Ils en connaissent beaucoup plus qu'ils ne le croient sur la question et ils ont une vision plutôt claire de leurs besoins pour arriver à leurs fins.

Extraits des mémos durant la codification initiale

Avant d'en arriver à la catégorisation, un important travail a été mené sur les codes préliminaires. Ci-dessous, un bref aperçu des codes initiaux qui ont débouché sur l'exploration de nouvelles avenues en cours de route.

Codes initiaux	Extraits de mémos
Rôles et responsabilités	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible d'établir un lien entre les rôles et responsabilités dans le cadre de leur mission de santé publique et les rôles et responsabilités correspondants aux différentes étapes du processus de PUC. Mettre en lumière ces rôles et responsabilités par rapport aux étapes du processus de PUC.
Définition PUC	<ul style="list-style-type: none"> • La vision traditionnelle du transfert dans une logique «<i>top-down</i>» est encore présente dans le discours, bien qu'il semble y avoir un souci de favoriser un climat d'échange et de reconnaître le savoir qui vient du terrain dans le partage entre producteurs et utilisateurs de connaissances. Il n'y a pas vraiment de définition concrète apportée par chaque répondant sur la notion de PUC, mais il semble y avoir trois tangentes principales dans leur discours : la connaissance, les relations et la pratique. Cette constatation devient éclairante pour la suite, mais ce code sera éliminé.

Codes initiaux	Extraits de mémos
Activités	<ul style="list-style-type: none"> Le premier objectif de l'étude originale (voir descriptif du projet annexe A) était de faire un bilan des activités de PUC effectuées par la DSP. Toutefois, il semble très difficile pour les participants d'énumérer toutes les activités auxquelles ils ont participé. Donc, à travers la codification, essayer de faire ressortir des éléments plus généraux sur ces activités. Retour à la recension des écrits, pour voir le possible découpage du code activités. Regard plus large sur les types d'interactions entre producteur et utilisateur suscitées par les activités énumérées. Retour dans la recension déjà faite pour relever si chacune des étapes du processus est couverte par les activités mentionnées.
Impacts	<ul style="list-style-type: none"> Très peu de propos sur les impacts des activités de PUC. Étant donné qu'il y a peu d'évaluation d'effectuée sur l'efficacité des activités de PUC, certains ont tendance à trouver des indicateurs de succès plus tangibles comme le nombre de personnes rejointes. Il est difficile de considérer cela comme un impact. Toutefois, il est évident que la question de mobiliser le plus de gens possible à participer à une activité de PUC est un objectif important à atteindre. La vision à court terme est vraiment plus laborieuse pour l'évaluation. Alors, les répondants parlent de rejoindre des gens de façon massive pour qu'à plus long terme un effet boule de neige puisse se produire. Il faudra creuser davantage pour comprendre et identifier les impacts souhaités pour être en mesure d'évaluer les activités de PUC et les améliorer. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de faire une liste précise des impacts. Ce code devra plutôt être divisé selon une vision à court ou à long terme des actions de la santé publique dans laquelle le PUC s'inscrit.
Moteurs et freins	<ul style="list-style-type: none"> Il ne semble pas y avoir d'autres éléments que ceux répertoriés dans la synthèse de Mitton & al. (2007) auxquels les répondants font allusion en matière de moteurs et de freins.
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> Aussitôt qu'il est question des partenaires, une catégorie semble émerger : la collaboration. Plusieurs stratégies de PUC semblent nécessiter cette collaboration. Les participants ne le mentionnent pas toujours clairement, mais cela semble important dans leur expérience de PUC.

En résumé, ces mémos ont rendu plus facile le cheminement de l'équipe de recherche dans la démarche d'analyse. Il était possible d'aller s'y référer à tout moment pour confirmer des décisions prises ou revenir en arrière pour clarifier certains éléments obscurs. La redéfinition de certains codes et le travail de catégorisation qui a fait passer les codes vers des catégories conceptuelles, nécessitait qu'un registre de cet ordre soit accessible. Durant cette étape de l'analyse, plusieurs cahiers ont été remplis et les traces de chacun des déplacements effectués dans la base de données y sont conservées.

3.3 Description des catégories conceptuelles

Voici maintenant les quatre catégories conceptuelles qui regroupent la totalité des segments codés durant la phase initiale de catégorisation. Chacune des catégories comportent des dimensions bien particulières qui seront par la suite présentées et illustrées avec des extraits de *verbatim*.

Tableau IX **Conceptualisation primaire du corpus**
(n=992)

Catégories conceptuelles	Dimensions	Segments correspondants
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Changement organisationnel 	216 (22 %)
Savoir	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité à la connaissance • Validité et/ou scientificité de la connaissance • Utilité perçue de la connaissance 	141 (14 %)
Savoir-faire	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies de PUC • Moyens nécessaires au déploiement des stratégies • Résultats des activités de PUC 	496 (50 %)
Savoir être	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes vis-à-vis les acteurs du réseau • Intentions visées par les stratégies déployées 	139 (14 %)

Deux autres catégories conceptuelles se doivent d'être présentées séparément parce qu'elles se trouvent imbriquées dans les quatre premières. Les segments appartenant à ces catégories ne sont pas exclusifs, car ils ont été identifiés aussi dans d'autres catégories. Donc, ils ne doivent pas être comptés de nouveau, le total de segments analysés dans le corpus est toujours de 992. À titre d'exemple, notons que les ressources (humaines, technologiques et financières) discutées dans la catégorie savoir-faire sous la dimension «*moyens*», se retrouvent aussi sous la dimension «*organisationnelles*» de la catégorie «*conditions*».

Tableau X **Conceptualisation transversale du corpus**
(n=992)

Catégorie conceptuelle	Dimensions	Segments correspondants
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> • Buts communs • Confiance • Relations/infrastructures de pouvoir • Valeurs et intérêts • Leadership 	132 (13 %)
Conditions (moteurs et freins)	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelles • Organisationnelles • Mode de communication • Moment de diffusion 	161 (16 %)

Le statut particulier de la collaboration prendra tout son sens et sera explicité lors de la mise en relation et de la phase d'intégration. Les dimensions qui lui sont attribuées sont le reflet de la seconde recension des écrits qui a permis de statuer sur les conditions à la collaboration.

3.3.1 Le contexte

Changement structurel

La première constante dans le discours des répondants est sans aucun doute les précisions qu'ils apportent sur les divers changements ayant eu cours en matière de santé publique depuis quelques années. Les répondants insistent sur un avant et un après, synonyme d'une coupure entre une ancienne et une nouvelle façon de faire les choses. La pratique de la santé publique encadrée par la Loi semble s'être transformée et implique une redéfinition des rôles des acteurs et une nouvelle façon de voir les relations entre les instances régionale et locale. L'expérience des répondants en matière de partage et d'utilisation des connaissances est empreinte de ce nouvel esprit; comme en fait foi les extraits suivants :

- *L'évolution du rôle des professionnels, notre rôle qui n'est plus d'agir comme uniquement des experts qui viennent intervenir sur le terrain, ce n'est plus notre rôle. Les CSSS étant la première ligne, oui on doit agir comme expert, des collaborateurs et facilitateurs pour ce qui est du transfert de cette information-là et d'être à l'écoute du besoin pour que ce que l'on offre réponde également au besoin en fonction de la réalité des gens sur le terrain. [...] Et ça c'est vraiment de revisiter le rôle de nos professionnels à l'interne et s'il y a un endroit où le transfert des communications peut actuellement devoir être retravaillé un peu plus, je pense que c'est un des éléments à considérer (entrevue 4).*
- *[...] avant on aurait fait une conférence de presse et ça aurait été fini. On a fait nos entrevues, mais on avait même préparé le réseau à recevoir ces données-là d'avance et après ça on les a re-rencontré et là avec l'organisation des sommets locaux... et là il y a une diffusion et il y a une appropriation des données et il y a un partage avec la communauté et là il y a des experts de cette équipe-là qui vont sur le terrain et qui expliquent et qui font... qui expliquent les données et le pourquoi «de» au niveau de l'analyse (entrevue 12).*
- *[...] La fusion étant faite en 2004 je dirais, en 2007 donc à peu près il y a deux ans, les directeurs locaux de santé publique n'ont plus eu envie de se faire remplir et de recevoir du central, des commandes et ci et ça là. Ils ont dit une minute-là, on a un mot à dire et nous là au fond on va faire ça dans une perspective où vous allez tenir compte de ce qu'on fait, de ce qu'on pense, de ce qui se passe sur le terrain et ça devra être une rencontre entre ce qui se passe sur le terrain et le savoir expert (entrevue 13).*

3.3.2 Le savoir

Rappelons qu'aucune définition précise de la connaissance n'a été présentée aux participants lors des entrevues. La connaissance à utiliser et à partager dans le cadre de leur travail est abordée en fonction de trois aspects principaux par les répondants. D'abord, la connaissance scientifique

provenant de la recherche est discutée sous plusieurs angles. Puis, la notion de l'accessibilité aux connaissances fait aussi l'objet de questionnements. Finalement, les répondants associent la connaissance avec ses visées, c'est-à-dire qu'ils ont une réflexion sur son utilité dans leur pratique de la santé publique à Montréal.

Validité ou scientificité de la connaissance

Les extraits suivants montrent que les connaissances issues de la recherche ne sont pas le seul type de savoir utilisé par les répondants. Les connaissances issues des savoirs tacites sont également très présentes dans leur discours. Ce qui attire l'attention, ici, c'est que la validité de la connaissance ne passe pas à tout prix à travers une logique scientifique pour être utilisée dans la prise de certaines décisions. Derrière les nuances apportées, il y a le caractère pragmatique des actions que doivent poser quotidiennement les répondants.

- *Quand tu pousses un peu plus loin et tu dis... est-ce qu'il existe des données probantes autour de l'implantation de ces approches-là? Bien peu... même presque pas. Et on ne peut pas dire non plus que ça a été évalué dans son ensemble, donc on ne peut pas dire que ça l'a eu un effet ce type d'approche globale et intégrée-là sur la santé. On ne peut pas dire non plus que c'est nul et que ça ne donne rien. Ça l'a eu des effets sur certains aspects (entrevue 9).*
- *Donc, oui il y a de la donnée probante, mais je ne crois pas tellement à l'utilisation linéaire de la donnée probante qui change dans un système expert la décision qui va être prise. Ce n'est pas comme un thermostat-là. Le thermostat il prend la température et il décide s'il part le chauffage ou la ventilation (entrevue 11).*
- *Il faut être capable d'envisager qu'au fond on n'est pas juste des experts avec des données scientifiques blindées, mais aussi, comme je disais tantôt, il faut tenir compte de l'expérience du terrain et il faut tenir compte aussi de toutes les controverses qui sont suscitées par des projets autour desquels on souhaite un certain transfert (entrevue 13).*

Accessibilité à la connaissance

Selon les répondants, l'accès aux connaissances varie selon leur type. La quantité de connaissances scientifiques qui circule n'est visiblement pas l'enjeu, mais il s'agit de réussir à connaître précisément le milieu dans lequel on souhaite faire une intervention de santé publique. Il est rare qu'à l'échelle d'une école ou d'un voisinage, des données scientifiques aient été colligées et pourraient appuyer d'éventuelles actions de santé publique. C'est d'ailleurs pourquoi des ressources sont mobilisées de plus en plus pour accompagner les CSSS dans la création de portraits de

situation de l'état de santé de la population sur leurs territoires locaux. Étant donné toutes les informations qui arrivent dans la boîte de courriels sans avoir été demandées, un effet pervers se produit, à savoir une saturation qui paralyse les utilisateurs. Lorsqu'on est envahi par l'information, il est difficile de faire un tri dans le but d'effectuer un choix éclairé ou de passer à l'action.

- *Les données moi je trouve qu'on en a presque en masse-là, on en a quasiment trop, même si je suis en train de structurer un programme d'enquête pour aller en chercher plus. Des informations, moi ce qui me manque le plus en terme d'informations c'est une compréhension claire des besoins du milieu. [...] Et un peu en arrière plan, bien ce sentiment-là que parfois on n'a pas... on ne travaille pas sur les bonnes choses parce qu'on ne comprend pas assez bien les besoins (entrevue 11).*
- *Je pense qu'on a accès à ce qu'on a de besoin. Quand on trouve de nouveaux agresseurs, bien on fouille dans la littérature et on trouve plein de choses. On a des comités provinciaux qui peuvent se pencher sur certaines nouvelles problématiques (entrevue 7).*
- *C'est sûr qu'on peut être noyé dans de l'information aussi, il faut chercher qu'est-ce qui est le plus utile pour faire avancer les objets et souvent ça aussi c'est du timing, si nos partenaires sont prêts à travailler sur des domaines et il y a un climat favorable ou il y a une nouvelle politique publique qui s'en vient...(entrevue 8).*

Utilité perçue de la connaissance

Suivant la logique du modèle de résolution de problème, il apparaît clair que les connaissances deviennent plus facilement utilisables lorsqu'elles représentent une solution ou qu'elles s'intéressent à une problématique identifiée au préalable par l'utilisateur. Les répondants expriment aussi la place des connaissances pour confirmer des décisions ou bien en justifier de nouvelles. Dans une perspective décisionnelle, il faut comprendre les enjeux de réorganisation qu'implique la connaissance pour les acteurs qui décident de l'utiliser.

- *Dans le fond c'est que les connaissances viennent appuyer nos interventions, nous dire que c'est plus efficace d'interagir sur tels déterminant versus tel déterminant, d'agir de telle manière et ça va être plus coût efficace aussi. Donc ça nous permet de faire des choix plus judicieux. C'est central dans nos interventions. Sinon on ferait n'importe quoi (entrevue 3).*
- *On transmet les connaissances sur les données probantes, mais aussi sur les solutions. On ne sort jamais une donnée sans avoir une solution. Donc nous notre transfert des connaissances, il y a un but, c'est d'amener le changement, ça c'est fondamental sur les solutions, le changement sur les solutions. [...] avec le rapport annuel on a fait un forum, 250 personnes et ça a vraiment... Ça l'a déclenché tout le plan de transport de la ville de Montréal, qui s'est beaucoup inspiré de ça (entrevue 10).*

- *Pour moi de faire une recherche aussi ça l'a une deuxième fonction. C'est faire en sorte que ça puisse servir. Quand on lit dans la littérature c'est plus d'aide à la décision ou faire en sorte que les connaissances puissent s'imbriquer, s'implanter, se disséminer dans le processus de gouvernance. Et le processus de gouvernance pour moi il est large (entrevue 9).*

3.3.3 Le savoir-faire

Cette catégorie présente les principaux éléments relatifs aux actions mises en œuvre lors du processus de PUC. Il sera question des différentes stratégies abordées par les répondants, de leurs besoins en matière de ressources et des résultats qu'ils visent lorsqu'ils entreprennent ou participent à une démarche de PUC. En discutant de leurs expériences quotidiennes, les répondants ont exprimé les stratégies de transfert qu'ils déploient ou qu'ils considèrent essentielles pour que le passage de la connaissance à la pratique puisse avoir lieu. Ces stratégies se traduisent notamment par l'organisation d'activités. Le tableau XI montre la diversité des activités de PUC mentionnées par les répondants lors des entrevues. Les étiquettes choisies pour identifier les activités s'inspirent de la publication de Mitton & al. (2007) et de Zarinpoush & al. (2007). Au total, 201 segments relatifs aux activités ont été codés en fonction de deux grandes stratégies et des étapes y étant associées tels que retenus par Lemire & al. (2009) p. 30.

Dans cette modélisation du processus de transfert de connaissances, les stratégies de diffusion ont comme objectif la transmission des connaissances tandis que les stratégies d'appropriation visent l'utilisation de ces connaissances dans la pratique. Les étapes de coproduction, d'adaptation et de diffusion de la connaissance permettent de rejoindre les utilisateurs en proposant des connaissances compréhensibles et accessibles. Les activités associées à ces étapes ont un important niveau de rayonnement, elles réussissent à atteindre un plus grand nombre d'utilisateurs. Inversement, les activités qui émanent d'une stratégie d'appropriation touchent moins d'utilisateurs à la fois. Les étapes de réception, d'adoption et d'appropriation visent à l'intégration et à l'application des connaissances via des activités interactives qui demandent un engagement soutenu des acteurs.

Tableau XI **Présentation des activités de PUC**
(n=201)

Stratégies	Étapes du processus	Activités de PUC	Segments correspondants
Diffusion	Production et coproduction	<ul style="list-style-type: none"> • Informations Web • Publications 	88 (44 %)
	Adaptation Diffusion	<ul style="list-style-type: none"> • Présentations • Conférences 	
Appropriation	Réception	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers interactifs • Sessions formation 	113 (56 %)
	Adoption	<ul style="list-style-type: none"> • Échanges en face à face 	
	Appropriation	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions • Comités consultatifs 	
	Utilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Réseaux • Communautés de pratiques • Forums 	



Niveau d'interaction



Niveau de rayonnement

Il est intéressant de souligner que les expériences relevant des stratégies d'appropriation ont fait l'objet d'une plus grande couverture par les répondants, c'est-à-dire qu'elles correspondent à 56 % des 201 segments codés. Néanmoins, il faut rappeler que 44 % des activités mentionnées s'inscrivent dans une logique plus traditionnelle de diffusion. Lorsque le niveau de rayonnement d'une activité augmente, on assiste à une baisse du niveau d'interaction entre les producteurs et les utilisateurs de la connaissance. Finalement, on observe que les activités mentionnées par les répondants couvrent l'ensemble des étapes du processus, ce qui démontre la proximité de l'organisation avec chacune des phases qui rendent possible le PUC.

Les stratégies de PUC

La coproduction

Il semble y avoir une prise de conscience des avantages associés à un travail de coproduction avec les partenaires sur le terrain. Ceci étant dit, il n'est peut-être pas toujours si évident au quotidien d'être dans ce genre de dynamique, mais les répondants sont vraiment convaincus qu'il y a des résultats bénéfiques pour lesquels il est judicieux de prendre le temps et l'énergie nécessaire.

- *Et bon... l'idéal pour moi... c'est aussi un retour. C'est-à-dire que eux, nos partenaires, ont aussi des connaissances, je pense que je vous en avais déjà parlé, sur le terrain, qui peuvent venir améliorer nous aussi nos productions (entrevue 2).*
- *Et je pense que si on veut avoir une bonne diffusion, il faut impliquer dès le départ nos utilisateurs dans la conception de nos produits de recherche ou nos productions de recherche dans la conception de nos projets, qui va nous aider à avoir une diffusion qui est vraiment plus ancrée dans l'action et qui va répondre à leurs besoins. Donc ça c'est un autre élément de succès (entrevue 3).*
- *Bien idéalement une problématique où une question est identifiée par l'utilisateur. Le projet est développé en lien avec cet utilisateur et pour vraiment répondre à une problématique. Et le résultat... il y a tout le domaine de recherche action... il y a un retour des informations au nombre de processus et ça peut être _____ justement en pratique et réévaluation. Alors je pense que malgré peut-être le fait que c'est plus long, c'est plus complexe et plus difficile, c'est que la problématique étudiée soit définie comme un problème prioritaire pourvu qu'il est partie prenante de processus (entrevue 6).*

L'adaptation

Une prise de conscience existe au niveau de l'adaptation aux divers publics à qui s'adresse le transfert et plus directement de l'importance du type de format choisi pour obtenir les résultats escomptés. De manière encore plus spécifique, l'adaptation des produits de la recherche demande aussi un certain travail de vulgarisation. Finalement, l'importance accordée à la vulgarisation des contenus se comprend comme une stratégie qui vise la compréhension et la possible utilisation des résultats de recherche par le terrain. Mais avant tout, les répondants sont conscients que la vulgarisation favorise la prise en compte du matériel dans un quotidien surchargé où le temps se fait rare. Les cadres de la DSP semblent accorder une grande place à cette composante temporelle lorsqu'ils envisagent des stratégies de diffusion ou qu'ils relatent leurs propres frustrations relatives à la surcharge d'information.

- *Moi je pense que l'idéal aussi c'est de comprendre le public que tu vises et quelle est la façon la plus efficace auprès de ce public-là pour l'informer. Parce qu'il y en a que ça va être... comme si on travaille avec des jeunes, il faut que tu aies du support visuel, il faut que... T'sé il faut s'interroger aussi sur les mécanismes de communication, tout ça (entrevue 2).*
- *Le but ce n'est pas d'avoir de l'information qui circule, le but c'est d'avoir de l'information qui est fiable au bon moment à la bonne personne pour permettre une action (entrevue 5).*
- *Mais ce que j'aimerais prioriser pour le secteur c'est de prendre les résultats de recherche et les traduire d'une manière qui peut être appropriée par les praticiens, par les cliniciens qui doivent les appliquer (entrevue 6).*
- *Et quelqu'un qui fait une planification et qu'on lui offre la possibilité de l'aider, c'est sûr que si on vient lui déposer un document de 150 pages et on a un jargon extrêmement complexe, ils n'ont pas le temps (entrevue 9).*

La diffusion

La diffusion est tellement partie prenante du travail quotidien des répondants qu'ils envisagent difficilement de faire de la santé publique sans y consacrer quelques heures. En fait, ils ont parfois tendance à mettre en valeur les stratégies de diffusion lorsqu'ils cherchent à citer des activités en exemple. Tout le défi se situe justement dans l'atteinte d'un équilibre entre les stratégies de PUC privilégiées. Si la diffusion est une étape essentielle, il ne faudrait pas que ce soit au détriment des autres étapes du processus. La maîtrise des activités de diffusion semblent être la plus évidente pour les répondants.

- *On fait beaucoup d'ateliers sur des sujets scientifiques, on invite nos partenaires, les décideurs des autres ministères par exemple. Il y a aussi je pense mais je ne connais pas en détail... dans le domaine surtout des ITSS, infections transmises sexuellement où la plupart des projets de recherche se fait avec nos partenaires communautaires (entrevue 6).*
- *Bien là on se retrouve avec une population pas mal plus élevée et on commence à sortir des données pour sensibiliser l'ensemble de la population qu'il y a un risque entre [...] et l'état de santé. Et on espère qu'en le diffusant un peu plus, bien que les gens vont commencer à en parler à leur médecin, que leur médecin va commencer à demander... Ils verront pas juste un patient qui arrive comme mettons quelqu'un qui a des symptômes, mais qu'il y a peut-être un lien entre ses symptômes et le milieu de vie (entrevue 7).*
- *Je mobilise et la mobilisation passe par différentes stratégies, dont de la formation. Bon ça peut faire partie du transfert des connaissances, formation (entrevue 10).*

- *C'est sûr qu'on est une direction d'experts, mais si on fait de la surveillance, si on cherche des solutions et qu'après ça on en parle pas, on diffuse pas, on communique pas, bien... ça sert à rien là finalement, c'est bien beau entre nous autres, entre chercheurs, mais je trouve que la notion de diffusion, de transfert des connaissances elle est très importante et elle est vraiment à la base (entrevue 12).*

La réception

En sondant régulièrement la réception, il est toujours possible pour les producteurs d'apporter des modifications ou des précisions qui permettront une meilleure appropriation des transferts. La vérification constante de la compréhension avec l'auditoire cible rend possible un accompagnement dans le changement de pratique et ultimement permet de s'approcher des objectifs fixés initialement.

- *Parce que des fois c'est mieux d'y aller petit à petit, tu fais comme... tu présentes une partie de tes connaissances et là après ça... qu'est-ce que vous en pensez? Qu'est-ce que ça vous dit? Tatata... Là une autre petite partie (entrevue 2).*
- *On transfère de l'information, là les gens vont prendre l'information, ils vont faire quelque chose avec. Il faut plus que juste donner de l'information, il faut vérifier le... si les gens l'ont compris, si ils sont d'accord et si ils adhèrent et dans quel but on l'a fait. Et aller vérifier ça et voir les impacts de ce que ça l'a donné. [...] pour moi ce n'est pas la feuille d'évaluation à la sortie de ce genre d'activité-là... et dire... ah! c'est bon! le conférencier était bon, l'information était claire, était précise, tout ça. Non, c'est par après, c'est plus avec des entrevues un peu plus individuelles... est-ce que ça l'a changé quelque chose dans ta pratique? Est-ce que ça remet en... parce que si on visait vraiment un changement de pratique, un changement de façons de faire, un changement d'orientation, est-ce qu'il y a eu des changements, oui ou non? Et dans le fond ça peut être non! Mais c'est de comprendre pourquoi (entrevue 7).*
- *Là j'aimerais avoir quelqu'un qui m'aide à évaluer la recevabilité par la clientèle. C'est un projet en soi ça (entrevue 10)!*

L'adoption

Le défi présenté par l'adoption est assez bien représenté par les répondants. Ils ne tiennent aucunement pour acquis que l'adoption est chose facile lorsqu'il y a une stratégie de partage qui est envisagée. Ils voient aussi l'importance d'un certain accompagnement, de l'interaction à avoir pour qu'une possible adoption puisse avoir lieu par les utilisateurs de la connaissance produite.

- *Même si on part du principe que les gens sont instruits, scolarisés, qu'ils sont sensibilisés, ils travaillent avec ça, ils ne veulent pas être malades, ça veut pas dire nécessairement qu'ils vont adopter les moyens préventifs (entrevue 7).*
- *Moi de la recherche qui reste pour de la diffusion dans les revues de recherche, ça ne m'intéresse pas là. Au niveau régional ce n'est vraiment pas ça qu'il faut faire. Il faut vraiment aller jusqu'à l'accompagnement sur le terrain pour que ça change des choses (entrevue 8).*
- *Parce que ça s'est toujours fait : produire des données de base sur la mortalité en fonction de différentes causes, t'sé ça se fait depuis des années et les hospitalisations... Comment elles sont utilisées, on sait qu'ils nous sont demandés des fois-là, comment ils sont utilisés dans une perspective de santé publique en particulier, je le sais pas trop (entrevue 11).*

L'appropriation

La prise en compte des acteurs locaux se traduit aussi par la valorisation des échanges avec ceux-ci. Il importe de mieux les connaître, mais également de profiter de leur expérience pour bonifier les productions et favoriser leur appropriation sur le terrain. L'implication des pairs dans l'apprentissage semble devenir une pratique courante et constitue une forme de démocratisation de l'expertise. Ceci laisse présager un début de rupture avec la tradition où s'opérait un transfert unidirectionnel «*top-down*». Dans ce même esprit d'égalité, la prise en compte et la valorisation de l'expertise terrain fait aussi partie des enjeux autour des activités de formation. Les stratégies d'échange permettent une proximité avec les utilisateurs visés par le transfert et favorise les rétroactions.

- *Et bon sur ces forums-là on y dépose toute la documentation relative, donc on a tout le travail ici à mettre à jour les documents, si il y a un nouvel article qui peut intéresser cette communauté de pratique-là, donc on le présente sur le forum. Donc c'est vraiment pour... en-dehors des rencontres face à face, maintenir un genre de... réduire l'isolement et se maintenir en processus d'apprentissage et un réseautage entre les intervenants (entrevue 3).*
- *Donc si on fait du développement de compétences, qui est compétent et qui est non compétent? Je veux dire moi c'est un terme auquel je suis allergique le développement de compétences. À moins que ce développement de compétences-là soit fait de telle sorte que tout le monde soit en mode de développement de compétences. Mais quand c'est celui ou quand c'est la direction qui organise la formation en développement de compétences, bien ça m'apparaît d'une extrême prétention. [...] Donc on a remplacé la notion de développement de compétences par ateliers interactifs et j'ai dit ça sera pas des cours, ça sera pratique et cette pratique-là devra s'inspirer bien sûr de ce que nous on a fait dans notre expertise, mais devra tenir compte de ce que nos clients ou les CSSS et partenaires aussi ont fait (entrevue 13).*

Les moyens nécessaires au déploiement des stratégies

Les ressources humaines

Les équipes multidisciplinaires se doivent d'être toujours plus complètes et plus spécialisées pour relever les défis suscités par le milieu. Il est maintenant question de compétences précises jugées primordiales pour réussir à entreprendre des activités de PUC. Il pourrait y avoir un désir d'aller chercher des spécialistes et d'en faire une équipe de soutien ou que les chercheurs au sein des équipes bénéficient d'un support offert par l'organisation pour développer ces compétences. Les répondants axent beaucoup sur la complémentarité des expertises.

- *Et si on veut monter des systèmes par-dessus ça pour donner de l'information, bien il faut être dégagé et il faut avoir du temps à se consacrer à ça. Moi je trouve qu'il manque de ressources pour le faire et ça prend des gens dédiés à temps plein pour faire ce genre de travail-là, qui ont cette préoccupation-là de façon majoritaire là dans leur temps de travail. Si c'est juste fait par bribes, ce qu'on fait, c'est qu'on fait souvent des petites patchs à droite et à gauche, on répond à des choses de façon ad hoc, mais on monte pas un système un peu plus complet, qui répond vraiment à l'ensemble des besoins et qui va être plus convivial, ça on le fait pas (entrevue 7).*
- *Dans le secteur, on a des gens qui ont des formations en épidémiologie, en anthropologie et il y en a qui ont plusieurs formations là. J'ai un ingénieur en informatique, trois personnes en géo, un statisticien, trois ou quatre personnes qui ont de la démographie, sexologie...C'est très varié. Ce qu'il manque, j'aimerais ça avoir une spécialiste en santé communautaire et j'aimerais ça avoir un économiste. Parce que je pense que ça serait important d'évaluer les impacts des choix en santé, des politiques santé, des politiques non santé (entrevue 11).*
- *Moi je pense que facilitant là c'est vraiment avec qui tu travailles. Choisir les personnes qui pensent que c'est important de faire ça et qui sont bons. Parce que là on en a beaucoup qui sont bons en technique là, qui sont statistiquement solides, tout ça, mais que ce n'est pas tout t'sé... Ça te prend des gens qui sont bons en communication, qui sont bons dans les relations interpersonnelles, qui peuvent contribuer à cet effet-là et qui sont bons en écriture, en rédaction et qui ont fait différents exercices de rédactions (entrevue 2).*
- *Il faut que ça soit une équipe multi où là on se passe le ballon et l'élément principalement facilitateur ce n'est pas de diviser les fonctions comme souvent on a tendance à essayer de faire ici, c'est d'intégrer ça dans une cible, dans un programme, sous l'égide d'un responsable qui a cette division-là. Parce qu'ultimement quand tu fais du transfert c'est modifier les perceptions, modifier les paradigmes, modifier les pratiques professionnelles, modifier les politiques [...] Pour faire ça, il faut que ton réseau d'influence se tisse, c'est souvent connaître tes partenaires, connaître les résistances (entrevue 10).*

Les ressources technologiques

Il y a un courant général qui prône les bienfaits d'une utilisation plus accrue des nouvelles technologies dans le cadre des activités de PUC. Contrairement à ce qu'on a tendance à croire, la présence de supports virtuels ne modifie en rien la nature de l'action qui reste au niveau de la diffusion d'information, et ce, même si elle se présente dans un autre format plus convivial et facilement accessible. La personne qui visite le site Web entretient le même type de rapport avec son contenu que si elle le lisait dans une brochure, c'est-à-dire sans interaction. Bien sûr, l'idée ici n'est pas de remettre en cause le désir de progrès et la vitrine importante que permet l'Internet pour rejoindre ses publics. Par contre, il ne faut pas se laisser avaler par la foulée technologique, sans se poser des questions sur les objectifs véritables que l'on souhaite atteindre en utilisant des supports Web. La majorité souhaite profiter au maximum du potentiel interactif qu'offre l'Internet. L'idée est probablement prometteuse, mais il faut être conscient que cette nouveauté devient une offre additionnelle qui nécessite du temps dans un contexte de travail déjà très surchargé.

- *Je me dis qu'on ne peut pas rester... être une organisation qui fait de la diffusion par des documents et « that's it ». Et des documents de 80 pages, ce n'est pas vrai. Il faut être davantage... et le transfert des connaissances, c'est par le Web, c'est par.... c'est toutes sortes de leviers qui font que c'est du transfert d'information, du transfert des connaissances (entrevue 12).*
- *On vient d'embaucher en plus une personne pour revoir tout notre site Web parce qu'on s'aperçoit que c'est l'outil maintenant. On produit de moins en moins de documents, on met tout sur le site Web (entrevue 8).*
- *On a des forums d'échanges, on a un comité de pratiques par exemple. Malheureusement... je pense à une qui n'est pas tellement bien utilisée... on a créé... à la demande mais finalement... parce que le monde est trop occupé, on n'a pas le temps de regarder (entrevue 6).*
- *On a eu des demandes au niveau des médecins, mais j'ai l'impression que c'est des choses qui sont populaires quand ils partent et ça tombe dans l'oubli. En tous les cas... je n'ai pas à ma connaissance moi eu de succès dans ces affaires-là. Il y en a quelques-uns qui sont partis là et on dirait que ça reste... ça reste comme une lettre morte là. [...] t'sé ils ont l'autorisation de leur gestionnaire là pour pousser des projets et tout ça, donc c'est important et après ça, ça s'avère moins important. Ça, ça m'étonne. Et dans les blogues ou des choses comme ça, c'est un peu ça qui est arrivé (entrevue 5).*

Les ressources financières

Tel que mentionné précédemment, une démarche de PUC a tout avantage à intégrer un volet évaluatif pour mieux saisir le degré de réception des publics visés et prendre en compte les réactions pour pouvoir s'ajuster. Par ailleurs, pour être reconnues et financées les interventions de santé publique devraient toutes faire l'objet d'une évaluation. Malheureusement, le caractère multidisciplinaire du champ semble compliquer les choses notamment sur le plan monétaire.

- *On est beaucoup centré sur l'évaluation des processus, sur l'évaluation de comment on s'y est pris, de l'implantation, dans certaines études plus ponctuelles, plus circonscrites on le voit, mais on le voit qu'ils ne sont pas à l'intérieur d'une planification, tout ça. Et c'est sûr que d'évaluer une approche globale intégrée c'est extrêmement coûteux (entrevue 9).*

Les résultats des activités de PUC

De manière générale, les répondants sont assez discrets sur les activités de PUC qui auraient donné des résultats. Étant donné que l'évaluation de la réception des activités est rare, il semble difficile pour eux d'affirmer la présence d'impacts. Certains replacent la question des impacts dans une perspective à long terme, ce qui pourrait expliquer la présence de résultats non mesurés. Il est également question d'impacts indirects sur la santé relatifs à des gains au niveau d'une sensibilisation et d'une coordination dans le cadre de la pratique de la santé publique à Montréal.

- *Moi je pense que les impacts sont toujours plus à long terme, ils sont toujours plus flous, mais qu'ils sont là pareil. Ça fait longtemps qu'on sait que le tabac tue et ça fait 20 ans que le taux diminue tranquillement. Il n'a pas diminué du jour au lendemain, tu me diras il y a des éléments d'habitudes de vie qui sont liées à ça aussi, mais t'sé même là à partir du moment où on savait, on avait les données probantes, les programmes se sont pas mis en place du jour au lendemain là. Il y a plein d'autres exemples et je pense que c'est un peu comme ça que l'information... (entrevue 11).*
- *C'est un forum ouvert de discussions auquel participent des membres des différents comités de concertation de la ville et des comités de planification. Oui, je pense qu'on peut dire qu'on a un impact parce que la participation est très bonne. Les commentaires, les évaluations sont bons, sont positifs et puis je pense que ce qui arrive, c'est qu'on réussit à partager une vision commune de ce qu'il y a à faire en santé publique à Montréal (entrevue 1).*

- *Le problème que je vois face à la diffusion de l'information, c'est l'inévitable envie de se comparer. Et d'après moi toute chose n'est pas comparable nécessairement. Il faut faire attention dans les comparaisons. Quelqu'un peut faire plus d'une chose mais ça ne veut pas dire qu'il la fait bien. Il y en a qui font beaucoup d'activités, mais c'est comme... comment je pourrais dire... une poule pas de tête qui court partout là, bon il y a de ça. Il y en a d'autres qui en font un peu moins, mais qui ont des très gros résultats, mais les informations on les a pas sur les résultats, on les a sur les activités. Donc qu'est-ce qui est le plus important? Qu'on fasse beaucoup d'activités ou qu'on ait de meilleurs résultats (entrevue 7)?*

3.3.4 Le savoir être

Le PUC implique inévitablement un minimum d'interactions entre divers acteurs qui pratiquent la santé publique à Montréal. Dans ce contexte, le savoir être renvoie aux attitudes envers ces acteurs et aux intentions visées par les stratégies déployées. Ces dimensions permettent de mieux cerner la nature des relations entretenues.

Attitudes vis-à-vis des autres acteurs de santé publique

Le niveau de reconnaissance des expertises semble être un point important à considérer lorsque des stratégies de PUC sont mises sur pied. Si ce sentiment d'égalité est très présent dans le discours actuel des répondants, il faut se rappeler, qu'il n'y a pas si longtemps, les relations avaient une autre allure. De manière réaliste, un changement d'attitude de cette envergure nécessite du temps et n'est jamais complètement acquis. Ce changement au niveau de l'attitude envers les partenaires se traduit aussi par un certain désir de rapprochement. Il est même proposé que l'organisation (DSP) puisse jouer un rôle d'intermédiaire dans ce rapprochement en offrant du support et des lieux propices aux activités de PUC. Il serait risqué voire trompeur de tenir pour acquis que l'interaction qui est implicite dans le terme partage de connaissances soit un gage de ce partage. D'ailleurs, les répondants soulignent le manque de réelles plateformes d'échanges.

- *Je vois les partenaires, je les vois égalitaire, on a tous un rôle probablement qui nous interpelle dans un lieu ou dans l'autre autour des actions de santé publique. On veut être certain de leur communiquer de l'information sur les objets sur lesquels on travaille et les conclusions auxquelles on arrive pour qu'eux puissent utiliser ces informations-là, pas refaire la roue, mais aller plus loin dans leur champ d'expertise qui est parfois complémentaire (entrevue 8).*
- *Moi j'étais un peu allergique à cette dimension de relation avec nos partenaires... nous sommes les experts, vous êtes des exécutants (entrevue 13).*

Intentions visées par les stratégies déployées

Il y a un désir de proximité, une volonté de créer des espaces qui permettent les échanges et qui contribuent à favoriser l'utilisation des connaissances. Il semblerait que le rapprochement entre les acteurs soit essentiel aux activités de PUC.

- *Bien dans un monde idéal... on serait... bien je pense que les gens de l'intervention seraient plus près des gens qui produisent les connaissances. Donc, oui, disons que les activités de production seraient en lien avec les besoins des décideurs. Tranquillement on y arrive là je pense (entrevue 3).*
- *Ça serait de faire en sorte que nous soyons un lieu de rencontre privilégiée entre les chercheurs et les acteurs du terrain et qu'on soit perçu par les chercheurs comme un endroit où c'est intéressant d'aller parce qu'on va s'alimenter avec des questions de recherche, des choses pertinentes, intéressantes et peut-être même des financements, des petits financements, des démarrages, des choses comme ça (entrevue 1).*
- *Mais... un p'tit lunch... pas avec le public, indoor et là tu influences. Tu influences, c'est tout ça du transfert. C'est de l'influence, c'est de la politique, c'est de la formation (entrevue 10).*

3.3.5 Les moteurs ou les freins aux activités de PUC

On constate que la répartition des principales conditions qui influencent le PUC selon les répondants, peuvent être situées dans la classification proposée par Mitton & al. (2007). Au total, 161 segments du corpus ont été identifiés et regroupés au tableau XII. La majorité des conditions rapportées (56%) indique une sensibilité plus accrue aux facteurs organisationnels dans la réussite des activités de PUC. Quant aux conditions perceptibles à un niveau individuel, elles constituent un peu moins du tiers des segments de cette catégorie (28%). Il est important de souligner que les moteurs et les freins ont été discutés indistinctement par les répondants, c'est-à-dire que certains ont mis l'accent sur les conditions positives tandis que d'autres ont plutôt fait l'inverse. Les citations qui illustrent leurs propos en sont inévitablement teintées. Quelques fois, certaines affirmations semblent même contradictoires à d'autres. Si certains changements au niveau structurel semblent favorables aux activités interactives, les conditions organisationnelles identifiées par répondants montrent qu'il existe encore un chemin important à parcourir pour parvenir à l'émergence du PUC dans la pratique de santé publique (voir notamment la catégorie contexte p. 34 et les extraits de journal de bord p. 28).

Tableau XII Répartition des moteurs et des freins aux activités de PUC selon les répondants
(n=161)

Niveau	Conditions	Nombre de segments
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Pensée réseau • Rôles et responsabilités clairs • Développement de la confiance • Attitude négative vis-à-vis le changement 	45 (28 %)
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources technologiques • Ressources financières • Intérêts en compétition • Autorité pour implanter le changement • Degré de «<i>readiness</i>» au changement • Culture partenariat de recherche • Manque d'incitatifs 	90 (56 %)
Mode de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de messages sur mesure vulgarisés • Surcharge d'information/manque de temps 	16 (10 %)
Moment de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Différences entre les échéanciers des chercheurs et ceux des décideurs 	10 (6 %)

Individuel

La résistance au changement est un facteur qui est souvent amené par les répondants pour expliquer les difficultés à entreprendre des activités de PUC avec leurs divers partenaires. De plus, il est question de l'importance de créer une vision commune ou une pensée réseau qui permettrait davantage de continuité pour les actions que les initiatives individuelles. Finalement, pour faciliter le PUC, il serait important de s'assurer que les rôles et responsabilités de chacun soient clairs avant d'envisager une ouverture vers l'autre et des échanges.

- *Ah! bien les fonctionnaires ils disent que c'est pas possible faire des (XXXX) Il dit moi j'ai de la résistance, mais quand tu parles aux fonctionnaires, bien non ils veulent pas et ils ne veulent pas mettre de l'argent là-dedans et ça coûte plus cher réaménager (XXXX). Bon... les gens à Vancouver nous disent... voyons donc! Tout est possible, c'est une question de*

volonté politique. Qui a raison? Je ne le sais pas mais nous on s'est dit... on va jouer sur les deux niveaux. C'est des paradigmes, il faut changer ça (entrevue 10)!

- *Fa que c'est là que tu te dis... bien des fois il y a des besoins, il y a des personnes, soit un professionnel en particulier ou quelqu'un qui est un peu visionnaire qui dit... ah! il me semble si on avait cette façon-là d'échanger des informations... je sais pas... ça nous donnerait un peu plus d'envergure dans nos actions, je sais pas... Mais c'est le fait d'individu spécifique. Et quand l'individu n'est pas là pour le pousser, ça tombe dans l'eau. Ça fait quelques projets que je vois qui manquent comme ça, quand la personne... bien tout d'un coup elle s'en va (entrevue 5).*
- *Et réfléchissons comme ça avec toute l'information qu'on a pour y arriver, c'est la chose la plus difficile, tout demeure sectaire. C'est le côté sectaire des choses. Et on a beau parfois donner de la meilleure information aux gens, à partir de tout, si on brise pas ça là, ça passe pas. Il y a rien qui change et c'est ça qu'il faut changer avant, c'est penser réseau, c'est penser... En bout de ligne c'est [la population] qui est là, mais il y a tellement d'autres considérations et c'est utopique de penser que les gens vont vraiment penser réseau. Les gens pensent dans leur organisation ou ils pensent pour eux-mêmes ou ils pensent pour leur profession et... Bien il faut travailler à ce niveau-là. Et tout ce qu'on amène, bien il faut en tenir compte, sinon ça passe certainement pas, il y a des blocages. Et pour moi c'est ça, c'est les guerres de clocher quelque part aussi (entrevue 7).*

Organisationnel

Si le premier extrait laisse entrevoir que le PUC devrait faire partie intégrante d'une démarche réfléchie plus large de santé publique et ne devrait pas être vu comme une surcharge de travail, cet avis n'est pas partagé par l'ensemble. Dans un contexte général de roulement de personnel et de coupures, il est évident que les efforts du local sont moins orientés vers des actions de santé publique. Pour les producteurs de connaissances scientifiques qui souhaitent partager leurs savoirs avec ces milieux, il n'y a pas énormément d'ouverture pour mettre en place des activités de PUC. Il est déploré que sans ressources financières ou humaines suffisantes, il n'est pas réaliste de penser que des activités de PUC puissent être entreprises dans la pratique de la santé publique à Montréal. Donc, les répondants semblent comprendre que le PUC n'est pas vu comme une priorité pour tous les acteurs qui interviennent en matière de santé publique.

- *Je pense la résistance ou la raison par excellence de tout le monde c'est le temps. Personne n'a le temps. Moi je ne crois pas à ça une miette. Moi je pense quand on veut se remettre en question, on le prend le temps. [...] On réagit beaucoup, on réagit rapidement, on prend des décisions, mais je ne suis pas toujours sûr qu'on place nos décisions à l'intérieur d'une réflexion. D'essayer de réfléchir de dire comment on va implanter nos affaires, c'est quoi les*

stratégies qu'on va prendre, comment on va présenter nos choses et qu'est-ce qu'on peut offrir (entrevue 9).

- *Manque de ressources, manque de temps, on est sur d'autres projets, on est... Fa que ce n'est pas la volonté, c'est vraiment le temps, les ressources. Les facteurs entravant c'est qu'eux autres aussi sont super occupés nos partenaires, les décideurs je vais te dire de quoi... Moi là j'organisais des groupes au centre Léa-Roback là, je m'arrachais les cheveux, c'était deux, trois mois d'avance pour avoir... Sur 15 tu ne les avais même pas tout là fa que... Ça... c'est ça, on a des contraintes organisationnelles assez importantes (entrevue 2).*
- *La situation financière des organismes qui œuvrent dans le réseau de santé publique n'est pas reluisante. Les groupes communautaires parlent beaucoup de leur sous-financement, le réseau est sous-financé, il n'y a plus d'argent dans le réseau. On s'en va vers une crise économique. On fait quoi avec ça? On s'en va où avec ça? La Direction de santé publique si elle pense à tous les programmes de prévention qu'on met en place, quel est l'enjeu qui émerge de cette situation-là qui s'en vient et quelle stratégie on se donne ensemble pour arriver à ce que... Oui les groupes communautaires ont de moins en moins d'argent mais le milieu aussi, le réseau aussi. Alors on fait quoi comme choix stratégiques (entrevue 8)?*

Mode de communication

Le choix des technologies utilisées pour partager des connaissances semble être un point sensible pour plusieurs répondants. Tel qu'exprimé précédemment par rapport au sentiment de surcharge d'information, il est clair que la facilité à rejoindre un maximum de gens par courriel, devient un problème. C'est un premier pas d'envoyer du matériel, mais tout un défi de s'assurer qu'au bout de la chaîne il y a quelqu'un qui en prend connaissance, ou mieux, qui utilise l'information partagée dans sa pratique. Il serait sans doute plus sage d'être davantage stratégique lorsque l'on souhaite partager des connaissances. Même si de nombreux outils technologiques peuvent venir appuyer les démarches, il y a tout un autre travail d'appropriation à faire qui se doit d'être envisagé avec la diffusion.

- *Le problème qu'on a c'est qu'on a tellement d'informations. Je n'arrive pas... je veux dire... je mets des piles de choses que je me dis... ça il faut absolument que je passe à travers de ça, sur le bord de ma fenêtre c'est incontournable... ça aussi il faut que je lise ça... J'y arrive pas. J'ai pas besoin de plus d'informations, c'est que... et j'ai pas beaucoup de temps parce qu'on est très très sollicité mais il faut que je prenne les bonnes décisions. Alors comment je fais ça? Je l'ai pas la recette, mais je me la pose en vrai parce que... on a besoin de choses rapides, on a besoin des synthèses très très avancées (entrevue 8).*
- *C'est pas...le but ce n'est pas d'avoir de l'information qui circule, le but c'est d'avoir de l'information qui est fiable au bon moment à la bonne personne pour permettre une action (entrevue 5).*

Moment de transmission

S'il ne semble pas y avoir de problèmes d'accès aux connaissances scientifiques, un certain manque de synchronisme entre la réalité des chercheurs et celle des praticiens vient freiner l'accessibilité et ce, à un moment qui serait opportun pour l'action. Il est pertinent d'évaluer les actions reliées aux activités de PUC dans une perspective à plus long terme qui laisse un temps d'appropriation aux acteurs de santé publique. Les remises en question sur les méthodes et les stratégies employées nécessitent un certain recul. Il est certain qu'il est difficile dans une logique court terme de prendre le temps de saisir la réalité et les subtilités du milieu avec lequel on souhaite partager.

Néanmoins, sans cette connaissance préliminaire des autres, il sera bien difficile d'engager des échanges et de viser des retombées à la suite d'activités de PUC. Tel que précisé dans le dernier extrait, une certaine maturité est nécessaire pour être en mesure de revoir ces façons de faire et de s'ajuster dans le but de rejoindre et de réellement entrer dans une dynamique de partage avec les autres professionnels de santé publique.

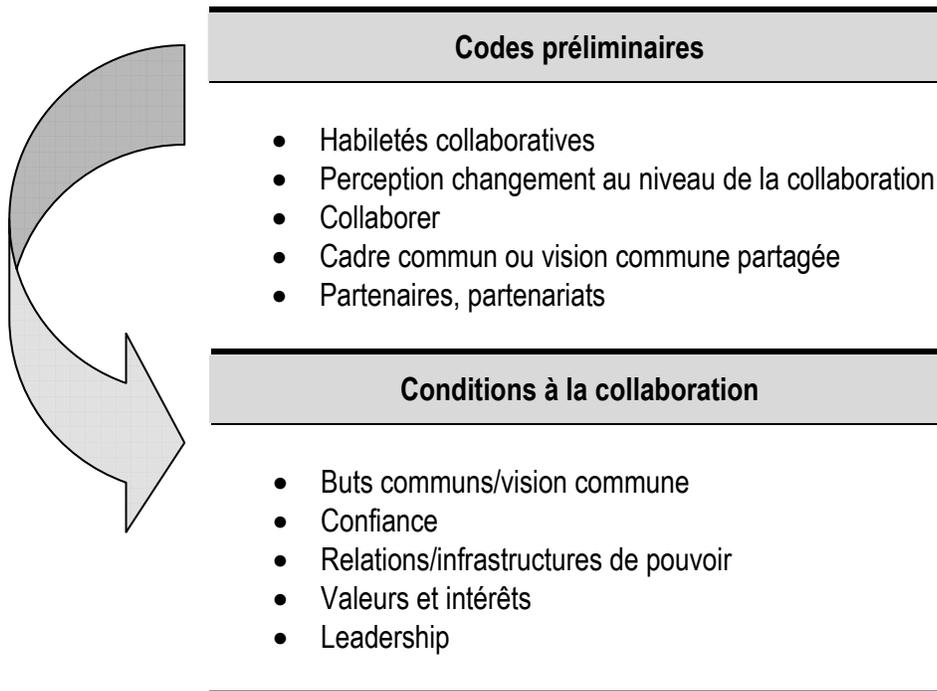
- *[...] les données sont comme... il y en a de disponibles, mais ils ne veulent pas les sortir tout de suite parce les chercheurs sont pas dans la même dynamique. [...] il faut attendre, il faut publier, il faut avoir le nombre, grossir le CV, avoir une primeur... Et t'sé je comprends en quelque part parce que tu as travaillé fort et tout ça (entrevue 2).*
- *Et nous on s'est dit notre rôle c'est d'informer ceux qui ont la responsabilité d'agir. [...] Ça a pris 23 ans de santé publique pour en arriver là. (Rires). Mais c'est parce qu'au début on le voyait pas de même. Ça prend comme un temps de travail et un moment donné tu dis... bon bien je pense qu'on a fait le tour du jardin et on travaillait tu de la bonne façon et il y a tu moyen d'être plus efficace. Et là tu regardes et tu redéfinis un peu mieux les choses parce qu'il y a une maturité qui s'est installée aussi (entrevue 7).*

Il est essentiel de reconnaître l'importance du contexte et des conditions propices décrites par les répondants pour comprendre ce qui facilite ou nuit aux initiatives de PUC en santé publique à Montréal. Malgré la volonté individuelle et les efforts organisationnels, il ne faudrait pas passer sous silence la présence d'une autre dimension dans la compréhension du phénomène. Il s'agit de la collaboration qui s'est avérée être une catégorie conceptuelle transversale de premier plan au cours de l'analyse. À travers les exemples partagés avec l'équipe de recherche, les différentes dimensions de la collaboration ont été abordées par les répondants et feront l'objet du prochain point de la présentation des résultats.

3.3.6 La collaboration

D'abord identifiée en raison de ses fréquentes apparitions littérales dans le discours des répondants, la collaboration s'est vue graduellement transformée en catégorie conceptuelle. C'est à travers le travail de réduction du corpus en codes préliminaires qu'a clairement émergé ce concept. Après avoir jonglé avec différents codes qui ne semblaient pas rendre justice à l'ampleur de sa signification dans le corpus, un recours aux écrits scientifiques s'est alors imposé. La recension des écrits qui a suivi fera l'objet du prochain chapitre, mais les conditions à la collaboration retenues lors de la catégorisation sont présentées dans cette section. Le corpus a été revisité dans son ensemble dans le but de capter les signaux pouvant confirmer la présence du concept de collaboration.

Figure 5 **Évolution de la codification initiale à la catégorisation**



Buts communs ou vision commune

D'abord, les répondants expriment la nécessité de développer une vision commune avec les autres acteurs de santé publique et de produire un plan territorial qui engloberait la vision partagée par l'ensemble. Selon le discours dominant, il semble y avoir un manque de cohésion et d'uniformité des visions autour des activités de santé publique en général. La proposition d'un document formel semble refléter le désir d'arrimer les points de vue et les efforts pour être en mesure de relever les défis qui s'imposent et de viser l'amélioration de la santé de la population.

- *Il faut que tout le monde comprenne qu'est-ce qu'on veut atteindre, il faut que tout le monde... On parlait hier qu'il y ait un rendez-vous entre les différents milieux, entre les différents groupes qui s'intéressent au même sujet que nous d'ailleurs, aux parents, aux intervenants qui œuvrent et qui offrent des services. Il faut qu'il y ait un rendez-vous de toutes ces connaissances-là ou de toutes ces informations-là pour qu'on fasse du sens et qu'on ait une intervention qui est porteuse [...] Parce qu'en ce moment on continue de gérer notre quotidien alors que le réseau est tout en train de changer mais on ne prépare pas, je trouve, beaucoup l'avenir. Et moi ça, ça me questionne (entrevue 8).*
- *S'il y avait une vision commune, partagée par un ensemble de gens, là ça peut être provincial, on a une vision commune, mais vraiment partagée. On vise que d'ici quatre, cinq ans on va avoir atteint ça et on va être capable de faire ça et on va mettre en place tous ces moyens-là pour y arriver [...] Un plan auquel tout le monde adhère vraiment. On peut le faire régionalement, on peut le faire localement, on peut le faire provincialement là, c'est toujours le même principe. Et si le monde embarque là-dedans... Comme à Montréal on essaie de dire aux gens... pensons comme une région. C'est pas facile regarde... On commence à mettre des activités et on commence à y arriver comme ça et on commence... Et là il y a une volonté d'harmonisation, ce qui était pas là avant, c'était plus sectaire, bon...(entrevue 7).*
- *Quand on pense à un plan local de la santé publique, c'est pas le plan de l'établissement, c'est le plan du réseau, tous les partenaires locaux, c'est quoi les priorités, c'est quoi les orientations, comment on met nos énergies ensemble pour améliorer la santé de la population (entrevue 13).*

Confiance

Conscients des réticences du local à s'engager, les répondants semblent prêts à rétablir un certain équilibre de manière à gagner cette confiance. Selon eux, cela passe par la reconnaissance des expertises, davantage de consultation et de concertation. Ce climat de confiance mutuelle entre les divers acteurs de santé publique est à parfaire. La notion de crédibilité est aussi un enjeu important. Il ne suffit pas de dire que l'on souhaite travailler conjointement, il faut aussi réussir à le faire concrètement.

- *Le défi qu'ont les CSSS actuellement c'est de mobiliser leur personnel à faire le programme de santé publique et les plus je dirais résistants c'est certainement les organisateurs communautaires qui eux se méfient de la santé publique pour les mêmes raisons que je t'ai mentionnées, comme étant au fond une direction qui fait descendre ses programmes dans le milieu sans nécessairement passer par les étapes de planification participative dont on a parlé, c'est de la planification sociale fa que... Au fond on veut essayer d'établir avec ces organisateurs communautaires, ce dialogue-là parce que l'ensemble des équipes d'organisation communautaire relève des responsables de santé publique (entrevue 13).*
- *Je pense qu'il y a pas de pensée magique et c'est d'arriver préparé et de savoir clarifier c'est quoi le besoin et ce qu'on veut faire et toujours faire l'arrimage avec la mission et la vision de l'organisation. Prendre plus de temps pour la préparation, évaluer... est-ce que c'est matriciel comme projet ou c'est vraiment sectoriel, et à partir de ça on y va. Mais vraiment pas perdre le focus, peut-être en prendre moins large mais y aller par petits pas et par petits points précis qui vont avoir un effet de levier, ne serait-ce qu'en termes de crédibilité avec nos partenaires des CSSS (entrevue 4).*
- *Dès que tu rentres en contact avec eux autres là, un : ils sont contents. Ils sont contents parce que... trop longtemps dans un projet à la Direction de santé publique de faire comme du travail tout seul et tu es pas... tu les consultes pas... Fa que là déjà de les consulter, peu importe là que ça soit pas encore parfait, que ça va s'améliorer (entrevue 2).*

Relations ou infrastructures de pouvoir

La présence d'un discours qui dichotomise les acteurs de santé publique en deux entités, le local et le régional, peut placer les acteurs dans une dynamique de confrontation. On est loin d'une pensée réseau lorsque les propos sont axés sur les différences entre le local et le régional plutôt que leurs similitudes. D'une part, on tente de montrer une ouverture appuyée par des exemples de renversements du modèle «*top-down*», mais il semble encore y avoir certaines inégalités entre le poids du régional dans les choix qui auront des répercussions au niveau local. Le dialogue avec les acteurs sur le terrain ne semble pas se faire systématiquement. Le grand projet collectif de santé publique est parfois un amalgame de projets amenés par le régional au local sans qu'il n'ait eu un véritable dialogue sur leur pertinence.

- *Parce qu'il y a du bon aussi qui vient d'en haut des fois et souvent c'était comme... la parole du milieu mais pas le contrepoids de... comment on se rejoint. Et ça je trouvais que c'était comme... il y a de plus en plus de gens qui travaillent et il y a une tendance ces temps-ci à beaucoup soutenir la vision du milieu. Et c'est parfait parce qu'elle a été souvent absente et... mais là je trouve que des fois il y a comme... c'est à l'opposé ou contre les programmes qui deviennent... qui sont normés. Et je pense que c'est pas un ou l'autre, c'est comment ces positions-là se rejoignent. Et ça je trouve qu'il y a comme un manque puis il y a comme pas de lieu pour discuter ça. Ou la vision... on veut aller vers quoi (entrevue 8)?*

- *Et dans le réseau il y a encore un bon bout de chemin à faire avant qu'on parle de la santé publique comme étant une santé publique régionale. Qu'on parle de la table régionale de santé publique comme étant les responsables de la santé publique et non pas... à la table régionale de santé publique c'est nous et vous... « nous » étant la Direction de santé publique, « vous » étant les CSSS. Alors que les mandataires de la santé publique c'est au collectif. [...] Bien ça se construit. À partir du moment où les collaborations deviennent tellement intimes que tu partages cette préoccupation-là pour la santé publique au-delà de ton propre territoire, bien là tu opères une santé publique réellement plus exhaustive, plus globale (entrevue 11).*
- *Il faut le faire en collaboration avec les gens comme les gens du coin. Et qu'est-ce qu'ils disent les gens du coin de ça eux autres là? T'sé il y a un certain travail à faire autour de la préparation du dossier qui fait que... [...] je trouve que c'est encore des vieux réflexes d'expert... on dit... nous avons et nous sommes des scientifiques, nous avons un peu la... nous avons les données, oui il y a des dangers pour la population et il a raison et c'est vrai, le fond est très bon, mais c'est la façon de le travailler que je trouve où est-ce qu'on a encore du retard. [...] leur dire écoutez... voici bon... les données scientifiques, voici le message, voici c'est pourquoi l'importance «de» et comment vous localement vous pouvez nous accompagner là-dedans et comment qu'on peut travailler ça ensemble. Mais t'sé c'est pas juste diffuser comme ça, qui est un peu l'ancienne méthode, mais d'appropriation (entrevue 12).*

Leadership

Les opportunités de rassemblement sont propices à l'émergence d'un sentiment d'appartenance, à la consolidation des liens professionnels, au partage des bons coups et à «l'empowerment» des acteurs qui interviennent en santé publique. Même si le leadership est perçu, d'abord, comme un comportement individuel, certains rappellent que des prises de positions claires de l'organisation et, notamment, la création de lignes directrices en matière de PUC est essentielle à son existence. En effet, le leadership c'est aussi l'affaire de la direction qui peut favoriser et encourager certains comportements en prêchant par l'exemple.

- *Parce qu'on fait souvent des beaux colloques, des congrès, un paquet d'affaires... ça change quoi tout ça? C'est beaucoup d'énergie... Ça dépend de l'objectif qu'on vise hein! Des fois on dit on partage des connaissances, mais ce n'est pas juste parce qu'on veut amener un changement dans les connaissances qu'on amène, mais c'est qu'aussi on veut créer une cohésion de groupe. Et ça sert à ça aussi le partage des connaissances mais sur une plus grande échelle moi je trouve. On fait maintenant ce qu'on ne faisait pas avant, on fait habituellement une réunion par année avec l'ensemble des intervenants où on parle d'orientations et bon le directeur de santé publique vient faire son «pep talk» à tout le monde et tout le kit. Et ce qui fait que les 125 intervenants terrain voient qu'ils sont 125. Et ils ne l'avaient jamais vu avant! Parce que c'est visuel cette affaire-là. Et là de se faire réunir une fois par année et après ça bon il y a un petit party, tout le kit et ça crée une cohésion et ça crée des rapprochements un peu entre les gens*

des divers CSSS aussi et ça fait plus une région que 4 points de services complètement autonomes (entrevue 7).

- *Mais en terme de courroie de transmission et d'avoir toujours une préoccupation par rapport à la mission et à la vision de l'organisation. Parce qu'il est facile d'aller dans différents chemins par intérêts professionnels, par passions personnelles. Par contre il y a une question de cohérence en termes de démarche et là-dessus c'est quelque chose par rapport auquel il faut être vigilant dans l'organisation (entrevue 4).*
- *C'est parce que de partager les résultats dans les journaux, dans les réunions scientifiques, c'est un acquis, c'est toujours la demande des chercheurs. Mais ce que j'aimerais prioriser pour le secteur c'est de prendre les résultats de recherche et les traduire d'une manière qui peut être appropriée par les praticiens, par les cliniciens qui doivent les appliquer. Alors la première chose que ça soit bien définie comme une priorité valorisée à l'intérieur de la DSP. Je pense qu'une des choses très importantes, que ça devient une priorité de l'organisation (entrevue 6).*

Valeurs et intérêts

La valeur générale d'un décloisonnement des expertises est reconnue par une majorité de répondants. Malgré la réflexion entreprise au sujet de la valorisation de l'échange, il reste toutefois un écart à combler entre le discours et la pratique, d'où l'importance d'un leadership fort de la part de la direction pour stimuler la valorisation des activités de PUC autant chez les utilisateurs potentiels que les producteurs de la connaissance.

- *Parce que je... bien je pense que c'est juste... ce n'est pas quelque chose qui est bien développé chez les chercheurs. De parler la langue scientifique, ce n'est pas si facile de parler... de préparer les documents... c'est difficile de décider qu'est-ce qu'il faut écrire, comment changer le langage... Et peut-être c'est quelque chose qu'on a pas encore valorisé. Pour un chercheur si c'est pas une publication dans une revue ça ne compte pas (entrevue 6).*
- *Je dirais que c'est la grande ouverture de l'organisation sur la collaboration et l'échange. On a une direction qui fait des efforts pour décloisonner les expertises, les savoirs, mettre en commun, faire la promotion de l'approche transversale. Donc ça je dirais que c'est un gros facilitant là parce que c'est... à ce moment-là c'est peut-être pas très valorisé, mais c'est dit que c'est valorisé. (Rires) (entrevue 1).*
- *Il me semble qu'on pourrait faire quelque chose pour ça, mais je trouvais pas preneur. Je trouvais pas preneur parce que probablement qu'ils voyaient pas ce qu'on pouvait faire. Fa qu'on en a fait un petit démo et là on a dit regarde... si on parle de ça est-ce que ça vous intéresse? Et ils ont sauté là-dessus. Et ça aussi c'est quelque chose qui a été implanté dans les CSSS à Montréal. [...] la préoccupation était là et le partage de la préoccupation et ce qu'ils veulent faire et tout ça (entrevue 5).*

Récapitulation des catégories conceptuelles

La catégorisation a permis de dégager les principales dimensions du phénomène de PUC qui se reflètent à travers le discours des répondants. Il semble que le PUC soit envisagé comme une nouvelle façon de faire ou un nouveau type de pratique qu'il serait souhaitable de mettre à profit dans la pratique de la santé publique sur le territoire montréalais. Les liens qui existent entre les catégories conceptuelles et l'exploration du concept de collaboration feront l'objet de la seconde recension des écrits. Voici un extrait de mémo qui a été écrit avant la mise en relation des catégories conceptuelles. Il s'agit d'une piste de réflexion qui donnera le ton pour la suite de l'analyse.

Extrait de mémos de l'équipe de recherche

- Il semble y avoir trois niveaux dans le discours des répondants sur le PUC :
 1. Une portée individuelle = savoir, savoir-faire et savoir être
 2. Une portée relationnelle = collaboration
 3. Une portée organisationnelle = contexte et conditions
- Lorsqu'il est question de « faire du PUC », il y a une conception individuelle de l'action, c'est une façon de faire qui s'apprend, c'est vu comme une expertise.
- Pour que ça fonctionne, il faudrait réussir à ce que les trois niveaux convergent, c'est-à-dire éliminer les résistances individuelles, relationnelles et organisationnelles. Les conditions seraient alors réunies pour que des activités de PUC puissent avoir lieu.

Chapitre IV – Recension des écrits post-analyse

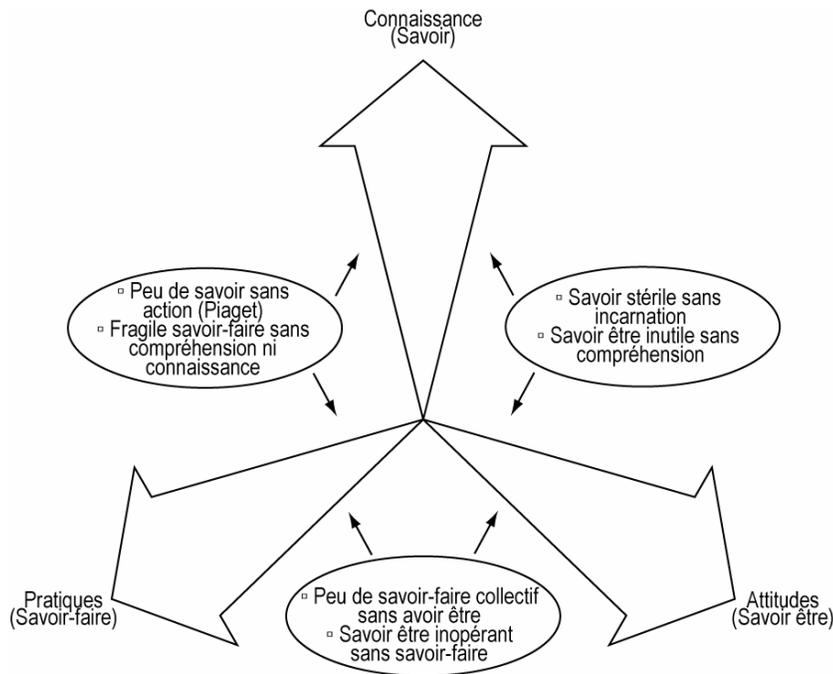
Tel que mentionné précédemment, la démarche itérative privilégiée au cours du processus de recherche favorise le passage vers une méthode déductive qui s'appuie sur les écrits scientifiques pour décrire les liens entre les catégories conceptuelles émergentes. Dans cette optique, il a été choisi de revisiter certains modèles théoriques connus qui mettent en relation les catégories conceptuelles obtenues de manière à mieux saisir les liens entre celles-ci. D'abord, un parallèle entre la synergie du savoir, du savoir-faire et du savoir être et le concept de compétence a pu être établi. La première partie de cette recension des écrits présente le concept de compétence sous l'angle de plusieurs disciplines pour mieux saisir les liens qui s'opèrent entre les catégories conceptuelles du corpus. La deuxième partie porte sur le concept de la collaboration et la troisième se termine par l'exploration des théories organisationnelles. Ces trois volets permettront de poursuivre l'intégration de toutes les catégories dans un modèle conceptuel global.

4.1 Niveau individuel : le concept de compétence

Dans un premier temps, la conceptualisation effectuée à la suite de la codification du corpus s'apparente aux travaux de Durand (2006) sur le concept de compétence dans le domaine de la gestion. D'abord, le concept de compétence est illustré à partir des trois mêmes dimensions émergentes du corpus d'analyse (voir figure 6). L'alchimie organisationnelle de la compétence est alors définie comme «*un déploiement coordonné de ressources et d'actifs*» où il y a interdépendance des trois dimensions constitutives du référentiel et où il est spécifié que :

«[...] des progrès réalisés le long de l'un des axes ne peuvent être obtenus sans effet sur les deux autres dimensions. L'expertise apparaît dans cette vision comme une compétence en quelque sorte sublimée, résultant de la fusion de ces trois dimensions complémentaires» (Durand, 2006, p. 288).

Figure 6 Trois dimensions de la compétence

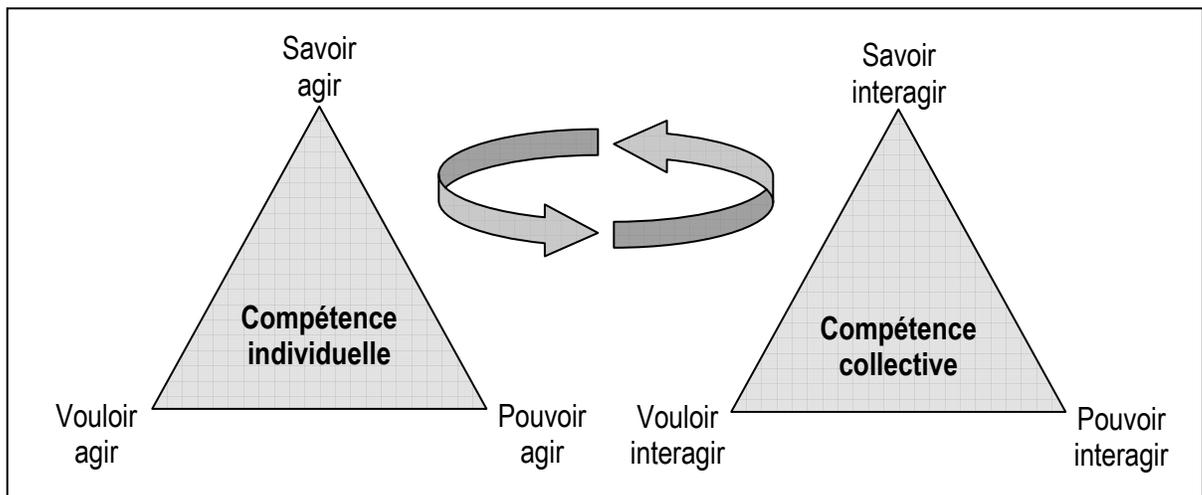


(Adapté de Durand, 2006, p. 287-288)

La dimension des ressources est aussi présente chez Le Boterf (2002), qui considère qu'être compétent ne signifie pas avoir des compétences, mais avoir des ressources pour agir avec compétence, c'est-à-dire savoir, vouloir et pouvoir agir. Dans cette approche, le professionnel construit une compétence non seulement «*en sélectionnant les éléments pertinents dans un répertoire de ressources, mais en les organisant*». La compétence est alors pensée en termes de connexions organisées dans un système sous la forme d'une construction de schèmes opératoires. Finalement, Tardif (2003), abonde dans le même sens en parlant d'un «*savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations*» (p. 37). Toutes ces perspectives rappellent à leur façon l'importance des attitudes individuelles, mais contextualisées dans un environnement qui puisse permettre l'action.

Le Boterf (2000_b) précise que le caractère individuel de la compétence est indissociable de son caractère collectif. Agir avec compétence suppose de savoir coopérer avec les connaissances, les compétences d'autrui et avec des réseaux de ressources collectives. La compétence collective se définit comme le résultat d'une coopération entre les compétences individuelles. Quant à son efficacité, elle dépend de la richesse des compétences individuelles qui sont à leur tour enrichies par l'expérience de la coopération. Dans cette perspective, le concept de la compétence va bien au-delà de l'individu et met en relief le caractère relationnel y étant aussi associé.

Figure 7 **Dynamique des compétences individuelles et collectives**



(Adapté de Le Boterf, 2000_b)

Le concept de compétence est aussi discuté dans le domaine de la santé publique, mais se présente sous un angle différent. L'accent est davantage mis sur le développement des compétences qui passe par l'élaboration de stratégies d'apprentissage telle que la formation continue des professionnels qui œuvrent en santé publique (Bryan & al., 2009; Brownson & al., 2009). Une liste de vingt-quatre compétences a été élaborée par ces chercheurs en fonction de domaines prioritaires en santé publique et selon le niveau d'expérience des professionnels (Scharff & al., 2008). Trois ensembles sont alors créés, celui qui touche les connaissances fondamentales du domaine, l'autre qui s'appuie sur le transfert et la dissémination, et le dernier, qui vise le changement dans une perspective à long terme.

Dans ce même esprit, Koo et Miner (2010) se basent sur les écrits de Evers et al. (1998) pour définir le concept de compétence en termes de capacité à s'engager dans une séquence d'actions dans le but d'atteindre certains objectifs. Elles s'intéressent au développement de la main-d'œuvre en santé publique en suivant un modèle d'acquisition des compétences qui combine des théories d'apprentissage pour les adultes, l'éducation basée sur les compétences et le modèle Dreyfus élargi qui prend en compte la progression du parcours des professionnels en santé publique.

La recension des écrits fait aussi état de l'émergence d'un mouvement assez récent axé sur la compétence collective, soit les communautés de pratique (CdP). Les individus qui forment ces groupes se rallient autour du partage d'une préoccupation ou d'un intérêt commun et développent leur expertise en interagissant entre eux sur une base continue (Wenger, 1999). Pour permettre l'existence des CdP dans les organisations, la mise en place de structures sociales informelles et collaboratives est nécessaire. On s'intéresse particulièrement à ce phénomène dans les domaines de l'éducation, de la gestion et de la communication (Savoie-Zajc, 2010; Seely Brown & Duguid, 1991; Dubé & al., 2006). Dans le champ de la santé, ce concept demeure relativement nouveau (Li & al., 2009). Toutefois, étant donné les limites actuelles des stratégies déployées pour améliorer les pratiques professionnelles, les CdP constituent une avenue prometteuse pour actualiser les pratiques, favoriser l'action basée sur les données probantes et soutenir la performance dans le système de santé (Andrew & al., 2008; White & al., 2008; French & al., 2009).

En somme, le caractère tridimensionnel du processus de PUC présent dans l'analyse du discours des répondants semble s'apparenter à une prise en compte d'une forme de compétence individuelle et collective. L'intégration des composantes du savoir, du savoir-faire et du savoir être constitue la première étape de la mise en relation conceptuelle du corpus.

4.2 Niveau relationnel : le concept de collaboration

La notion de compétence collective laisse présager l'importance des interactions entre les acteurs de santé publique et leur organisation respective. L'expérience de PUC telle que rapportée par les répondants évoque une dimension relationnelle de premier plan qu'il n'est pas surprenant de voir émerger dans le discours des professionnels de santé publique. Effectivement, dès 1986, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé mentionnait la nécessité des collaborations intersectorielles

en santé publique visant ainsi à accroître les alliances et les partenariats dans la communauté de manière à soutenir une approche écologique de la santé (Davies & Macdonald, 1998).

Quelques définitions

La collaboration est dérivée de «*collaborare*» au sens tardif de «*travailler en commun pour gagner des bénéfices*» (Rey, 1998, p. 800). Selon Thompson (2001), la collaboration est un processus où des acteurs autonomes interagissent à travers des négociations formelles et informelles en créant conjointement les règles et les structures qui gouvernent leurs relations, ce qui implique un partage des mêmes normes et le bénéfice mutuel des interactions.

Quant à la collaboration inter-organisationnelle, elle peut se définir comme un processus émergent entre des acteurs indépendants qui négocient les réponses à des préoccupations partagées (Gray, 1989). Selon l'auteure, la coopération et la coordination peuvent faire partie du processus initial de la collaboration, mais la collaboration est plutôt l'ensemble d'un processus intégratif qui se déroule sur le long terme. Celle-ci permet aux parties d'explorer différents aspects d'un problème pour trouver des solutions qui vont au-delà des visions limitées exprimées par les parties initialement. En d'autres termes, la collaboration est le produit d'une intégration qui est principalement accomplie par la volonté de travailler ensemble et se traduit par des ajustements mutuels entre les organisations impliquées possibles grâce à des communications intensives (Alter & Hage, 1993).

Au Québec, la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle dans le milieu des services de santé a fait l'objet de plusieurs recherches (Sicotte & al., 2002; D'Amour, 1997). En santé publique, les collaborations inter-organisationnelles sont souvent expliquées par des modèles d'alliances stratégiques visant un meilleur accès aux ressources (Bilodeau, 2001). Il n'y a pas si longtemps, la formalisation structurée des échanges entre partenaires était quasi inexistante. On dénotait majoritairement des arrangements informels basés sur des affinités pour déterminer les collaborations entre les organisations (Delaney, 1994). Ces arrangements reflétaient davantage un effort de médiation et de négociation empreint d'une approche persuasive plutôt qu'autoritaire (Fortin & al., 1994). La notion de persuasion suppose que les acteurs s'engagent s'ils sont convaincus du bien-fondé de la collaboration. Il s'agit alors d'une démarche volontaire qui demande un certain degré

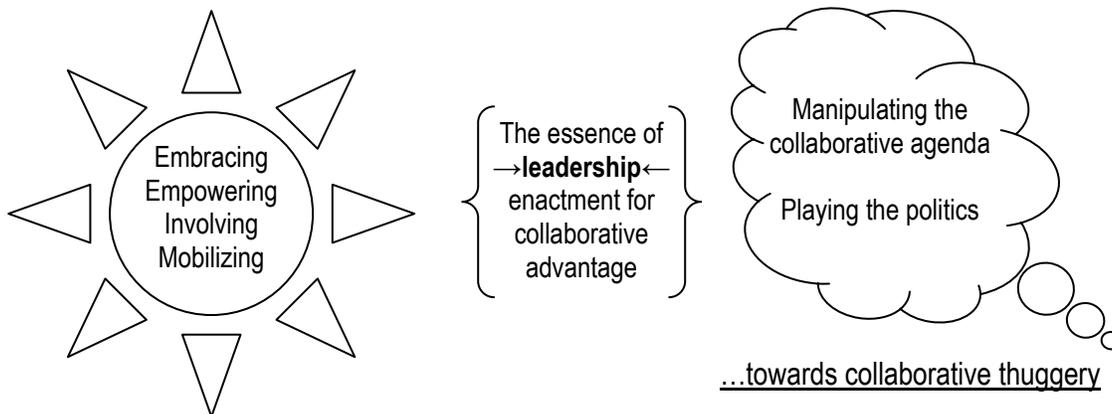
de mobilisation des acteurs qui nécessite une reconnaissance des différences de cultures et de statuts des acteurs (Ouellet & al., 1995).

Comme le rappelle Rodriguez & al. (2007), la collaboration est aussi le reflet de paradoxes entre la compétition et la coopération, l'autonomie et l'interdépendance. Malgré le degré de contradiction qu'elle incarne, la collaboration permet des réalisations qui ne pourraient exister par l'action d'un seul acteur (Vangen & Huxham, 2000). Cette synergie entre les acteurs favoriserait même la création de nouveaux savoirs (Hardy & al., 2003).

Cinq dimensions principales de la collaboration se retrouvent dans les cadres conceptuels qui touchent aux pratiques collaboratives dans les domaines de la gestion, de la communication et de l'étude des organisations. Ces dimensions se regroupent sous les étiquettes suivantes : buts communs ou vision commune, infrastructure de pouvoir, leadership, confiance et valeurs ou d'intérêts communs (Huxham, 2003; Vangen & Huxam, 2003; Henneman & al., 1995; Rodriguez & al., 2007; Heath & Sias, 1999). Au cours de l'analyse des entrevues, les exemples de collaboration exprimés par les répondants ont été classés selon ces cinq dimensions qui rendaient bien compte de la complexité du concept. Selon Huxham (2003), il est essentiel de comprendre la place occupée par le leadership dans l'étude des pratiques collaboratives, plus précisément en regard des mécanismes qui font que les choses se produisent. L'essence du leadership qui mène vers un avantage collaboratif est composée autant de l'idéologie positive de la collaboration que d'une forme de pragmatisme qui semble avoir un côté plus sombre (voir figure 8 inspiré de Huxham, 2003, p. 417).

Figure 8 **L'essence du leadership pour un avantage collaboratif**

From the spirit of collaboration...



“Those who lead successfully operate from both perspectives –the spirit of collaboration and towards collaborative thuggery—and continually switch between them, often carrying out both types of leadership in the same act” (Huxham, 2003, p. 417-418).

En d’autres termes, le leadership est un art beaucoup plus complexe qu’il en a l’air et certains participants l’ont aussi relevé lors des entrevues. Par contre, le sens communément attribué à la notion de leadership reste principalement à un premier niveau dans le discours. Comme le rappelle Heath & Sias (1999), le partage de la mission et du pouvoir sont les deux principales dimensions de la collaboration abordées dans la littérature scientifique. En ce qui a trait aux inégalités de pouvoir entre les organisations, il s’agit d’une des plus importantes sources d’échec des collaborations inter-organisations (Mintzberg & al., 1986).

Tel que souligné antérieurement, le renouvellement de la santé publique qui attribue une responsabilité populationnelle aux territoires de CSSS et qui exige l’élaboration de plans d’actions aux niveaux local, régional et national, favorise des échanges avec le milieu. Dans ce contexte, la création de partenariats semble incontournable (Bourque, 2008). Pour toutes ces raisons, il n’est pas surprenant que la collaboration soit un concept émergent dans l’analyse de nos données. Tout comme Mintzberg & al. (1986) l’avaient déjà soulevé, précisons que les répondants étaient assez discrets sur ce que les autres acteurs leur permettaient d’apprendre lors de leurs activités effectuées en collaboration. Néanmoins, il nous a été possible de saisir tout le sens qu’ils donnent à ces échanges à travers le partage de leurs expériences.

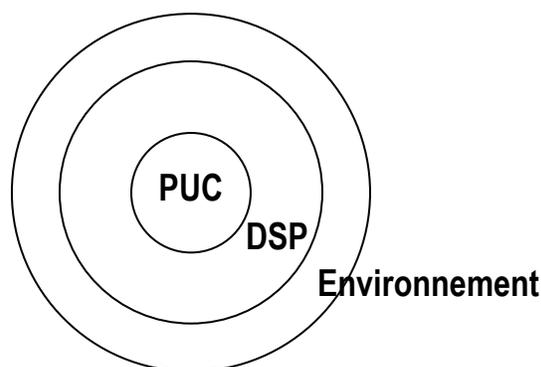
4.3 Niveau organisationnel : le concept de texture

Au chapitre précédent, les catégories *conditions* et *contexte* ont mis en exergue la dimension organisationnelle présente dans le discours sur les activités de PUC. Dans le but d’enrichir la conceptualisation qui émane de l’analyse du corpus, une exploration des écrits relatifs à la théorie des organisations sera présentée ci-dessous.

D’abord, il est souhaitable de définir et de positionner les notions d’organisation et d’environnement auxquelles les théories organisationnelles font référence. Selon Barnard (1968) p. 73, une organisation est un système de coordination intentionnelle des activités de deux personnes ou plus.

Ces personnes poursuivent des buts multiples en créant et en interprétant des messages au sein de réseaux complexes de relations interpersonnelles et de travail (Conrad & Poole, 2005). Selon la perspective moderniste ou rationaliste, l'organisation est *a priori* stable et composée d'éléments isolables (Chia, 1995). Elle s'intègre dans un environnement extérieur qui exercerait une influence sur elle (Hatch, 2000, p. 79). Des actions sont alors envisagées par l'organisation pour gérer l'incertitude créée par les contraintes de l'environnement. Dans le cadre des entrevues, les répondants ont identifié plusieurs contraintes associées à leur environnement. Par exemple, ils ont mentionné l'influence de la réorganisation du système de santé publique sur leur propre organisation (DSP). Les modifications entraînées par les différentes lois semblent être venues affecter la DSP, notamment en modifiant son rôle et celui de ces partenaires sur le territoire montréalais (en appui à ces propos, voir aussi le tableau II, p. 17). Puis, le caractère multidisciplinaire de la pratique de la santé publique est un autre facteur extérieur à l'organisation qui a aussi teinté les discussions. En effet, l'objet même de ce travail demande des connaissances élargies n'appartenant pas uniquement à une discipline. Dans ce contexte, les répondants ont manifesté les besoins complexes en termes de ressources humaines pour optimiser les interventions qu'ils mettent en place au quotidien (voir chapitre III, p. 43 et 48-49). Ces deux exemples montrent les liens d'influence qu'ils établissent entre leur environnement et leur organisation. Conformément à cette logique, les gestionnaires inscrivent les activités de PUC au cœur de des pratiques quotidiennes de leur organisation, donc également sous l'influence de ces facteurs environnementaux.

Figure 9 **L'organisation dans son environnement**



Dans le but d'illustrer le degré d'incertitude relatif à l'environnement d'une organisation, le tableau suivant met en lien les dimensions de complexité et de stabilité y étant associées. La complexité de l'environnement se mesure par le nombre d'éléments présents dans un environnement. Quant à la

stabilité, elle est évaluée en fonction de la rapidité de changement de ces éléments (Conrad & Poole, 2005; Duncan, 1972). Une organisation est jugée efficace si elle réussit à bien s'adapter à son environnement. Tel que présenté au tableau XIV, l'incertitude est alors le produit de l'interaction entre les variations de ces deux dimensions. En reprenant les principaux moteurs et freins énumérées par les participants (p. 48), il semblerait que le nombre d'éléments à prendre en compte dans l'environnement est élevé, mais que la rapidité de changement de ces éléments est plutôt stable. Le degré d'incertitude de l'organisation serait alors considéré comme faible à modéré.

Tableau XIV **Dimensions de l'environnement organisationnel**

		Taux de changement (stabilité)	
		Stable	Instable
Degré de complexité	Simple	Faible incertitude	Incertitude modérée
	Complexe	Incertitude faible à modérée	Incertitude élevée

(Adapté de Hatch, 2000)

Toutefois, il faut savoir que cette approche a été critiquée. D'une part, plusieurs études ont démontré que l'incertitude ne se situe pas tant dans l'environnement que chez les individus qui expérimentent différemment les conditions de cet environnement (Duncan 1972). En effet, ce sont les individus qui perçoivent l'incertitude de l'environnement et qui la prennent en compte dans leurs décisions. Il est attendu que certains cadres puissent juger prévisible ou bien incertain le même environnement. D'ailleurs, conformément à cette hypothèse, les propos tenus par les répondants sur leur environnement reflètent un degré d'incertitude très variable qu'il faut prendre en compte dans l'analyse de leurs pratiques en matière de PUC.

D'autre part, les paradigmes relevant de l'interprétativisme symbolique et du postmodernisme, conçoivent les conditions de l'environnement organisationnel comme indissociable des perceptions entretenues à son égard (Hatch, 2000). Selon Weick et al. (2005), *"the concept of enacted*

environments suggests that constraints are partly of one's own making and not simply objects to which one reacts.” Dans cette perspective, l’environnement et l’organisation constituent une même entité qui se construit dans l’interaction et l’interdépendance des pratiques (Knorr, 1979). Ajoutons que contrairement aux modernistes, les postmodernistes affirment que le monde n’a rien de stable, mais qu’il est plutôt changeant (Chia, 1995). Selon cette lecture du monde, l’incertitude est perçue comme une sensation stimulante et le changement comme une expérience positive. Tel que souligné par Allard-Poesi et Perret (2002), l’approche postmoderniste des organisations remet en question la recherche de « *caractéristiques intrinsèques d’un système social qui disposerait d’une identité, d’une stabilité et d’éléments que l’on pourrait appréhender indépendamment les uns des autres* (p. 258)».

En continuité avec cette rupture paradigmatique, la notion de « texture » est introduite pour démontrer le mouvement et la transformation perpétuelle de l’organisation. Le terme texture renvoie aux croisements et à l’imbrication complexe de matériaux qu’il est impossible de décomposer (Cooper & Fox, 1990). Il s’agit alors d’observer l’organisation en termes de flux et de transformations. Au cœur de cette approche, il y a cette idée de « liens dans l’action » constituée par un entrelacement infinie de relations.

Par souci de cohérence avec la posture méthodologique présentée au chapitre II, la portée organisationnelle qui se dégage du discours des répondants sera analysée par le biais du concept de la « texture de l’organisation ». Dans cette perspective, les pratiques de PUC ne pourront être réduites à l’addition d’éléments individuels, relationnels et organisationnels indépendants et dissociables. Il sera plutôt question d’observer la définition et la redéfinition des professionnels, des relations et de l’organisation de santé publique à travers les pratiques quotidiennes de PUC. Rappelons que le processus d’analyse a d’abord fait l’objet d’une décontextualisation du corpus par le biais de la catégorisation et qu’il sera suivi d’une recontextualisation via l’intégration de ces catégories émergentes (tableau V, p. 25).

Chapitre V – Intégration des catégories conceptuelles

Cette démarche d'analyse par théorisation ancrée a permis de conceptualiser le processus de partage et d'utilisation des connaissances tel que vécu par les acteurs d'une organisation régionale de santé publique. Une des particularités de cette démarche consiste à faire émerger une catégorie centrale à laquelle se rattache toutes les autres catégories. La première phase de codification a permis de cerner l'importance de la collaboration par le biais de la confiance, des relations de pouvoir, du leadership, du partage de buts communs, de valeurs et d'intérêts. Ces dimensions de la collaboration semblent ponctuer la réalisation des activités de PUC, c'est-à-dire qu'elles marquent l'expérience des répondants de manière significative.

À cet effet, les catégories « savoir », « savoir-faire » et « savoir être » sont parsemées d'exemples qui illustrent la place occupée par la collaboration. Lorsque les répondants s'expriment sur leur conception du savoir, des enjeux relatifs à la collaboration sont perceptibles par rapport à la validité et à la scientificité des connaissances, à son accessibilité ainsi qu'à son utilité. Le rappel des extraits suivants montrent à quel point la collaboration est essentielle dans la reconnaissance des savoirs et dans son utilisation.

- *On n'est pas juste des experts avec des données scientifiques blindées, mais aussi, comme je disais tantôt, il faut tenir compte de l'expérience du terrain (entrevue 13).*
- *Avec le rapport annuel on a fait un forum, 250 personnes et ça a vraiment... Ça l'a déclenché tout le plan de transport de la ville de Montréal (entrevue 10).*

Les stratégies de PUC classées dans la catégorie du « savoir-faire » mettent l'accent sur les interactions et notamment sur l'importance d'impliquer les utilisateurs potentiels de la connaissance à toutes les étapes du processus. Dans le discours des répondants, la collaboration est un concept directement liés aux activités de PUC.

- *Si on veut avoir une bonne diffusion, il faut impliquer dès le départ nos utilisateurs dans la conception de nos produits de recherche (entrevue 3).*
- *Il faut vraiment aller jusqu'à l'accompagnement sur le terrain pour que ça change des choses (entrevue 8).*

Dans la catégorie « savoir être », le concept de collaboration est reflété par le type de liens souhaités entre producteurs et utilisateurs de connaissances. Il est également présent à travers la description des relations de pouvoir entretenues avec leurs partenaires.

- *Bien dans un monde idéal... on serait... bien je pense que les gens de l'intervention seraient plus près des gens qui produisent les connaissances (entrevue 3).*
- *Je vois les partenaires, je les vois égalitaire, on a tous un rôle probablement qui nous interpelle dans un lieu ou dans l'autre autour des actions de santé publique (entrevue 8).*

Finalement, la collaboration se retrouve imbriquée dans la catégorie « contexte » où il est question d'une redéfinition des façons de faire qui implique une réciprocité entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances.

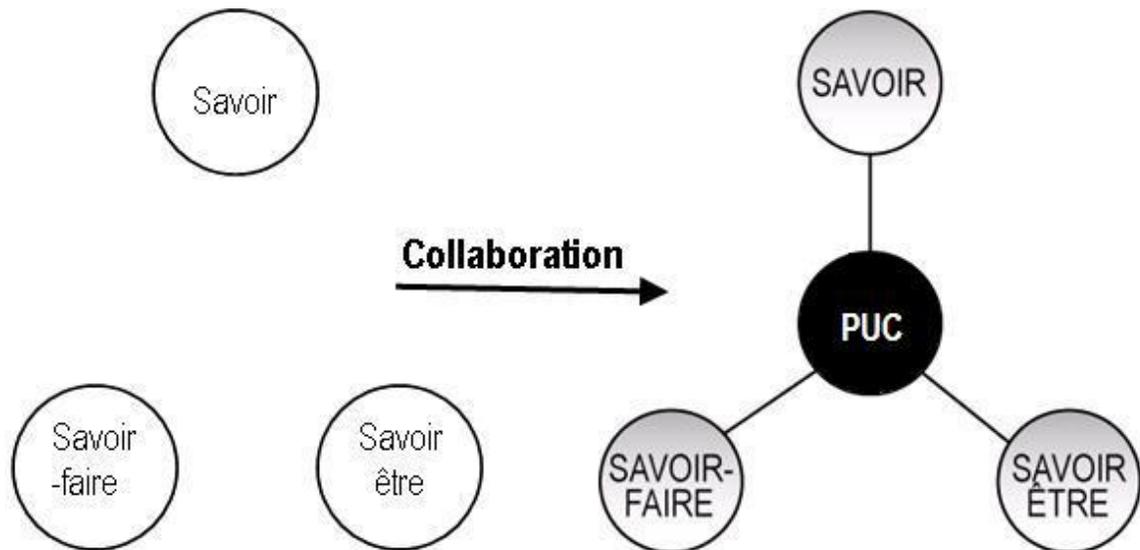
- *Ça devra être une rencontre entre ce qui se passe sur le terrain et le savoir expert (entrevue 13).*
- *[...] d'être à l'écoute du besoin pour que ce que l'on offre réponde également au besoin en fonction de la réalité des gens sur le terrain (entrevue 4).*

Ce retour au corpus rappelle le caractère transversal du concept de collaboration et la force de son ancrage dans les données brutes. Cette affirmation est également soutenue par la rédaction de plusieurs mémos durant la codification initiale et la catégorisation finale (voir p. 40 et 66). Les pistes soulevées convergent vers la reconnaissance de la spécificité relationnelle associée au processus de PUC, ce qui mènera au choix de la collaboration comme catégorie centrale de cette analyse. Avant d'aller plus loin dans une schématisation globale, voici une première mise en relation des catégories conceptuelles qui fait suite à la seconde recension des écrits.

Au chapitre précédent, trois niveaux d'interprétation du discours ont été identifiés et documentés. Sur un plan individuel, la perception du « processus de PUC » exprimée par les répondants, s'apparente à la notion de savoir agir complexe dans une optique axée avant tout sur les compétences. Sous cet angle, la figure 10 illustre la liaison rendue possible grâce à la collaboration entre le « savoir », le

« savoir-faire » et le « savoir être ». Les analyses effectuées permettent d'apercevoir qu'au cœur du processus de PUC, un climat propice à la collaboration rend possible l'interaction entre les individus et se traduit par la création de ce savoir agir complexe. La collaboration permet d'actualiser ou de rendre opératoire le savoir agir qui se construit dans l'interaction. Il semble que les savoirs agir soient directement le fruit des interactions entre les individus ou les organisations qui œuvrent en santé publique. Donc, la création de liens entre les individus développe un espace qui permet l'actualisation des savoirs agir notamment en matière de PUC. Il semble que même dans une compréhension du processus de PUC qui met de l'avant la question des compétences individuelles, la dimension relationnelle ajoutée par la collaboration permet d'inclure le caractère collectif de cette démarche.

Figure 10 Le savoir agir complexe



On ne peut passer sous silence l'importance accordée aux rapports entre l'organisation et son environnement dans la compréhension des pratiques de PUC. Le travail d'analyse effectué montre que les répondants adoptent une vision rationaliste en accordant une grande importance aux répercussions des facteurs environnementaux sur leur organisation (DSP). C'est dans ce même esprit qu'ils conçoivent l'influence de contraintes externes sur leurs pratiques de PUC. Contrairement à cette conception et pour assurer une constance épistémologique dans l'analyse, la notion de « texture » sera utilisée pour rendre compte de la dimension organisationnelle qui apparaît dans la catégorisation.

La figure suivante est une création inspirée de la compréhension de la « texture de l'organisation » tel que proposée par Cooper & Fox (1990) : *The appropriate cognitive model for understanding texture is the crossword puzzle with its multidimensional interlinkings rather than the theory that is closed around its operationalized definitions* (p. 576). Ainsi, cette figure illustre la texture de organisation en présentant certains éléments individuels, relationnels et organisationnels qui évoluent et se définissent les uns par rapport aux autres dans la pratique du PUC.

Figure 11 **La texture de l'organisation**

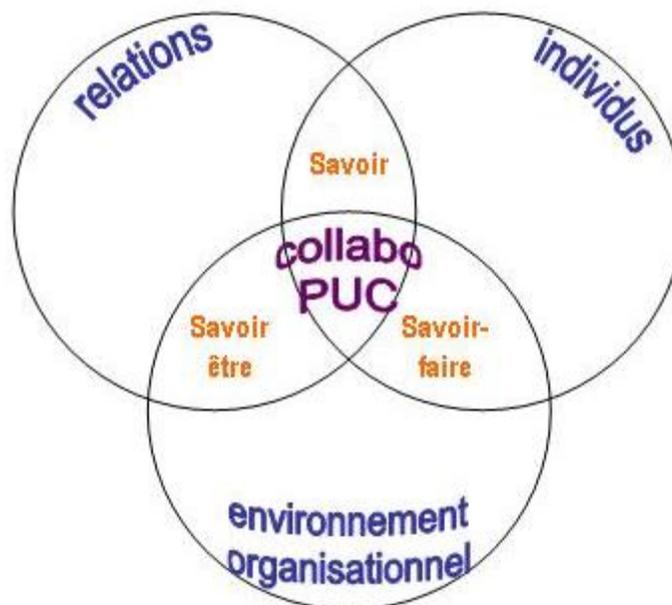
									C				
		T	E	C	H	N	O	L	O	G	I	E	S
									M				
	P						P		P				
	R			S			A		É		E		
C	O	L	L	A	B	O	R	A	T	I	O	N	S
	F			N			T		E		V		
	E			T			E		N		I		
	S			É			N		C		R		
	S			P			A		E	L	O	I	S
	I			U			I		S		N		A
	O			B			R				N		V
	N			L			E		D		E		O
	N			I		C	S	S	S		M		I
	E			Q					P		E		R
	L		P	U	C						N		S
	S			E			B	U	D	G	E		T

La « texture » présentée à la figure 11 ne propose ni ordre ni logique causale dans l'interprétation des facteurs organisationnels impliqués dans le processus de PUC. Elle reflète plutôt la complexité et le caractère changeant du contexte dans lequel s'exercent les pratiques de PUC. À travers leurs actions, leurs relations et leurs perceptions relatives à l'incertitude du milieu, les professionnels de santé publique participent à la création de cette organisation. En ce sens, aucune force préexistante ne saurait venir influencer un contexte *a priori* stable. Au contraire, l'agencement des « savoirs », des « savoir-faire » et des « savoirs être » est en perpétuelle transformation et teintera le processus de PUC. La section suivante présente la construction du PUC à l'image de la « texture » qui se dégage du discours des répondants.

La contingence des croisements

Au-delà de l'énumération de facteurs organisationnels, la « texture » permet d'exposer la contingence des croisements qui dépasse l'essence des éléments. Certes, les technologies, le budget, les lois, sont des exemples de matériaux qui façonnent la réalisation du PUC. Toutefois, la richesse de l'explication de cet environnement organisationnel passe assurément par la contingence des croisements. En d'autres termes, c'est la rencontre infinie d'une multitude d'éléments à un moment précis qui donne tout son sens à d'autres éléments. Ainsi, le rôle des professionnels de santé publique, les savoirs qu'ils valorisent, les compétences qu'ils souhaitent acquérir, les rapports entretenus avec leurs partenaires, les collaborations qu'ils nourrissent n'ont rien de figé. La théorisation progressive du processus de PUC a donné lieu à une modélisation qui est « ancrée » dans les données.

Figure 12 **Le modèle intégrateur**



La figure 12, expose la complexité des multiples liaisons qui sont reflétées dans la pratique de PUC. C'est en fait la dernière étape du processus d'analyse qui intègre toutes les catégories conceptuelles en fonction des dimensions individuelle, relationnelle et organisationnelle. Au cœur de ce diagramme de Venn, il y a le concept de la collaboration qui fait le lien entre les catégories « savoir », « savoir-faire » et « savoir être ». Le PUC se retrouve également au centre de tous les croisements possibles entre les éléments relationnels, individuels et organisationnels. Plutôt que de concevoir ce phénomène dans une logique déterministe, cette conceptualisation propose d'envisager sa perpétuelle redéfinition à travers des rencontres répétées entre tous ces éléments.

...

Discussion

Les cadres de la Direction de santé publique de Montréal ont été interrogés sur leurs expériences et leurs perceptions vis-à-vis du phénomène de partage et d'utilisation des connaissances en santé publique. D'abord, par le biais d'une démarche inductive d'analyse, le corpus a subi une décontextualisation en unités de sens et une recontextualisation conceptuelle de manière à obtenir un modèle intégrateur qui puisse rendre compte de la complexité des processus sous-jacents au phénomène.

L'apport de cette étude en regard de la recension des écrits

À la suite de la description étoffée des catégories conceptuelles, un retour aux écrits scientifiques a permis de consolider leur mise en relation. Les intuitions et les pistes réflexives consignées par l'équipe de recherche lors des étapes de l'analyse ont été bonifiées par cette seconde recension des écrits. La préoccupation des répondants concernant les ressources humaines, précisément le besoin d'avoir du personnel avec un bagage particulier pour faire des activités de PUC, a dirigé les recherches autour du concept de compétence. Celui-ci est bien documenté, notamment dans les domaines de la gestion et de l'éducation (Tardif, 2003; Le Boterf, 2000_a; Abrami & al., 2010). En santé publique, cela se traduit notamment par une littérature importante autour du développement professionnel et du renouvellement des pratiques qui passent par un niveau d'apprentissage individuel. Le discours des répondants par rapport aux exigences que nécessitent les activités de PUC se situe dans un contexte de redéfinition de la santé publique et des rôles que doivent jouer ses principaux acteurs. L'accent est mis avant tout sur la capacité à transférer des savoirs et à évaluer les retombées des interventions ou des recherches. Dans ces circonstances, il est valorisé de constituer des équipes polyvalentes qui comptent sur les aptitudes en communication de leurs professionnels. Donc, pour initier des activités de PUC, il faut être en mesure de conjuguer savoir, savoir-faire et savoir être. Cette combinaison est à la base du savoir agir complexe inhérente au processus de PUC.

La présence du concept de la collaboration a également guidé l'exploration de la littérature post-analyse. Il est intéressant de constater que les déterminants de la collaboration auxquels font référence les articles recensés corroborent les propos des répondants d'un point de vue relationnel. Il faut mentionner que les écrits sur le phénomène de PUC et sur la notion de transfert des

connaissances en santé publique ne soulignent que très brièvement l'importance de cette collaboration dans l'équation. Ce sont plutôt les ouvrages en gestion, en politique ou en médecine sociale qui s'attardent aux théories collaboratives (D'Amour, 1997). Pourtant, à la suite des résultats de l'analyse du corpus, la place occupée par la collaboration dans la modélisation du processus de PUC apparaît être un élément incontournable. Tel que proposé dans le précédent chapitre, le niveau relationnel se doit d'être pris en compte dans la compréhension globale du processus de PUC. Au final, il est incontestable que les résultats de cette étude exploratoire ont contribué à l'avancement des connaissances sur le processus général de PUC dans le domaine de la santé publique.

Les résultats de cette démarche d'analyse témoignent du courant qui s'impose actuellement en santé publique, qui valorise la mise en place de structures collaboratives et qui s'éloigne de plus en plus d'une gestion hiérarchique des savoirs. La collaboration entretenue entre les professionnels de santé publique permettrait cette négociation de sens et la possible actualisation du processus de PUC. Néanmoins, à l'heure actuelle, les modèles conceptuels qui se tournent principalement vers la circulation, la production, les stratégies de diffusion, l'utilisation ou l'évaluation de la réception des connaissances omettent d'inclure la dimension relationnelle pourtant au cœur du processus de PUC. Finalement, cette étude véhicule un triple message dans la compréhension de ce processus, qui passe par le savoir agir, la collaboration et la structure organisationnelle.

Les retombées potentielles pour les professionnels de santé publique

Dans un premier temps, cette étude permet à la Direction de santé publique de Montréal de constater l'éventail des initiatives de PUC auxquelles son personnel participe. À travers le partage de ces exemples, il est possible de saisir la perception des acteurs concernant les enjeux et le contexte dans lequel se déroulent ces activités. Certains constats au niveau organisationnel pourront sans doute donner lieu à un support ciblé selon les besoins exprimés. La dimension individuelle du processus de PUC abordée dans une perspective axée sur les compétences, pourrait être un point de départ d'une réflexion plus générale sur les pratiques. Puis, l'apport fondamental de la collaboration dans le processus de PUC pourrait motiver davantage les secteurs de la direction à maintenir et à développer des liens avec leurs partenaires à l'interne comme sur le terrain. La toile qui est peinte à travers l'analyse du corpus fait miroiter une réalité partagée par l'ensemble des acteurs qui interviennent en santé publique et qui se côtoient à travers les activités décrites. De ce

fait, les retombées de cette recherche sont profitables aux acteurs montréalais qui travaillent en santé publique.

Les pistes de recherche à explorer

En continuité avec ce travail exploratoire effectué au sein de la direction de l'Agence, il serait pertinent d'étendre cette recherche aux autres acteurs du territoire montréalais qui effectuent des interventions de santé publique au niveau local (directeur locaux des CSSS, infirmières scolaires, organisateurs communautaires etc.). En l'occurrence, un portrait encore plus complet des réalités vécues en matière de partage et d'utilisation des connaissances pourrait être dressé dans la métropole.

Autrement, pour être en mesure de soutenir le développement de structures collaboratives dans la pratique de santé publique et de réussir à tisser des liens entre organismes locaux, régionaux et nationaux, il serait souhaitable de documenter davantage les expériences en matière de pratiques concertées et d'en évaluer les effets. Toutefois, dans la convergence en faveur d'une culture axée sur l'échange, la vigilance et le réalisme se doivent d'être au rendez-vous.

«Ce passage de la coopération conflictuelle (où chacun essaie de défendre ses intérêts et sa vision des choses) à une collaboration réelle (où les intérêts de la population priment) ne peut être imposé par l'État. La volonté d'un tel changement et les efforts nécessaires pour y parvenir dépendent en premier lieu des personnes responsables de la gestion des organismes touchés, qu'ils soient communautaires ou institutionnels» (Larivière, 2001).

Le travail en amont sur la confiance, le leadership, les buts communs, les relations de pouvoir, les valeurs, les intérêts des professionnels est une entreprise qui se planifie sur le long terme. Considérant l'ampleur de cette démarche, des études qui permettraient de mesurer le degré de la collaboration entre les acteurs de santé publique à Montréal seraient fort utiles pour que des décisions et des actions concrètes sur le plan organisationnel puissent voir le jour. Il est certain que cette prise de conscience des aspects relationnels beaucoup moins tangibles dans le processus de partage et d'utilisation des connaissances vient complexifier le champ d'action. C'est en explorant et en combinant des savoirs provenant de divers domaines des sciences sociales qu'il sera possible de poser des gestes porteurs pour favoriser l'émergence d'initiatives de PUC dans la pratique de la santé publique.

Les biais et les limites de l'étude

Tel que démontré au chapitre méthodologique, cette étude observe les critères de rigueurs propres aux approches qualitatives. Néanmoins, elle comporte certains biais et limites qui se doivent d'être explicités. Premièrement, en raison de l'enthousiasme et de la tribune offerte à tout ce qui touche les questions de transfert de connaissances en santé publique, il serait probable que les entrevues soient teintées de cet optimisme par rapport au phénomène pour lequel les répondants semblent plutôt ouverts. De plus, il faut rappeler que ces cadres ont accepté sur une base volontaire de participer aux entrevues. Cela porte à croire qu'ils étaient sensibles et intéressés au départ à l'objet de la recherche. Deuxièmement, une diversité de définitions du PUC est exprimée par les répondants lors des entrevues. Durant la collecte et l'analyse des données, les chercheurs ont partagé le sentiment que le PUC constituait une boîte de pandore « fourre-tout » parsemée de compréhensions inégales de la part des participants. Sous cet angle, l'objet même de la recherche constitue une limite étant donné ces écarts de sens qui sont venus alimenter l'ensemble des catégories d'analyse. En raison de ces ambiguïtés, le code initial « définition du PUC » a d'ailleurs été éliminé en cours de route (voir mémos p. 30). Troisièmement, les dynamiques et les expériences quotidiennes de PUC révélées par les répondants du régional n'ont pas été comparées avec le discours des acteurs au niveau local. L'ajout de la perspective des acteurs agissant au niveau local aurait permis un portrait plus englobant de la pratique de santé publique sur le territoire montréalais.

Considérations éthiques

Tous les participants à l'étude sont des cadres de l'organisation qui ont accepté volontairement de contribuer à cette étude. Ils ont signé préalablement un formulaire de consentement décrivant les objectifs de l'étude, les avantages, les risques ou les inconvénients y étant rattachés, la nature de leur participation, la confidentialité, la sauvegarde des données et leur possible droit de retrait (voir ce formulaire à l'annexe E). De plus, les participants ont été avisés que l'entrevue était enregistrée sur bande audio, mais qu'ils pouvaient demander l'arrêt à n'importe quel moment. Par ailleurs, les entretiens transcrits sous forme de *verbatim* ont été dénominalisés de manière à préserver l'anonymat des répondants. Finalement, le projet de recherche initial dirigé par Mme Lise Gauvin et M. Michel Rossignol a été soumis et accepté par le Comité d'éthique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Conclusion

En somme, l'analyse par théorisation ancrée a permis de conceptualiser le processus de partage et d'utilisation des connaissances tel que perçu par les cadres régionaux qui travaillent en santé publique à Montréal. Soulignons que les éléments conceptuels qui sont ressortis au plan individuel et relationnel viennent confirmer certains enjeux et défis soulevés, notamment lors de la mise en œuvre du Programme national de santé publique (Laberge & al., 2007). On peut associer le discours sur les compétences (savoir, savoir-faire et savoir être) à la préoccupation autour de la transformation des pratiques de santé publique. Quant aux dimensions de la collaboration qui apparaissent de manière transversale dans le corpus, il y a un lien à faire avec la volonté de développer des partenariats et des alliances stratégiques entre les instances locales et régionales. Dans un premier temps, ces constats signifient que les stratégies de PUC envisagées à Montréal font aussi partie des grandes lignes du renouvellement de la santé publique au Québec.

Dans un deuxième temps, il faut rappeler que cette préoccupation marquée pour la pratique et la gestion fondée sur les évidences scientifiques s'inscrit dans un courant plus large qui teinte le monde de la recherche dans son ensemble. À l'origine de ce courant, il y a la notion de la médecine basée sur les données probantes qui prône l'utilisation de la recherche pour guider les interventions et les politiques. Si cette conjoncture est favorable aux initiatives de PUC, qui vise l'optimisation de l'utilisation de la recherche dans les pratiques de santé publique, il faut garder à l'esprit que *«les données probantes ne produisent ni de preuves, ni de certitudes, elles génèrent de la conviction, de la confiance et des connaissances probabilistes»* (Weinstock, 2007, p. 1). Compte tenu des nombreuses décisions prises au cours de l'activité scientifique autant sur le plan politique, éthique qu'économique, l'existence d'une production de données neutre et exempte de valeurs est improbable (Weinstock, 2007). Bien que l'idée ici ne soit pas de s'opposer à une utilisation plus accrue des connaissances scientifiques dans la prise de décision ou la pratique de santé publique, il apparaissait important de reconnaître les limites de ce type de connaissances. Cette nuance laisse également de la place à la valorisation d'autres savoirs qui sont aussi partagés entre les professionnels de santé publique et pour lesquels les répondants ont accordé une place importante lors des entrevues. À cet effet, on ne peut passer sous silence les échanges de connaissances tacites qui teintent le quotidien des professionnels interrogés. Ces connaissances orientées vers l'action sont incluses dans certaines routines organisationnelles et sont constituées, entre autres,

d'un savoir relationnel qui se traduit à travers les interactions sociales (Polanyi, 1966; Nonaka, 1994; Cohen & Prusak, 2001). D'ailleurs, en 1968, Michel Crozier mentionnait qu'il fallait prendre en compte la complexité des rapports humains au sein des organisations pour mieux comprendre leur importance dans les processus de décision. Dans le cadre de l'analyse qui a été menée, la place accordée à la dimension relationnelle et à l'émergence de la collaboration comme concept clé dans la compréhension du processus de PUC semble aller également dans ce sens. La valorisation des structures interactives pour permettre de réels échanges entre théoriciens et praticiens ainsi que la volonté de participer à une co-construction des savoirs sont des aspects très présents dans le discours des répondants.

Rappelons que même si aucun modèle ne fait consensus et que très peu d'écrits rapportent les impacts de stratégies de PUC sur l'intervention ou la prise de décision, le domaine de la santé publique n'échappe pas à ce courant basé sur le partage et l'utilisation de la recherche dans la prise de décision et la pratique professionnelle (Mitton & al., 2007). Étant donné que l'accès aux connaissances scientifiques ne semble pas garantir leur utilisation, on peut alors penser que d'autres facteurs influencent les décisions (Davies, 2004). On constate que malgré la production croissante de connaissances, il semble y avoir des résistances à leur application (Memmi, 2003). Pour être en mesure de comprendre ces résistances et de les dépasser, il apparaît pertinent d'aller plus loin dans la réflexion.

Le processus de prise de décision rationnel sur lequel se fonde toute la logique des études qui visent le PUC semble être une piste pertinente à explorer. Depuis de nombreuses années, des travaux en philosophie, en politique, en économie et en gestion ont démontré les limites de la rationalité pure dans la prise de décision qui se doit de prendre en considération les contraintes liées au temps, à l'information disponible, à la capacité humaine de connaître tous les aspects d'un problème ainsi qu'aux valeurs mêmes des décideurs (Simon, 1955; Lindlom, 1979). La question de l'irrationalité des politiques publiques a aussi été largement documentée et fait référence au modèle de la poubelle «*the garbage can model*» où coexistent d'un côté des problèmes, et de l'autre, des solutions indépendantes qui seront ultérieurement associées de manière anarchique (Cohen & al., 1972). D'autres rappellent l'importance de l'établissement de l'ordre du jour qui permettra un certain maillage entre les problèmes et les solutions (Kingdon, 1984). De plus, certaines études en

psychologie cognitive s'intéressent au phénomène de l'absorption individuelle des connaissances et considère qu'il est un facteur de «viscosité des connaissances» (Memmi, 2003; Richard & al., 1990). À bien des égards, la perspective d'une utilisation linéaire et rationnelle de la recherche ne semble pas correspondre à la réalité des gestionnaires ou des praticiens.

Finalement, comme le souligne Maienschein & al. (2008), il est tenu pour acquis que l'amélioration de la santé des populations passe par une transformation de la recherche scientifique vers des applications pratiques. Cela se traduit par une promotion accrue des activités de transfert de la recherche et des études qui tentent de cerner les facteurs de son utilisation. D'un point de vue éthique, toute cette rhétorique qui met l'accent sur le transfert des connaissances pourrait aussi faire l'objet de recherches futures.

"We all want results from our science, but too many questions— what will count as results, who will certify these, and who is left out as a result of the choices—remain wide open [...] the idea that good research must necessarily translate into what some evaluating parties interpret as 'results' is problematic, since the nature of the results actually matters. It matters scientifically, it matters ethically, and it matters socially. The problem is not with translation as such, but in determining the legitimate languages from which and into which translation takes place. From the perspectives of science, ethics, and society, not all 'languages' are equally desirable, valid, or appropriate [...] we clearly had an established ethos of translation, with the implicit value that science that can be translated into results is the best science, and everything else is second-tier. [...] Public, political, and industrial demands, particularly with regard to what the products of the research should be, shape the landscape within which the research trajectory is determined, and that landscape is dominated by various demands for translation [...] and by pushing so much emphasis on development and results does this approach, in fact, distort the generation of scientific knowledge (Maienschein & al. 2008, p. 46-50)?"

En terminant, les défis que soulèvent le partage et l'utilisation des connaissances scientifiques dépassent vraisemblablement les préoccupations relatives uniquement aux étapes de diffusion et d'appropriation des savoirs. Il ne faudrait pas minimiser la nécessité incontournable de créer un climat propice à la collaboration et d'éviter de confondre le raisonnement humain avec la théorie des choix rationnels. Par ailleurs, en portant des lunettes postmodernistes pour observer et analyser l'environnement organisationnel dans lequel évolue les cadres de la DSP, les activités de PUC deviennent le reflet des croisements entre les « savoirs », les « savoirs-faire » et les « savoirs être ».

Références

- Abrami, P. C. & al. (2010). *L'utilisation des connaissances issues de la recherche par les écoles*. Dans M. Janosz, J. Bélanger, C. Dagenais, F. Bowen et P.C. Abrami. *Rapport final d'évaluation de la stratégie d'intervention Agir autrement. Volume 1 La mise en œuvre de la Stratégie*. Montréal, Qc : Groupe de recherche sur les environnements scolaires, Université de Montréal.
- Allard-Poesi, F. & Perret, V. (2002). *Peut-on faire comme si le postmodernisme n'existait pas?* Dans Mourgues, N. & al. Questions de méthodes en Sciences de Gestion. Paris : Éditions Management & Société, 390 p.
- Alter, C. & Hage, J. (1993). *Organizations working together*. London : Sage. 342 p.
- Anadon, M. & Guillemette, F. (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive?* Recherches Qualitatives. Hors Série(5) : 26-37.
- Andrew, N. & al. (2008). *Building on Wenger : communities of practice in nursing*. Nurse Education Today, 28 : 246-252.
- Argote, L. & Ingram P. (2000). *Knowledge transfer : A basis for competitive advantage in firms*. Organizational Behavior and Human Decision Process, 82(1) : 150-169.
- Baribeau, C. (2005). *L'instrumentation dans la collecte de données*. Recherches Qualitatives. Hors-série(2) : 98-114.
- Barnard, C. I. (1968). *The Function of the Executive*. Cambridge: Harvard University Press. 334 p.
- Benoliel, J. Q. (1996). *Grounded theory and nursing knowledge*. Qualitative Health Research, 6 : 406-428.
- Bergeron, P. & Gaumer, B. (2007). *Une participation croissante de la santé publique à la gouverne du système de santé québécois ?* Dans: M-J. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau, Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation. Montréal: Gaëtan Morin : 51-62.
- Bernier, N. F. (2006). *La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ?* Lien social et Politiques, 55 : 13-23.
- Bero, L. A. & al. (1998). *Closing the gap between research and practice : an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. British Medical Journal, 317(7156) : 465-468.
- Bilodeau, A. (2001). *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en santé publique : le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre*. Thèse en sciences humaines appliquées. Université de Montréal.
- Blumer, H. (1969) *Symbolic interactionism : perspective and method*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall. 208 p.
- Boggs J. P. (1992). *Implicit models of social knowledge use*. Science Communication, 14(1) : 29-62.

- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 142 p.
- Boutin, G. (2000). *L'entretien de recherche qualitative*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec. 169 p.
- Breton, M., & al. (2008). *L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle*. Pratiques et Organisations des Soins. 39(2) : 113-124.
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. Thèse en santé publique. Université de Montréal. 299 p.
- Brownson, R. C. & al. (2009). *Evidence-based public health : a fundamental concept for public health practice*. Annu. Rev. Public Health. 30 : 175-201.
- Bryan, R. L. & al. (2009). *Integrating adult learning principles into training for public health practice*. Health Promotion Practice. 10(4) : 557-563.
- Bulmer, M. (1982). *The use of social research : social investigation in public policy-making*. London : Allen and Unwin. 184 p.
- Caplan, N. (1979). *The two communities theory and knowledge utilization*. American Behavioural Scientist. 22 : 459-470.
- Charmillot, M. & Dayer, C. (2007). *Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques*. Recherches Qualitatives. Hors-série(3) : 126-139.
- Chia, R. (1995). *From Modern to Post-Modern Organizational Analysis*. Organization Studies. 16(4) : 579-604.
- Cohen, D. & Prusak, L. (2001). *In good company : how social capital makes organizations work*. Boston : Harvard Business School Press. 214 p.
- Cohen, M. D. & al. (1972). *A garbage can model of organizational choice*. Science Quarterly. 17(1) : 1-25.
- Cooper, R. & Fox, S. (1990). *The texture of organizing*. Journal of Management Studies. 27(6) : 575-582.
- Conrad, C. & M. S. Poole. (2005). *Strategic organizational communication: in a global economy*. Belmont, CA: Wadsworth. 484 p.
- Crozier, M. (1968). *Le rapprochement actuel entre administrations publiques et grandes entreprises privées et ses conséquences*. *Revue internationale des sciences sociales*. Vol 20(1) : 7-16.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse en santé publique option : organisation des soins de santé. Université de Montréal.
- Davies, J. K. & Macdonald, G. (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. London : Routledge. 225 p.

- Davies, P. (2004). *Is evidence-based government possible?* Jerry Lee lecture. Fourth annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington, D. C.
- De Bruyne, & al. (1974). *Dynamique de la recherche en sciences sociales : les pôles de la pratique méthodologique*. Paris : PUF. 240 p.
- Delaney, F. (1994). *Making connections : Research into intersectoral collaboration*. Health Education Journal. 53 : 474-485.
- Denis, J. L., & al. (1996). *Le chercheur et ses interlocuteurs : complicité et intéressement dans le domaine de la recherche évaluative*. Évaluer : Pourquoi? Québec : CQRS. 21-31.
- Denis, J. L., & al. (2003). *Creating a new articulation between research and practice through policy? The views and experiences of researchers and practitioners*. Journal of Health Services Research and Policy. 8(4) Suppl 2 : 44-50.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill. 142 p.
- Deslauriers, J.-P. & Kérisit, M. (1997). *Le devis de recherche qualitative*. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin éditeur. 85-111.
- Dey, I. (2004). *Grounded theory*. (chap. 5) Dans C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, D. Silverman, Qualitative research practice. California : Sage: 80-93.
- Dubé, L. & al. (2006). *Towards a typology of virtual communities of practice*. Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge and Management. 1 : 69-94.
- Duncan, R. B. (1972). *Characteristics of organizational environments and perceived environmental uncertainty*. Administrative Science Quarterly. 17 : 313-327.
- Durand, T. (2006). *L'alchimie de la compétence*. Revue Française de Gestion. 160 : 261-292.
- Evers, F.T. & al. (1998). *The Bases of Competence : Skills for Lifelong Learning and Employability*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Fassin, D. (2000). *Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 7(1) : 58-78.
- Faye, C. & al. (2007). *Guide sur le transfert des connaissances à l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du Travail*. Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec. 51 p.
- Fernandez, W, D., (2005). *The grounded theory method and case study data in is research : issues and design*. (chap. 5) Dans D. N. Hart & S. D. Greggor, Information Systems Foundations : Constructing and Criticising. Canberra : ANU E Press : 43-59.
- Fortin, J.-P. & al. (1994). *L'action intersectorielle en santé*. Université Laval & Direction régionale de la santé publique de Québec, Équipe de recherche en organisation et évaluation des services de santé. Rapport final.

- French, B. & al. (2009). *What can management theories offer evidence-based practice? A comparative analysis of measurement tools for organisational context.* Implementation Science. 4(28).
- Ginsburg, L. R., & al. (2007). *Revisiting interaction in knowledge translation.* Implementation Science. 2(34).
- Glaser B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research.* Chicago : Aldine Pub. 271 p.
- Glaser B. G. (1978). *Advances in the methodology of grounded theory. Theoretical Sensitivity.* Mill Valley : The Sociology Press. 164 p.
- Glasgow, R. E. & Emmons, K. M. (2007). *How can we increase translation of research into practice? Type of evidence needed.* Annu. Rev. Public Health. 28 : 413-433.
- Graham, I. D. & al. (2006). *Lost in knowledge translation : time for a map?* The Journal of Continuing Education in the health Profession. 26(1) : 13-24.
- Gray, B. (1989). *Collaborating : finding common ground for multiparty problems.* San Francisco : Jossey-Bass. 329 p.
- Green L. W. & al. (2009). *Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health.* Annu. Rev. Public Health. 30 : 151-174.
- Groulx, L.-H., (1999). *Le pluralisme en recherche qualitative : essai de typologie.* Revue suisse de sociologie. 25(2) : 317-339.
- Guillemette, F. (2006). *L'approche de la Grounded Theory; pour innover?* Recherches Qualitatives. 26(1) : 32-50.
- Gupta, S. & al. (2006). *Using knowledge mapping to support knowledge management in health organizations.* http://library.igcar.gov.in/readit2007/conpro/s2/S2_5.pdf
- Gutman, M. A. & al. (2009). *Evaluation of active living research : progress and lessons in building a new field.* Am J Prev Med. 36(2S) : S22-S33.
- Hardy, C. & al. (2003). *Resources, knowledge and influence : the organizational effects of interorganizational collaboration.* Journal of Management Studies. 40(2) : 321-347.
- Hatch, M. (2000). *Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples.* Paris : De Boeck université. 418 p.
- Heath, R. G., & Sias, P. (1999). *Communicating spirit in a collaborative alliance.* Journal of Applied Communication Research. 27 : 356-376.
- Hennebo, N. (2009). *Le cadre théorique du concept de Web triangulation : une analyse par théorisation ancrée du dialogue médecin-patient lié à l'Internet durant la consultation.* Thèse d'exercice : Médecine : Lille 2. Université du droit et de la santé. 221 p.
- Henneman, E. A. & al. (1995). *Collaboration : a concept analysis.* Journal of Advanced Nursing. 21 : 103-109.

- Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : Éditions du Renouveau pédagogique : De Boeck. 480 p.
- Huxham, C. (2003). *Theorizing collaboration practice*. Public Management Review. 5 : 401-423.
- Jacob, P. (2004). *L'intentionnalité : problèmes de philosophie de l'esprit*. Paris : Odile Jacob. 299 p.
- Jacobson N. & al. (2005). *Consulting as a strategy for knowledge transfer*. The Milbank Quarterly. 83(2) : 299-321.
- Jones, M. L. & al. (2005). *Grounded theory : a theoretical and practical application in the Australian film industry*. Proceedings of QRC05. Johor Bharu : Malaysia. School of Management and Marketing. Faculty of Commerce. University of Wollongong.
- Kickbush, I. (2003). *The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion*. American Journal of Public Health. 93(3) : 383-388.
- Kiefer, L. & al. (2005). *Favoriser la prise de décision factuelle au Canada : Examen de la nécessité de créer un Centre de données de recherche et un Réseau de recherche sur la santé publique et des populations au Canada*. Revue canadienne de santé publique. 96(3) : 1-20/1-40.
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. New York, Harper Collins, 240 p.
- Knorr, K. D. (1979). *Contextuality and indexicality of organizational action: Toward a transorganizational theory of organizations*. Social Science Information. 18(1) : 79-101.
- Koo, D. & Miner, M. (2010). *Outcome-based workforce. Development and education in public health*. Annu. Rev. Public Health. 31 : 253-69.
- Kothari, A. & al. (2005). *Interaction and research utilisation in health policies and programs : does it work?* Health Policy. 71 : 117-125.
- Kothari, A. & Edward, N. (2003). *Who is Protecting the Canadian Public Health System?* Home Health Care Management Practice. 15(5) : 391-398.
- Laberge, A. & al. (2007). *Le programme national de santé publique : Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Institut national de santé publique. 28 p.
- Landais, N. (1854). *Dictionnaire général et grammatical des dictionnaires français : offrant le résumé le plus exact et le plus complet de la lexicographie française et de tous les dictionnaires spéciaux*. Volume 2. Paris : Au bureau central des dictionnaires. 816 p.
- Landry, R. & al. (2006). *The knowledge-value chain : a conceptual framework for knowledge translation in health*. Bulletin of the World Health Organization. 84(8) : 597-602.
- Landry, R. & al. (2007). *Élaboration d'un outil de transfert de connaissances destiné aux gestionnaires en éducation : rapport de la revue systématique des écrits*. Working Paper – Document de travail n° 2007-04. Chaire FCRSS-IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation. 61 p.

- Laperrière, A. (1997_a). *La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées*. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin éditeur. 309-332.
- Laperrière, A. (1997_b). *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives*. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx. La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin éditeur. 365-389.
- Larivière, C. (2001). *L'amplification obligée des relations partenariales : l'interdépendance est-elle une menace à l'autonomie?* Nouvelles pratiques sociales. 14(1) : 64-80.
- Lavis, J. N. & al. (2003). *How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?* The Milbank Quarterly. 81(2) : 221-247.
- Lavis, J. N. & al. (2003_b). *Measuring the Impact of Health Research*. Journal of Health Services Research and Policy 8:165–170.
- Lavis, J. N. (2006). *Research, public policymaking, and knowledge-translation processes : Canadian efforts to build bridges*. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 26 : 37–45.
- Le Boterf, G. (2000_a). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Éditions d'Organisation. 206 p.
- Le Boterf, G. (2000_b). *La mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite*. Personnel. 412(août-septembre).
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels*. Paris : Éditions d'Organisation. 311 p.
- Lemieux-Charles, L. & Champagne, F. (2004). *Using knowledge and evidence in health care : multidisciplinary perspectives*. Toronto : University of Toronto Press. 311 p.
- Lemire, N. & al. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec. 46 p.
- Li, L.C., & al. (2009). *Evolution of Wenger's concept of community of practice*. Implementation Science. 4(11) : 1-8.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. New Bury : Sage Publications. 416 p.
- Lindblom, C. E. (1979). *Still muddling, not yet through*. Public Administration Review. 39(6) : 517-526.
- Lomas, J. (1997). *Pour améliorer la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche dans le secteur de la santé : la fin des dialogues de sourds*. McMaster University : Centre for Health Economics and Policy Analysis. 39 p.
- Lomas, J. (2000). *Using 'linkage and exchange' to move research into policy at a Canadian foundation*. Health Affairs. 19(3) : 236-240.
- Maienschein J. & al. (2008). *The ethos and ethics of translational research*. The American Journal of Bioethics. 8(3) : 43-51.

- Mayer, R. & Ouellet, F. (1998). *La diversité des approches dans la recherche qualitative au Québec depuis 1970 : le cas du champ des services de santé et des services sociaux*. (Chap. 5) Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, R. Mayer, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, A. P. Pires. La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec. Montréal : Gaëtan Morin, pp. 173-235.
- Memmi, D. (2003). *Facteurs de viscosité dans la circulation des connaissances*. Réseaux. 1(117) : 221-256.
- Mercier, D. (2007). *Le transfert informel des connaissances tacites chez les gestionnaires municipaux en situation de coordination*. Thèse en sciences de l'information. Université de Montréal. 279 p.
- Mintzberg, H. & al. (1986). *Some surprising things about collaboration : Knowing how people connect makes it work better*. Organizational Dynamics : 60-71.
- Mitton, C. & al. (2007). *Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature*. The Milbank Quarterly. 85(4) : 729-768.
- Molino, J. (1985). *Pour une histoire de l'interprétation : les étapes de l'herméneutique*. Philosophiques. 12(2) : 281-314.
- Mucchielli, A. (2007). *Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives*. Recherches Qualitatives. Hors série(3) : 1-27.
- Nonaka, I. (1994). *A dynamic theory of organizational knowledge creation*. Organization Science. 5(1) : 14-37.
- Ouellet F. & al. (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique & CECOM de l'Hopital Rivière-des-Prairies.
- Paillé, P. (1994). *L'analyse par théorisation ancrée*. Cahiers de recherche sociologique. 23 : 47-181.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris : Armand Colin. 315 p.
- Patton, M.Q. (1999). *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis*. HSR : Health Services Research. 34(5) Part II :1189-1208.
- Peltz, D. C. (1978). *Some expanded perspectives on use of social sciences in public policy. Major social issues : a multidisciplinary view*. New York : Free Press : 346-357.
- Pires, A. P. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin éditeur : 113-169.
- Polanyi, M. M. (1966). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY: Doubleday. 108 p.
- Rey, A. & Hordé, T. (1998). *Dictionnaire historique de la langue française*. Sous la direction de Alain Rey. Paris : Dictionnaire Le Robert. 4304 p.
- Richard, J.F., & al. (1990). *Traité de psychologie cognitive*. Sous la direction de C. Bonnet, R. Ghiglione, J.-F. Richard, M. Bonnard. Paris : Dunod.

- Richardson, R. & Hans Kramer, E. (2006). *Abduction as the type of inference that characterizes the development of a grounded theory*. Qualitative Research. 6(4) : 497–513.
- Rodriguez C. & al. (2007). *Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network*. Administration & Society. 39(2) : 150-193.
- Rogers, E. M. (1962). *Diffusion of innovations*. New York : Free Press of Glencoe. 367 p.
- Roy, M. & al. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches / Rapport R-099, Montréal, IRSST. 53 p.
- Savoie-Zajc, L. (1997). *L'entrevue semi-dirigée*. (chap.11.). Sous la direction de B. Gauthier. Recherche Sociale : De la problématique à la collecte de données. (3^e Ed.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec : 263-283.
- Savoie-Zajc, L. (2000). *L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelles et assistées par le logiciel NUD IST*. Recherches Qualitatives. 21 : 99-123.
- Savoie-Zajc, L. (2007). *Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?* Recherches Qualitatives. Hors série(5) : 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2010). *Les dynamiques d'accompagnement dans la mise en place de communautés d'apprentissage de personnels scolaires*. *Éducation et formation - e-293* : 9-20.
- Scharff, D. P. & al. (2008). *Bridging research and practice through competency-based public health education*. J Public Health Management Practice. 14(2) : 131–137.
- Schmitt, C. (2007). *La communication de savoirs pour l'action*. Dans Avenier M.-J. & C. Schmitt. La construction de savoirs pour l'action. Paris : Harmattan : 195-213.
- Seely Brown, J. & Duguid, P. (1991). *Organizational Learning and Communities-of-Practice : Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation*. Organization Science. Special Issue 2(1) : 40-57.
- Sicotte, C. & al. (2002). *Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres*. Social Science & Medicine. 55 : 991–1003.
- Simon, H. A. (1955). *A behavioral model of rational choice*. Quarterly Journal of Economics. 69 : 99-118. (reprise en 1983, vol. 2).
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oak : Sage. 312 p.
- Straus, S. & al. (2009). *Knowledge translation in health care : Moving from evidence to practice*. London : Wiley-Blackwell. 318 p.
- Tardif, J. (2003). *Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre*. Pédagogie collégiale. 16(3) : 36-44.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : analysis types and software tools*. Bristol, PA : Falmer Press. 330 p.

- Tetroe, J. & al. (2008). *Health research funding agencies support and promotion of knowledge translation : an International Study*. The Milbank Quarterly. 86(1) : 125-155.
- Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. American Journal of Evaluation. 27(2) : 237-246.
- Thompson, A. M. (2001). *Collaboration : meaning and measurement*. Ph.D. Dissertation. Indiana University-Bloomington.
- Trottier, L.-H. (2002). *L'utilisation des connaissances : au cœur des relations de coopération entre les acteurs*. Thèse en santé publique, option organisation des soins de santé. Université de Montréal. 472 p.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2000). *Ambiguity, complexity and dynamics in the membership of collaboration*. Human Relations. 53(6) : 771-806.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2003). *Nurturing collaborative relations : building trust in inter-organizational collaboration*. Journal of Applied Behavioural Science. 39(1) : 5-31.
- Walker, D. & Myrick, F. (2006). *Grounded theory : an exploration of process and procedure*. Qualitative Health Research. 16(4) : 547-559.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice : learning, meaning, and identity*. Cambridge : Cambridge University Press. 318 p.
- Weick, K. E. & al. (2005). *Organizing and the Process of Sensemaking*. Organization Science. 16(4): 409-421.
- Weinstock, D. (2007). *Qu'est-ce qui constitue une donnée probante? Une perspective philosophique*. Compte-rendu de conférence. Atelier d'été des Centres de collaboration nationale en santé publique «Tout éclaircir». Baddeck, Nouvelle-Écosse, 20-23 août.
- Weiss, C.H. (1979). *The many meanings of research utilization*. Public Administration Review. 39 : 426-431.
- White, D, & al. (2008). *Community of practice: creating opportunities to enhance quality of care and safe practices*. Healthcare Quarterly. Special Issue(11) : 80-84.
- Zarinpoush, F. & al. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada : 50 p.

Consultation de sites Internet

Agence de la santé publique du Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppp/ncc-ov-fra.php> Date de modification : 2010-09-17. Consulté le 5 août 2010.

Direction de santé publique de Montréal. <http://www.santepub-mtl.gc.ca>
Consulté le 27 février 2011.

Fonds de recherche en santé du Québec. *Plan d'action de développement durable 2008-2013* : 32 p.
http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/publications/pdf/plan_developpement_durable.pdf
Consulté le 11 août 2010.

Instituts de recherche en santé du Canada. *Stratégie liée à l'application des connaissances 2004-2009*.
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/26574.html> Date de modification du site : 2008-06-02. Consulté le 12 juillet 2010.

Ministère de la Santé des Services sociaux du Québec. *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/ssss_enbref/index.php?accueil
Consulté le 29 mai 2010.

Ministère de la Santé des Services sociaux du Québec. *Programme national de santé publique. Mise à jour 2008*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
Consulté le 27 février 2011.

Parlement du Canada, Projet de loi C-5.
<http://www2.parl.gc.ca/Content/LOP/LegislativeSummaries/39/1/c5-f.pdf>
Consulté le 27 février 2011.

Public Health Foundation USA. *Strategic directions*. <http://www.phf.org/about/strategicdirections.pdf>
Consulté le 7 mars 2010.

Annexe A – Descriptif du projet initial

Le partage et l'utilisation des connaissances (PUC) dans le réseau montréalais de la santé publique : bilan des activités actuelles et plausibilité/légitimité d'accroître et diversifier les activités

Sommaire exécutif

Suite à l'exercice de priorisation mené auprès des responsables pour l'utilisation des fonds du PSSP en 2006-2007, un groupe de travail a été mis sur pied pour définir un projet. Le processus a permis un partage entre les membres représentant l'ensemble des secteurs qui ont été invités à y siéger. Le présent projet reflète un consensus sur la meilleure façon de produire des données utiles à l'ensemble des secteurs de la DSP pour bonifier les pratiques de partage et d'utilisation des connaissances.

Le partage et l'utilisation de connaissances (PUC) peut être défini comme l'échange de connaissances entre les utilisateurs des connaissances et les producteurs de ces connaissances. Malheureusement, il n'existe pas de bilan relativement aux activités actuelles de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique. La disponibilité d'un tel bilan permettrait de mieux cerner les enjeux liés au PUC dans le réseau montréalais de la santé publique et d'explorer la plausibilité et la légitimité d'accroître et de diversifier les activités de PUC pour améliorer l'efficacité des actions de santé publique et la santé de la population montréalaise. Ainsi, les objectifs des travaux du comité en lien avec le *Programme de Soutien en Santé Publique (PSSP)* pour les prochaines années sont de :

1. dresser un bilan des activités actuelles de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique; pour ce faire, nous mènerons deux séries d'entrevues semi-structurées afin de recenser les différentes activités de PUC et de mieux comprendre les perceptions et impacts des activités de PUC identifiées ;
2. examiner la variabilité dans les activités de PUC et leurs facteurs associés à travers le réseau montréalais de la santé publique; pour ce faire, nous comptons faire une analyse comparative de quelques projets spécifiques de PUC qui ont été identifiées lors de la première étape;
3. à la lumière des résultats de deux premiers objectifs, examiner la plausibilité et la légitimité d'accroître et de diversifier les activités de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique; pour ce faire, nous comptons faire le bilan des activités et formuler des recommandations via une procédure de discussion de groupe parmi les membres du comité et d'autres intervenants.

Les produits livrables anticipés sont :

- un rapport faisant état des résultats des deux séries d'entrevues auprès des acteurs du réseau montréalais de la santé publique; une version synthétique et conviviale sera aussi produite pour une circulation plus élargie;
- des présentations dans le cadre de diverses activités en place à la DSP (par exemple, réunions du personnel, dîners causerie, conférences) et/ou une journée d'échange sur le sujet avec les représentants de santé publique ou de projet clinique des CSSS
- un ou plusieurs articles pour soumettre dans des périodiques scientifiques avec comité de lecture; une ou plusieurs recommandations quant à la plausibilité et la légitimité de développer, diversifier et surtout augmenter l'impact positif des activités de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique.

Annexe B – Questionnaire d’entrevue

Préambule
<ul style="list-style-type: none"> • Tel qu’indiqué dans nos communications antérieures, le but de cette entrevue est de mieux comprendre la nature et l’étendue des activités de PUC auxquelles les gens de votre secteur ont participé ou ont parrainé au cours de 12 derniers mois. De plus, nous voulons en savoir davantage sur vos perceptions de l’utilité de ces différentes activités de PUC et sur vos perceptions relatives aux contraintes et éléments facilitant ces activités de PUC. Ces informations seront utilisées pour dresser un bilan des pratiques actuelles de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique.
Utilité du PUC
<ul style="list-style-type: none"> • Tel que mentionné dans le formulaire de consentement, nous sommes intéressés à dresser un bilan des activités actuelles de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique. • Qu’est-ce que signifie, à vos yeux, la notion de partage et utilisation de connaissances (PUC) – souvent appelée transfert de connaissances ou knowledge transfer and exchange? • À votre avis, quel rôle joue le PUC provenant de la recherche dans l’amélioration de la santé de la population à Montréal? • Dans l’exercice de vos fonctions, contribuez-vous au partage de connaissances? Si oui, comment? Dans l’exercice de vos fonctions, utilisez-vous les connaissances? Si oui, comment? • Vous voyez-vous davantage comme un <u>utilisateur</u> de connaissances ou une <u>personne qui partage</u> les connaissances avec les autres? Expliquer.
Nature et étendue des activités de PUC
<ul style="list-style-type: none"> • Je vais maintenant décrire différents types d’activités de PUC (nommer au besoin) qui se rapportent aux connaissances de recherche, relatives à l’état de santé des montréalais ou à l’efficacité d’interventions ou l’impact de politiques publiques. Nous aimerions que vous indiquiez si ces types d’activités ont été réalisés dans votre CSSS. Le cas échéant, nous aimerions que vous nommiez des exemples de ces activités. Éventuellement, nous aimerions savoir si ces activités ont eu certains impacts.
Éléments facilitant ou entravant le PUC
<ul style="list-style-type: none"> • À votre avis, quels éléments organisationnels, personnels ou de contexte ont facilité votre participation à ces activités de PUC? • À votre avis, quels éléments organisationnels, personnels ou de contexte ont entravé votre participation à ces activités de PUC? • Dans vos propres mots, décrivez le ou les activités de partage et d’utilisation de connaissances idéales.
<p>Fin de l’entrevue. Recueillir des informations relatives aux caractéristiques du répondant.</p>

Annexe C – Codes initiaux

- Accès informations
- Activités
- Activités internes PUC
- Compétences
- Définition connaissances
- Définition recherche
- Équipe compétences
- Impact échec
- Impact mesure
- Impacts importance contexte
- Impacts souhaités
- Information partage
- Messages-cibles
- Partenaires
- Perception Santé Publique
- Plate-forme
- PUC avantage
- PUC barrières
- PUC définition
- PUC évaluation
- PUC facilitants
- PUC impact sur santé
- PUC impacts réussite
- PUC implantation
- PUC inconvénients
- PUC organisation
- PUC souhaits idées
- Rôles et responsabilités
- Santé publique avant-après
- Surveillance
- Utilisation des connaissances
- Vision commune

Annexe D – Réduction et affinement des codes initiaux

ACTIVITÉS	
<p>ACTIVITÉS DE DISCUSSION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Briefing matinal • Club de lecture • Déjeuner causerie entre acteurs • Focus group • Forum de discussions • Recherche en action chercheurs et décideurs <p>ACTIVITÉS DE FORMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers interactifs • Ateliers méthodologiques • Formation <p>PRÉSENTATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conférences • Dîners éclairs • Invitation chercheurs extérieurs • Journées annuelles SP • Présentation des étudiants et stagiaires 	<p>RENCONTRE</p> <p>Niveau institutionnel -réseau-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communautés de pratique • Lac-à-l'épaule • Rencontre du personnel mensuelle • Rencontre entre secteurs • Réunion annuelle avec intervenants • Table des communicateurs <p>Niveau national</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation aux audiences publiques • Rencontre décideurs-chercheurs <p>Niveau régional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité régional d'utilisateurs d'info socio-sanitaire • Comités de pilotage • Comités régionaux • Groupe de travail multidisciplinaire • Table de concertation

DÉFINITION PUC	
<p>ACTEURS IMPLIQUÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus bidirectionnel • Implique une multitude de parties actives <p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir une cible • Capacité d'aborder les controverses • Processus qui vise à amener des changements de pratique • PUC - lié à la mission SP • PUC vise à rendre autonome -- différent du transfert • Viser une cohésion de groupe 	<p>TRANSMISSION + APPROPRIATION DES CONNAISSANCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au-delà de donner l'info, vérifier la compréhension • Bonne information à la bonne personne au bon moment • Échange basé sur des connaissances • Processus d'appropriation des connaissances • S'éveiller à de nouvelles connaissances • Systématiser la production ou la recherche de connaissances • Traduction d'information à travers différents moyens • Transfert basé sur des données probantes • Transmission de données porteuses de sens et d'actions • Utilisation connaissances pour faire un état de situation

IMPACTS	
<p>IMPACTS INDIRECTS SUR SANTÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances qui appuient interventions SP • Impact indirect sur la santé par prise de conscience • Impacts sont à long terme • Impossible à savoir • La promotion & la sensibilisation souvent sous-estimées • Recherche permet d'établir portrait • Réseau qui permet de soutenir plusieurs milieux dans diffusion info santé • Retombées directes faibles • Visé à présenter l'info pour faire choix éclairés <p>IMPACTS NÉGATIFS -effets pervers PUC</p> <p>IMPACTS RÉUSSITE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau de la mobilisation • Au niveau de la notoriété publique • Au niveau de la participation, car vision commune • Au niveau de la rétroaction positive du milieu face aux outils diffusés • Au niveau de la sensibilisation, prise de conscience réalité du territoire • Au niveau de l'information consolidée qui revient au local • Au niveau de l'ouverture sur de nouveaux sujets • Au niveau de l'utilisation d'une même base de données (info globales recueillies) • Au niveau des collaborations • Au niveau du leadership • Au niveau du processus de dialogue amorcé • Au niveau d'un cadre cohérent à suivre dans le réseau 	<p>IMPACTS VISÉS</p> <p>Niveaux confondus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démontrer les solutions possibles aux problèmes • Échanger les besoins entre les niveaux • Observer une réelle transformation • Viser la compréhension des gens <p>Niveau macro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démontrer, chiffrer les coûts de santé • Influencer les décideurs à tous les niveaux • Influences stratégiques visées • Mener l'agenda • Modifier des politiques publiques • Modifier l'environnement bâti <p>Niveau meso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir des jeunes chercheurs en formation • Alimenter et influencer les plans d'action locaux • Devenir un lieu de rencontre privilégier entre chercheurs et acteurs terrain • Intégrer le local à la démarche de com • Mobiliser l'intersectoriel • Rapprochement entre intervenants et chercheurs <p>Niveau micro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changer des comportements • Co-appropriation et travail collaboratif • Création d'un climat propice à l'échange • Échanger les visions à plus long terme • Problématique identifiée préalablement par utilisateur

PERCEPTION SP	
<p>ADAPTATION ET APPROPRIATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche populationnelle • Demande nouvelles compétences • Documents produits mieux adaptés • Nouvelles attentes envers les professionnels • Nouvelles façons de transférer • S'adapter • Suite logique d'hier • Surveillance <p>CHANGEMENT AU NIVEAU COLLABORATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration niles collaborations et productions • Axée sur collaboration plus que confrontation • Comprendre priorités, accompagner • Mobilisation et engagement visés • Ouverture et relation sur les autres • Partage et appropriation de la communauté • Participation du local • Perspective d'échange • Plus critique sur le plan social • Plusieurs leviers à utiliser • Réseau ouvert • Structure qui permet alignement • Vision de dialogue avec le local 	<p>TENSIONS ET CONTROVERSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Action suite à info = tenu pour acquis • Connaissances = solutions • Connaissances pures vs. non pures • Décisions basées sur données probantes • Différence entre données et informations • Difficile cohérence entre les niveaux, manque de vision commune • Données probantes = connaissances infaillibles • Encore nous et vous fort (individualisme) • Encore vieux réflexes d'expert peu raffinés • Manque de transparence interne • Partage d'information = non-linéaire • Programmation du haut vers le bas • Quotidien passe avant le réseau manque de choix stratégiques • Recherche = pas vérité • Surveiller la qualité des connaissances produites • Tension entre vigie et les autres secteurs

STRATÉGIES	
<p>CADRE COMMUN –VISION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier rôles et responsabilités en matière d'imputabilité • Définir les besoins du terrain • Déterminer des indicateurs et des objectifs • Faire un plan précis • Favoriser une vision commune • S'auto-analyser, être réflexif • Structurer pour permettre la coordination • Viser le changement <p>CIBLER ET INFLUENCER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cibler les décideurs à tous les niveaux • Cibler les principaux acteurs • Cibler la jeune génération • Influencer des acteurs • Influencer des pratiques • Quantifier les coûts pour la santé • Sensibiliser <p>IMPLIQUER, MOBILISER, COLLABORER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser • Mobiliser les partenaires 	<p>COMMUNICATION-ÉCHANGE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amener un processus de dialogue • Clarifier le message • Communiquer régulièrement • Consulter les partenaires • Échanger avec les partenaires • Être crédible envers les partenaires • Évaluation individuelle par entrevue • Évaluer la réception des messages • Informer les partenaires • Innover dans la présentation des données • Médiatiser la diffusion des messages • Mesurer les perceptions • Partager les données probantes avec décideurs • Rejoindre le milieu • Répéter le même message • Trouver le bon momentum • Vulgariser le message <p>PLATE-FORME DE DIFFUSION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Via réseau • Internet • Rapports de recherche

<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des personnes ressources • Intégrer les partenaires • Accompagner les partenaires • Faire du réseautage • Favoriser l'appropriation • Travailler avec des agents de liaison • Impliquer des experts • Faire des activités imposées ou informelles • Faire des actions complémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilans de connaissances • Publication • Compendium d'informations • Catalogue de références • Utilitaire statistiques • Utiliser des outils Web • Portraits locaux thématiques
--	--

RÔLES ET RESPONSABILITÉS	
<p>AIDER À L'APPROPRIATION DES CONNAISSANCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner dans l'utilisation des données • Aller graduellement dans la présentation • Avant de diffuser, aller la chercher, synthétiser • Développer des services qui s'adaptent aux besoins • Évaluer la réception • Faire de la formation • Surveiller la qualité des connaissances produites • Viser l'appropriation des connaissances <p>GUIDER, LEADERSHIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le milieu local à la recherche • Intervenir au niveau des décideurs • Amener le changement, des solutions • Favoriser les changements de pratiques • Être leader, modèle dans le réseau SP • S'intéresser à ce qui se passe à l'interne • Avoir préoccupation par rapport à la vision + mission de l'organisation • Sensibiliser les gens aux problèmes de santé 	<p>COLLABORER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en relation des acteurs • Encourager le travail en collaboration • Soutenir les échanges dans le réseau • Faire, mais pas tout faire... • Consulter le milieu avant d'imposer • Améliorer la collaboration • Soutenir l'élaboration des plans locaux santé publique • Écouter, prendre au sérieux les controverses • Favoriser une démarche de planification participative • Conseiller, être proactif • Agir comme des collaborateurs et des facilitateurs <p>FAIRE DE LA RECHERCHE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produire recherche qui influence plans d'action • Promouvoir structure de surveillance • Mesurer les problèmes • Caractériser les impacts santé • Évaluer la performance des plans locaux

MOTEURS ET FREINS	
<p>HABILETÉS-COMPÉTENCES -Niveau individuel-</p> <p>Habilités communicationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trier l'information • Adapter l'information • Manque d'évaluation du PUC <p>Habilités relationnelles et collaboratives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexivité • Compréhension processus PUC • Analyse des besoins, définir contexte • Mobiliser, impliquer les acteurs dans processus 	<p>OBSTACLES STRUCTURELS -Niveau organisationnel-</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin de spécialistes pour • Changement pratiques demande adaptation • Composition des équipes • Définition du rôle des acteurs • Échange d'informations • Accessibilité à l'information • Canaux de diffusion • Ressources monétaires • Synchronisme entre recherche et terrain - données • Systématisation du PUC • Temps • Vision commune

Annexe E – Formulaire de consentement



Titre du projet — Nom et numéro de téléphone des chercheurs

La Direction de santé publique (DSP) via le Programme de soutien en santé publique appuie une recherche intitulée «**Le partage et l'utilisation des connaissances (PUC) dans le réseau montréalais de la santé publique : bilan des activités actuelles et plausibilité/légitimité d'accroître et diversifier les activités**». Cette recherche est dirigée par le M. Michel Rossignol M.D. MSc., Responsable du secteur Enseignement et Recherche de la DSP, et par Mme Lise Gauvin PhD, Professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, et Chercheure au CRCHUM (Centre de recherche du Centre hospitalier de l'université de Montréal) et au Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal.

Description du projet — Nature et objectifs du protocole

Les objectifs du projet sont de :

1. dresser un bilan des activités actuelles de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique; pour ce faire, nous mènerons deux séries d'entrevues semi-structurées afin de recenser les différentes activités de PUC et de mieux comprendre les perceptions et impacts des activités de PUC identifiées ; la première série d'entrevues sera effectuée auprès des responsables de secteur à la Direction de santé publique alors que la seconde série d'entrevues sera faite auprès d'intervenants de la Direction de santé publique et des CSSS situés sur l'île de Montréal;
2. examiner la variabilité dans les activités de PUC et leurs facteurs associés à travers le réseau montréalais de la santé publique; pour ce faire, nous comptons faire une analyse comparative de quelques projets spécifiques de PUC qui ont été identifiées lors de la première étape;
3. à la lumière des résultats de deux premiers objectifs, examiner la plausibilité et la légitimité d'accroître et de diversifier les activités de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique; pour ce faire, nous comptons faire le bilan des activités et formuler des recommandations via une procédure de discussion de groupe parmi les membres du comité et d'autres intervenants.

Votre participation à ce projet se trouve au niveau du premier objectif, soit de dresser un bilan des activités actuelles de PUC dans le réseau montréalais de la santé publique.

Procédure — Type de questionnaire, durée de l'étude et traitement des données

Si vous décidez de participer à cette étude, nous vous demanderons de participer à une entrevue d'une durée estimée de 60 minutes. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio et les informations seront ensuite transcrites. Pendant cette entrevue, nous vous poserons des questions relativement à votre perception du « partage et utilisation de connaissances », de l'étendue de votre implication dans différentes activités de «partage et utilisation de connaissances » et de votre perception quant aux retombées de ces activités.

Avantages et bénéfices pour les participants de l'étude, la société et la science

Votre participation à ce projet ne vous procurera d'autres avantages que celui de contribuer à l'avancement des connaissances et de réfléchir aux questions soulevées dans l'étude.

Inconvénients et risques physiques et psychologiques

Le seul inconvénient relié à votre participation est de prendre le temps pour participer à l'entrevue.

Confidentialité et sauvegarde des données

Les enregistrements audio, les données de transcription des entretiens et toutes les données d'analyse en découlant seront gardées à la direction de santé publique dans un classeur verrouillé pour une période de 10 ans. Elles seront ensuite détruites. Toute communication de résultats de cette étude sera faite sans dévoiler l'identité des participants. Il se peut que les chercheurs permettent au comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche d'avoir accès aux documents se rapportant au projet à des fins de vérification et de gestion. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Compensation monétaire

Aucune compensation monétaire ne sera versée pour votre participation.

Participation/retrait

Votre participation est facultative. Vous êtes libre de participer ou pas à cette étude, de vous en retirer, de cesser l'entrevue, d'omettre des informations ou de décider de ne pas soumettre le formulaire, et ce, à tout moment et sans subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Résultats de l'étude

À la fin de l'étude, un sommaire des résultats sera rendu disponible via différents moyens de communication (e.g. conférences midi, documents écrits). De plus, vous pourrez vous procurer une copie papier des résultats de l'étude en faisant une demande auprès des chercheurs.

Personnes-ressources

N'hésitez pas à poser des questions sur tous les thèmes abordés dans le présent formulaire.

Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de l'étude, veuillez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal par téléphone au 514-528-2400, poste 3262, ou par courriel à ethique@santepub-mtl.qc.ca.

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques de l'étude, vous pouvez communiquer avec les responsables de la recherche (M. Rossignol ou Mme Gauvin), dont les coordonnées figurent dans la première rubrique du formulaire de consentement.

Si vous avez des questions sur les aspects techniques de l'étude, vous pouvez communiquer avec Mme Marie-Claude Bois, Agente de recherche pour le projet au (514) 528-2400.

Je, soussigné(e), certifie avoir lu et compris les informations présentées ci-dessus. Je consens à participer à cette étude.

Nom du participant

Signature

Date

Je certifie a) que j'ai expliqué au participant ou à la participante les modalités du présent formulaire de consentement, b) que j'ai répondu à toutes les questions soulevées, c) que je lui ai indiqué qu'il ou elle pouvait cesser à n'importe quel moment de participer au projet de recherche en cours et d) que je l'ai avisé(e) qu'il/elle recevrait une copie signée de ce formulaire de consentement.

Nom du chercheur ou signature
d'un représentant autorisé

Fonction

Signature

Date