



# Animer un processus de transfert des connaissances

BILAN DES CONNAISSANCES ET OUTIL D'ANIMATION

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



# Animer un processus de transfert des connaissances

**BILAN DES CONNAISSANCES ET OUTIL D'ANIMATION**

Direction de la recherche,  
formation et développement

Octobre 2009

## **AUTEURES**

Nicole Lemire, M.A., agente de planification, de programmation et de recherche  
Institut national de santé publique du Québec

Karine Souffez, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche  
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claire Laurendeau, Ph. D., coordonnatrice à la recherche et à l'innovation  
Institut national de santé publique du Québec

## **COMITÉ DE SUIVI**

Lyne Jobin, directrice par intérim  
Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pierre Joubert, directeur scientifique  
Direction de la recherche, formation et développement  
Institut national de santé publique du Québec

Anna Guèye, M. Sc., agente de recherche sociosanitaire  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

## **MISE EN PAGES**

Hélène Fillion, agente administrative  
Institut national de santé publique du Québec

## **GRAPHISME**

Lucie Chagnon

L'image de la page couverture présente un équipage de voilier en pleine action. Elle illustre des thèmes clés du transfert des connaissances : le travail d'équipe, la collaboration, l'échange et la mise en commun des connaissances techniques et pratiques, ainsi que la gestion des imprévus.

## **REMERCIEMENT**

Ce document a été réalisé grâce au soutien financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 4<sup>e</sup> TRIMESTRE 2009  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-57546-7 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-57547-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2009)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>III</b>
<b>CONTEXTE.....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2 MÉTHODE.....</b>	<b>5</b>
<b>3 BILAN DES CONNAISSANCES SUR LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>7</b>
3.1 Les connaissances en santé publique.....	7
3.1.1 Les connaissances issues de la recherche .....	7
3.1.2 Les connaissances issues des savoirs tacites .....	10
3.1.3 Les connaissances issues des données analysées .....	11
3.2 Les approches en transfert des connaissances .....	12
3.2.1 L'approche linéaire ou unidirectionnelle .....	12
3.2.2 L'approche de résolution de problèmes.....	13
3.2.3 Les approches interactives.....	13
3.3 Les étapes du processus de transfert des connaissances.....	16
3.3.1 La production d'un contenu .....	17
3.3.2 L'adaptation du contenu et du format selon les publics visés.....	17
3.3.3 La diffusion des produits.....	19
3.3.4 La réception des connaissances .....	20
3.3.5 L'adoption des connaissances.....	21
3.3.6 L'appropriation des connaissances .....	23
3.3.7 L'utilisation des connaissances .....	23
3.3.8 L'appréciation des retombées.....	26
3.4 Les déterminants du processus de transfert des connaissances.....	27
3.4.1 Les déterminants liés aux connaissances .....	27
3.4.2 Les déterminants liés aux acteurs .....	29
3.4.3 Les déterminants liés aux caractéristiques organisationnelles.....	29
3.5 Les stratégies de transfert des connaissances.....	30
<b>4 DYNAMIQUE DU PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 1 OUTIL POUR ANIMER UN PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 2 AIDE-MÉMOIRE .....</b>	<b>57</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Thématiques de recherche en lien avec la santé publique .....	9
Tableau 2	Déterminants du processus de transfert des connaissances.....	28

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Différents intrants à la base de la production de connaissances utiles et pertinentes aux actions de santé publique.....	11
Figure 2	Le mode de transfert en spirale .....	14
Figure 3	Principaux acteurs impliqués dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances utiles aux actions en santé publique.....	15
Figure 4	Les différentes étapes du processus de transfert des connaissances.....	16
Figure 5	Les deux grandes catégories de stratégies de transfert des connaissances .....	30
Figure 6	Interaction requise par différentes stratégies de transfert.....	31
Figure 7	Conceptualisation du processus global de transfert des connaissances.....	33



## CONTEXTE

Dans la foulée de la mise à jour du Programme national de santé publique du Québec (PNSP), la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a rendu publique une *Stratégie pour le développement de la recherche en santé publique* (2008). Cette stratégie propose des orientations fondées, entre autres, sur les résultats d'un *Bilan de la recherche en santé publique au Québec*<sup>1</sup>. Une de ces orientations concerne le renforcement des capacités de valorisation des résultats de la recherche en soutien aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Parmi les actions prioritaires mentionnées, on retrouve le développement de diverses formes de partenariat pour la production de connaissances, telles des subventions pour des synthèses de connaissances, des projets d'expérimentation ou des études de faisabilité, ainsi que la mise en place de stratégies efficaces de transfert des connaissances.

Ces orientations participent à un mouvement plus large en faveur du transfert et de l'utilisation des connaissances. En effet, de nombreuses politiques d'innovation plaident en faveur d'un dialogue plus fructueux entre la science et la société dans le but d'accroître les retombées de la recherche financée par les fonds publics. De façon générale, on remarque également une volonté chez les organismes des secteurs gouvernementaux, universitaires, communautaires et privés de favoriser une plus grande utilisation des connaissances disponibles afin d'apporter des changements dans les pratiques et la prise de décision. Au Québec comme ailleurs, le renforcement des mécanismes de transfert des connaissances devient de plus en plus une priorité.

C'est dans ce contexte qu'en 2008, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) la réalisation d'une synthèse de connaissances sur le transfert des connaissances (TC) dans une perspective de soutien à l'action.

---

<sup>1</sup> Laurendeau, M.-C., M. Hamel, et coll. (2007). *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut national de santé publique du Québec.



## 1 INTRODUCTION

En santé publique, tout comme dans le domaine de la santé en général ou des sciences sociales, il existe un écart important entre les connaissances disponibles et leur utilisation. Malgré les efforts considérables investis au cours des dernières années dans le déploiement de stratégies novatrices aux niveaux central, régional et local, il reste encore beaucoup à apprendre sur les moyens d'accroître l'utilisation des connaissances et le besoin est grand pour des outils et des formations qui peuvent aider à développer de meilleures pratiques en matière de transfert des connaissances.

Conçu dans une perspective de soutien à l'action, le présent document présente d'abord un survol des connaissances sur le transfert des connaissances dans le domaine de la santé. Ce bilan des connaissances s'appuie sur la littérature pour identifier les principales composantes à considérer pour la mise en œuvre de pratiques plus structurées de transfert des connaissances. Une synthèse et une conceptualisation dynamique et intégrée du processus de transfert est présentée à la section suivante. En annexe, on retrouve un outil pour animer un processus de transfert des connaissances et un aide-mémoire résumant en un coup d'œil le contenu de la présente publication.

Bien qu'il ait été élaboré à l'intention des acteurs de santé publique, ce document peut s'appliquer à divers contextes. Il s'adresse donc à un vaste public de gestionnaires, décideurs, intervenants, responsables de politiques publiques, œuvrant dans des sphères d'activités variées, ainsi qu'à des professionnels agissant comme agents de liaison, agents de transfert des connaissances, chercheurs ou courtiers de connaissances dans leur milieu. Pour les acteurs de santé publique, ce document présente toutefois l'avantage d'utiliser des exemples tirés de leur réalité et de leur fournir des repères pour leurs pratiques.



## 2 MÉTHODE

Le présent document a été réalisé en sept grandes étapes :

- le repérage des publications scientifiques et de la littérature grise sur le transfert des connaissances;
- le traitement et l'analyse des écrits sur le transfert des connaissances;
- la production d'un bilan des connaissances;
- la conception d'un outil pour soutenir l'animation d'un processus dynamique de transfert des connaissances;
- l'élaboration d'un aide-mémoire représentant l'ensemble des composantes du processus;
- la validation des outils développés auprès de groupes d'utilisateurs potentiels;
- la production finale des documents.

En ce qui concerne le repérage des publications et de la littérature grise, une recherche documentaire a été effectuée dans différentes bases de données reliées au domaine de la santé (dont Medline et OVID) à partir de divers mots-clés tels « *knowledge transfer* », « *knowledge translation* », « *dissemination* » et « *knowledge utilization* ». De nouvelles références provenant du dépouillement des articles consultés et d'abonnements à des bulletins de veille<sup>2</sup> ont par la suite été ajoutées. En tout, plus de 250 documents ont été consultés.

La méthode employée pour réaliser le bilan des connaissances s'apparente à ce que l'on appelle dans la littérature le « *scoping study* »<sup>3</sup>. Particulièrement utile pour aider à délimiter un domaine d'études vaste, cette méthode permet de circonscrire les contours d'un champ d'études en lien avec des objectifs spécifiques. Plus réaliste qu'une revue systématique lorsque les contraintes de temps et de budget ne permettent pas d'effectuer une étude approfondie de chaque article scientifique, cette méthode est également jugée plus utile lorsque l'objectif en est un de soutien à l'action.

D'autre part, en s'inspirant de l'approche intégrative et interactive pour la mise en pratique des connaissances<sup>4</sup>, un comité de suivi composé de représentants de la Direction générale de la santé publique du MSSS ainsi que de l'INSPQ a été mis sur pied et consulté à plusieurs reprises afin de s'assurer que la production des outils répondait bien aux besoins du MSSS et du réseau de santé publique, ainsi que pour vérifier la convivialité des outils développés.

---

<sup>2</sup> Entre autres, le bulletin E-veille de la Chaire sur le transfert des connaissances et l'innovation de l'Université Laval (<http://kuuc.chair.ulaval.ca/francais/masteré.php?url=bulletin.php>).

<sup>3</sup> Arksey H et L. O'Malley (2005). "Scoping studies: Towards a methodological framework." *International Journal of Social Research Methodology* 8(1) : 19-32.

<sup>4</sup> Chunharas, S (2006). "An interactive integrative approach to translating knowledge and building a "learning organisation", in health services management." *Bulletin of the World Health Organization*, 84(8) : 652-7.



### **3 BILAN DES CONNAISSANCES SUR LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES**

Dans le cadre du présent document, le transfert des connaissances réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé. Ces activités et mécanismes d'interaction prennent forme à l'intérieur d'un processus englobant le partage, l'échange et la transmission de connaissances entre plusieurs groupes d'acteurs œuvrant dans des environnements organisationnels différents.

Le processus de transfert des connaissances comprend plusieurs étapes, chacune d'elles ayant sa propre cohérence et ses propres objectifs. Le découpage du processus de transfert en différentes étapes permet de mieux cerner les enjeux, les défis et les stratégies les plus appropriées en fonction des objectifs visés et du rôle de chacun des groupes d'acteurs impliqués.

Avant de regarder plus en détail chacune des étapes menant à l'utilisation des connaissances, il importe de s'attarder dans un premier temps aux différents types de connaissances qui peuvent faire l'objet d'activités de transfert ainsi qu'aux diverses approches sur le transfert des connaissances.

#### **3.1 LES CONNAISSANCES EN SANTÉ PUBLIQUE**

Les connaissances qui font l'objet d'efforts de transfert en santé publique peuvent se diviser en trois grandes catégories : les connaissances issues de la recherche, les connaissances issues des savoirs tacites et les connaissances issues des données analysées.

##### **3.1.1 Les connaissances issues de la recherche**

Dans le domaine de la santé, le mot « connaissances » fait souvent référence aux connaissances issues de la recherche scientifique. Il s'agit en effet d'un premier type de connaissances, fort utiles aux actions en santé publique. Or, les connaissances issues de la recherche sont multiples.

Une première distinction existe entre les recherches fondamentales, les recherches cliniques et les recherches appliquées. Les recherches fondamentales regroupent « les travaux expérimentaux ou théoriques entrepris principalement en vue d'acquérir de nouvelles connaissances sur les fondements des phénomènes et des faits observables »<sup>5</sup>. Les résultats de ces recherches ne sont habituellement pas applicables directement. La découverte d'un virus par exemple ne donne pas instantanément un remède pour l'enrayer. Souvent initiées par les chercheurs eux-mêmes, les recherches fondamentales peuvent modifier le statut des connaissances déjà acquises, changer notre perception de la réalité ou accroître notre compréhension du monde. À partir des résultats de recherches fondamentales, des recherches subséquentes ayant une utilité plus directe avec le milieu de

---

<sup>5</sup> Laurendeau, M.C. et P. Joubert (2008). *Perspectives de développement de la recherche à l'Institut national de santé publique du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 62 p.

la pratique pourront être entreprises. Ainsi, la découverte d'un virus suscitera inévitablement des recherches afin de trouver un remède efficace pour lutter contre ce virus. Des recherches cliniques évalueront l'efficacité du remède en question. Les recherches cliniques cherchent à mieux comprendre les maladies et à développer des interventions thérapeutiques efficaces. Par la suite, des recherches appliquées pourront documenter les obstacles et les facteurs facilitant l'adoption de certains comportements sécuritaires parmi certains sous-groupes de la population plus à risque de contracter le virus. Ce type de recherche peut être entrepris par des acteurs impliqués dans le développement de services ou de programmes offerts à ces sous-groupes de la population. C'est principalement à l'intérieur de cette catégorie que se situent les recherches en santé publique.

Une deuxième distinction concerne les recherches quantitatives et qualitatives. Ces deux types de recherches ont souvent des objectifs différents. Les études quantitatives, fondées sur les modèles expérimentaux, permettent, entre autres, de déterminer l'efficacité des interventions dans un certain contexte. Elles tentent de résoudre la question du « Quoi faire? ». Les études qualitatives, pour leur part, répondent à un autre niveau de préoccupations reliées plus souvent au « pourquoi? », « comment? » et « avec quelles implications et conséquences? ». Elles peuvent renseigner sur la pertinence d'un programme ou d'une intervention pour une population donnée et documenter les facteurs facilitant la prestation d'une mesure ainsi que les obstacles à prendre en considération<sup>6</sup>. Répondant à des questions différentes, ces deux types de recherche utilisent par conséquent des méthodes différentes. Complémentaires, les études qualitatives et quantitatives sont toutes deux essentielles au développement de la recherche en santé publique.

L'INSPQ, en collaboration avec le MSSS, a publié en 2007 un portrait de la recherche en santé publique au Québec<sup>7</sup>. Dans cette étude, la recherche en santé publique a été définie comme « l'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants qui visent la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de santé publique ». Les déterminants de la santé et du bien-être de la population font référence aux caractéristiques individuelles (démographiques, socioéconomiques, génétiques, comportementales, etc.), collectives (structure sociale par exemple) et contextuelles (organisation des services de santé et services sociaux, milieu de vie, environnement physique, social, culturel, économique et politique, etc.) qui influencent directement ou indirectement la santé. Selon ce bilan, la recherche en santé publique peut être catégorisée en cinq grandes thématiques non exclusives (voir tableau 1).

Les connaissances issues de la recherche se concrétisent soit à travers des produits tels des rapports de recherche ou des articles scientifiques lorsqu'il s'agit du développement de nouvelles connaissances, soit à travers des produits de synthèse qui visent à intégrer les

---

<sup>6</sup> Ciliska, D., H. Thomas, et coll. (2008). *Introduction au concept de santé publique fondée sur des preuves et Recueil d'outils d'évaluation critique pour la pratique en santé publique*, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils : 22 p.

<sup>7</sup> Laurendeau, M.-C., M. Hamel, et coll. (2007). *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut national de santé publique du Québec.

différentes recherches sur un même sujet, telles les revues de littérature, les revues systématiques et les méta-analyses.

**Tableau 1 Thématiques de recherche en lien avec la santé publique**

THÉMATIQUES	CRITÈRES D'INCLUSION
<p><b>1 État de santé et bien-être de la population et ses déterminants</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recherche en lien avec la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population (incidence, prévalence et distribution dans la population de la mortalité et de la morbidité, des facteurs de risque et de protection).</li> <li>→ Recherche (descriptive, analytique, explicative, etc.) sur les liens entre l'état de santé et de bien-être de la population et ses déterminants.</li> </ul>
<p><b>2 Interventions et programmes de promotion, de prévention et de protection</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recherche (évaluative, participative, recherche-action, etc.) sur des projets (incluant les projets pilotes, de démonstration) visant à maintenir, à protéger et à améliorer la santé et le bien-être de groupes, de milieux de vie ou de communautés.</li> <li>→ Recherche évaluative sur le développement, l'implantation, le déploiement, les effets, l'efficacité, l'efficacé et la rentabilité des interventions et des programmes de promotion, de prévention (incluant le dépistage et la prévention précoce) et de protection.</li> </ul>
<p><b>3 Organisation des services de santé et services sociaux en lien avec la santé publique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recherche (évaluative, descriptive, etc.) ayant pour objet l'organisation, le fonctionnement des services et leur impact sur la santé des populations (ex. : services préventifs, de première ligne, de dépistage, les services spécialisés de laboratoire de santé publique) dans une perspective populationnelle.</li> <li>→ Recherche ayant pour objet, dans une perspective populationnelle, la prestation et la consommation des services, leur performance et leur qualité.</li> <li>→ Recherche sur l'adéquation entre les besoins de la population et les services; sur les attitudes de la population et des groupes concernés (ex. : usagers, intervenants) face aux services; sur la communication entre les dispensateurs et les utilisateurs des services dans une perspective populationnelle.</li> </ul>
<p><b>4 Politiques publiques en lien avec la santé et le bien-être de la population</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recherche sur les composantes des politiques publiques nationales, régionales et locales en lien avec la santé et le bien-être de la population, à l'intérieur et à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : politiques de lutte à la pauvreté, politiques de développement social et de développement durable).</li> <li>→ Recherche sur l'évaluation de l'impact des politiques publiques et des approches de gestion des risques (ex. : législation, réglementation).</li> <li>→ Recherche sur les attitudes et perceptions de la population face aux politiques publiques et à la gestion des risques.</li> <li>→ Recherche sur les valeurs sous-jacentes et sur la dimension éthique des pratiques de santé publique (ex. : égalité en matière de santé).</li> </ul>
<p><b>5 Théories et méthodes en lien avec la santé publique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Théories étiologiques, comportementales, sociales, systémiques, écologiques, théories de l'intervention, théories du changement, etc.</li> <li>→ Méthodes d'analyse de l'état de santé et de bien-être de la population; d'évaluation des risques, de modélisation mathématique, etc.</li> </ul>

Source : Laurendeau, M.C., M. Hamel, et coll. (2008). « Portrait de la recherche en santé publique au Québec entre 1999 et 2004 », *Revue Canadienne de santé publique*, 99(5) : 366-370.

### 3.1.2 Les connaissances issues des savoirs tacites

Les connaissances issues des savoirs tacites réfèrent au « savoir-faire » de praticiens, de gestionnaires, de chercheurs ou de professionnels qui ont cumulé un solide bagage de connaissances théoriques et d'expériences pratiques.

Le savoir tacite réfère à l'accumulation des connaissances et des expériences pratiques d'un professionnel qui n'a pas extériorisé son savoir-faire sous une forme exportable. Le transfert d'un savoir tacite nécessite donc une interaction avec le détenteur de ce savoir et s'actualise habituellement dans un contexte où l'utilisateur peut appliquer de façon concrète ce qu'on lui transmet. Lorsque des praticiens, des professionnels ou des gestionnaires participent à des recherches, à des consultations ou à des forums d'experts, leur savoir tacite est objectivé et incorporé à une démarche rigoureuse qui donne une valeur ajoutée à leurs opinions et perceptions d'une situation. D'ailleurs, le savoir tacite ou expérientiel des utilisateurs est souvent indispensable pour interpréter avec justesse la production de nouvelles connaissances, d'où l'importance d'établir un véritable échange et dialogue entre ceux qui produisent et ceux qui utilisent ces connaissances.

D'autre part, l'opinion de décideurs, de gestionnaires et de professionnels d'expérience est précieuse pour interpréter les données existantes dans un contexte spécifique, pour se prononcer lorsque les données sont insuffisantes, ou encore pour transférer et appliquer des données de recherche provenant d'autres milieux. Ces personnes utilisent alors leur bagage de connaissances théoriques et pratiques, leur jugement politique, leur connaissance du milieu ou toute autre expérience, savoir acquis ou appris permettant d'éclairer la prise de décision ou de soutenir l'action en période d'incertitude<sup>8</sup>.

Les connaissances dérivées des savoirs tacites sont le fruit d'une démarche rigoureuse qui implique souvent la mise en commun de divers points de vue provenant de plusieurs experts. Ces connaissances peuvent prendre différentes formes. Les avis de santé publique, par exemple, se fondent à la fois sur les connaissances issues de la recherche et sur les savoirs tacites de chercheurs ou d'experts de contenu qui émettent des recommandations à partir des données disponibles. De même, les guides de pratique clinique représentent souvent un consensus élaboré à partir des connaissances scientifiques, des expériences et des jugements cliniques. Par exemple, le Groupe canadien d'étude sur les soins de santé préventifs est une commission scientifique indépendante subventionnée par l'État et chargée d'élaborer des guides de pratique clinique fondés sur l'expérience clinique et destinés aux dispensateurs de soins de santé préventifs<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Lomas, J. et coll. (2005). *Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé*. Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé : 48 p.

<sup>9</sup> Site du Groupe canadien d'étude sur les soins de santé préventifs : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/gecssp-ctfphc-fra.php>.

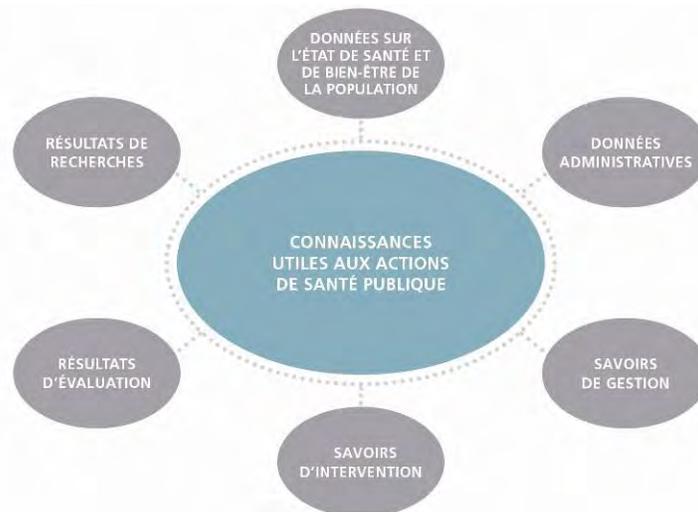
### 3.1.3 Les connaissances issues des données analysées

Outre les connaissances issues de la recherche et celles provenant des savoirs tacites, il existe de multiples données qui, une fois rassemblées, organisées et analysées, méritent d'être transmises, sous une forme appropriée, aux décideurs, gestionnaires et intervenants des différents paliers de gouverne ainsi qu'aux chercheurs qui peuvent être intéressés par ces données. On pense par exemple aux données de monitoring, aux données provenant d'indicateurs de gestion et à différentes données populationnelles (données sociodémographiques, données sur l'état de santé et de bien-être de la population, etc.). On pense également aux données liées à l'utilisation des services ainsi qu'aux données d'évaluation.

Comme dans le cas des connaissances issues des savoirs tacites, pour être considérées comme des connaissances utiles et pertinentes, les données doivent avoir fait l'objet d'une organisation quelconque à partir d'une méthode rigoureuse et tenir compte des besoins des utilisateurs éventuels. Par exemple, les responsables de la fonction de surveillance en santé publique effectuent des activités de collecte, d'analyse et d'interprétation des données en vue d'une diffusion efficace auprès de ceux qui en ont besoin dont, entre autres, les responsables de la planification de politiques ou de programmes, ainsi que la population<sup>10</sup>.

Comme l'illustre la figure suivante, les connaissances issues de la recherche en santé publique, celles issues des savoirs tacites et celles issues des données analysées apportent une contribution spécifique, complémentaire et utile aux actions de santé publique.

**Figure 1** Différents intrants à la base de la production de connaissances utiles et pertinentes aux actions de santé publique



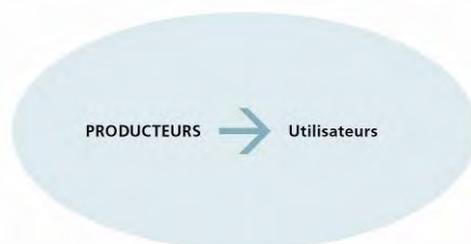
<sup>10</sup> Direction générale de la santé publique (2007). *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*. Québec, MSSS : 51 p.

## 3.2 LES APPROCHES EN TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Il existe, autour de la notion de transfert des connaissances, plusieurs propositions théoriques, cadres conceptuels ou modèles logiques qui proviennent de disciplines ou de points de vue différents. Ces idées peuvent se résumer à trois grandes approches : l'approche linéaire, l'approche de résolution de problèmes et les approches interactives<sup>11,12</sup>.

### 3.2.1 L'approche linéaire ou unidirectionnelle

Les chercheurs qui utilisent une approche linéaire travaillent d'abord à faire avancer la science. Le savoir scientifique prime et la production de connaissances s'inscrit généralement à l'intérieur d'une discipline en particulier. Cette approche peut être représentée de la façon suivante :



Cette approche suppose que les producteurs de connaissances ont l'intérêt, le temps et les habiletés personnelles nécessaires pour communiquer adéquatement leurs résultats de recherches aux utilisateurs ou relayeurs concernés. Elle présuppose également que les utilisateurs potentiels s'intéresseront nécessairement aux résultats de recherches des différents chercheurs.

Dans certains cas et pour certains types de recherche, telle la recherche fondamentale, cette approche peut répondre adéquatement aux besoins des acteurs concernés. Dans d'autres circonstances, cette approche présente certains désavantages : elle assigne un rôle plutôt passif aux utilisateurs, elle ne tient pas compte de leurs préoccupations, ni des différents contextes et environnements dans lesquels ils évoluent et elle escamote leur savoir professionnel et expérientiel<sup>13</sup>.

---

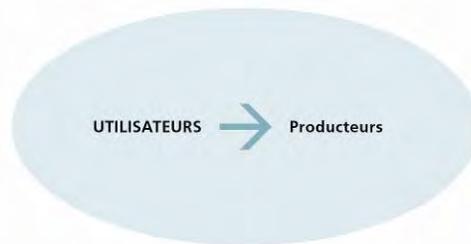
<sup>11</sup> Landry, R. et coll. (2007). *Élaboration d'un outil de transfert de connaissances destiné aux gestionnaires en éducation : rapport de la revue systématique des écrits*. Working Paper – Document de travail n° 2007-04. Chaire FCRSS-IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation : 61 p.

<sup>12</sup> Faye, C., M. Lortie, et coll. (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.

<sup>13</sup> Roy, M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches, IRSST : 53 p.

### 3.2.2 L'approche de résolution de problèmes

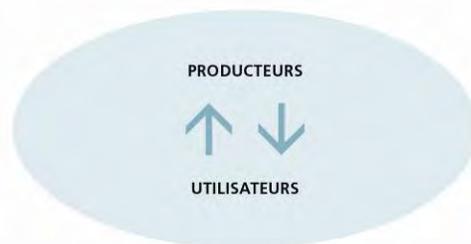
Dans l'approche de résolution de problèmes, le processus de création des connaissances est mis en œuvre sur la base des besoins spécifiques d'un groupe d'acteurs à la recherche d'une solution à un problème concret.



La science, dans cette perspective, joue un rôle plus utilitaire et l'on présume que le transfert des connaissances sera facilité par le simple fait que l'on part des besoins des utilisateurs. Ce modèle n'assure cependant pas l'utilisation des résultats de la recherche, surtout si ces résultats vont à l'encontre des intérêts, des croyances et des façons de faire des utilisateurs<sup>14</sup>. Reste que les résultats des recherches commandées ou sollicitées semblent être plus souvent pris en considération que les résultats des recherches qui ne le sont pas<sup>15</sup>.

### 3.2.3 Les approches interactives

Les approches interactives proposent des allers-retours plus ou moins fréquents entre les producteurs de connaissances et les utilisateurs potentiels tout au long de la démarche. Le mode de collaboration et l'interaction entre les acteurs peuvent prendre plusieurs formes. Le mode bidirectionnel, qui permet minimalement d'intégrer les préoccupations des futurs utilisateurs dès le début de la recherche, peut être représenté de la façon suivante :



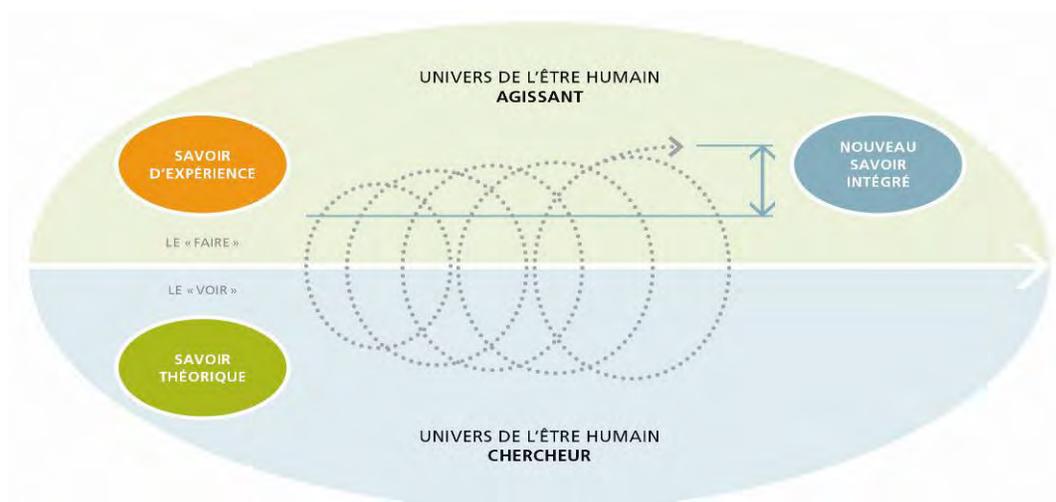
Selon ce mode d'interaction, les utilisateurs jouent un rôle actif en contribuant à une ou plusieurs étapes de la recherche : formulation de la question de départ, validation des outils de cueillette de données, interprétation, validation et diffusion des résultats, etc. On parle alors de recherche collaborative.

<sup>14</sup> Roy, M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches, IRSST : 53 p.

<sup>15</sup> Hanney, S. R., M. A. Gonzalez-Block, et coll. (2002). *The utilisation of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment*. Geneva, World Health Organization : 56 p.

Le mode de transfert en spirale (figure 2) va un peu plus loin en intégrant le savoir expérientiel des utilisateurs, qui deviennent alors des coproducteurs de la connaissance. La spirale évoque les allers-retours constants entre chercheurs et utilisateurs afin de redéfinir, préciser, bonifier le projet au fur et à mesure qu'il avance. Ce mode de collaboration entre chercheurs et utilisateurs s'applique particulièrement bien à des recherches en sciences sociales et humaines où l'expérimentation se déroule dans un milieu donné et favorise l'appropriation des nouvelles connaissances par les utilisateurs qui participent à la recherche<sup>16</sup>. Les connaissances acquises peuvent ensuite être disséminées vers des milieux similaires. Certains milieux de pratique ou de recherche en établissement ont la possibilité d'expérimenter une telle approche (les centres affiliés universitaires en CSSS, par exemple), mais tous n'ont pas cette opportunité.

**Figure 2 Le mode de transfert en spirale**

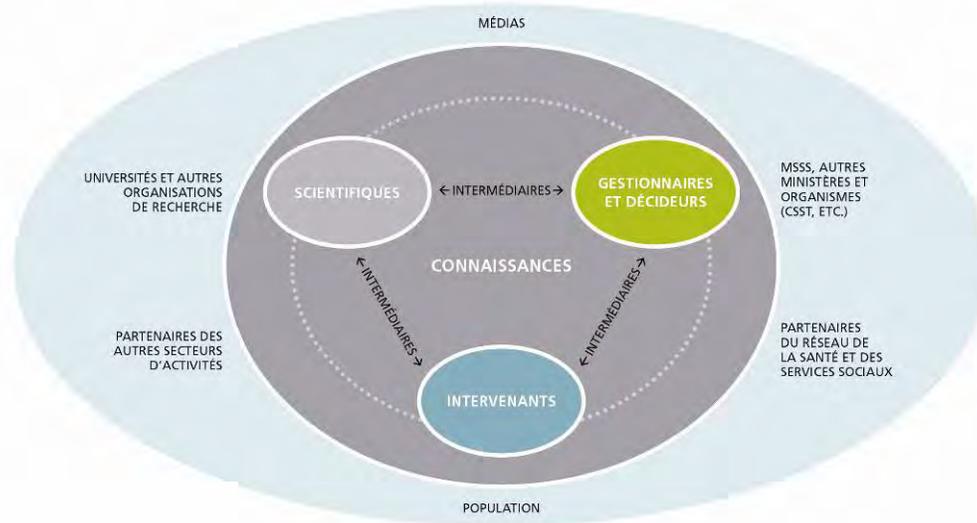


Inspiré de Bouchard et Gélinas (1990) dans Roy M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). *Études et recherches*, IRSST, p. 31.

Les approches axées sur l'interaction sociale, pour leur part, prennent en compte la complexité des organisations ainsi que les principaux enjeux de l'utilisation des connaissances et misent sur l'interaction continue entre les différents groupes d'acteurs concernés par une problématique afin de réduire l'écart entre le monde de la recherche et celui de la pratique. L'échange est central et le transfert s'organise à travers une multitude d'acteurs intermédiaires tels que des courtiers de connaissances, des agents de liaison, des professionnels ou des gestionnaires. Dans cette perspective, les enjeux du transfert des connaissances ne se situent plus seulement au niveau des contenus, mais également au niveau des systèmes sociaux (organisationnels et sociopolitiques) qui génèrent et utilisent la connaissance ainsi qu'au niveau des interactions entre les systèmes, d'où la notion de réseau comme soutien à la production et au transfert des connaissances. La figure 3 illustre le réseau des partenaires impliqués, de près ou de loin, dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances utiles aux actions en santé publique.

<sup>16</sup> Landry, R., N. Amara, et coll. (2000). *Évaluation de l'utilisation de la recherche sociale subventionnée par le CQRS*. Québec, Université Laval.

**Figure 3 Principaux acteurs impliqués dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances utiles aux actions en santé publique**



Cette évolution du concept de transfert des connaissances explique l'apparition au fil du temps d'une multitude de termes autour de cette notion : certains préfèrent parler d'« échange et partage des connaissances » pour mieux traduire l'aspect interactif de ce processus, d'autres préfèrent l'expression « mobilisation des connaissances » lorsqu'il est question de mettre ensemble des connaissances provenant de différents domaines afin de prendre la meilleure décision. D'autres se concentrent davantage sur la finalité et parlent d'« utilisation des connaissances » ou d'« application des connaissances ». Pour sa part, le terme « valorisation des connaissances » ou « valorisation de la recherche » fait souvent référence à la valeur ajoutée provenant de la commercialisation des résultats de recherches. Selon Graham et ses collègues<sup>17</sup>, le terme transfert des connaissances<sup>18</sup> reste le terme le plus utilisé à l'échelle internationale, et ce, dans différents milieux. Toujours selon ces auteurs, la majorité des gens qui utilisent ce terme font référence implicitement à un processus interactif quelconque.

#### MESSAGE CLÉ

Les nouvelles approches en transfert des connaissances conçoivent de plus en plus le transfert des connaissances comme un *processus continu* impliquant des interactions plus ou moins fréquentes entre plusieurs groupes d'acteurs oeuvrant dans des contextes sociopolitiques et des environnements organisationnels spécifiques et jouant tour à tour un rôle dans la production, le relais et l'utilisation des connaissances.

<sup>17</sup> Graham, I. D., J. Logan, et coll. (2006). "Lost in knowledge translation: time for a map?" *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1): 13-24.

<sup>18</sup> « Knowledge translation » en anglais.

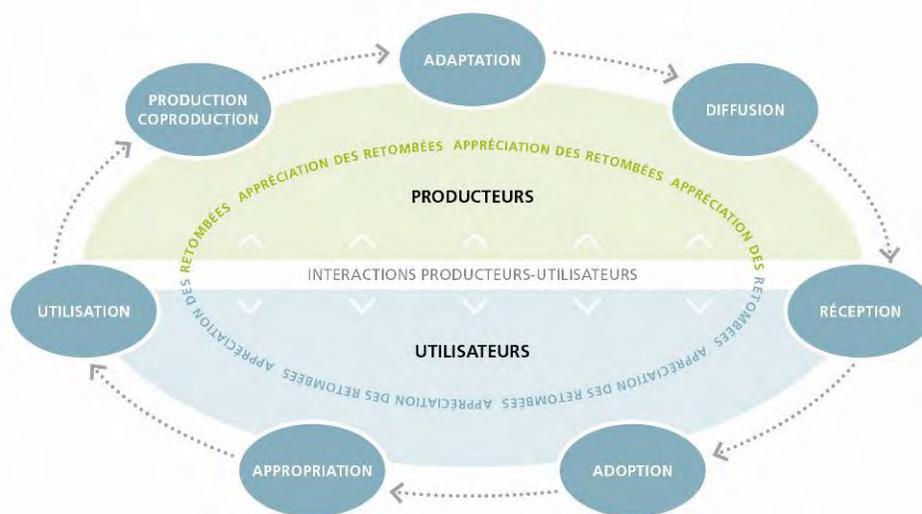
### 3.3 LES ÉTAPES DU PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

L'introduction de nouvelles connaissances pour éclairer une prise de décision, pour changer des comportements individuels ou organisationnels, pour élaborer des politiques et des programmes ou pour modifier une pratique professionnelle est un processus complexe qui comprend plusieurs étapes allant de la production d'une nouvelle connaissance à son utilisation dans un contexte donné<sup>19,20,21</sup>.

La figure 4 présente sept étapes distinctes, soit : la production, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation des connaissances. À ces différentes étapes, il faut ajouter la dimension de l'appréciation des retombées. Parce que cette appréciation peut se faire à différents moments du processus, elle est représentée de façon circulaire à l'intérieur de la figure.

Bien que le nombre et la séquence des étapes à franchir peuvent varier selon les connaissances à transférer, les objectifs à atteindre et le contexte des acteurs impliqués, ce découpage permet de considérer l'apport spécifique de chacune de ces étapes et son influence sur l'utilisation éventuelle ou non des connaissances, ce que veut d'ailleurs cerner l'appréciation des retombées. De plus, malgré l'utilisation du terme « étapes », il ne s'agit pas d'un processus linéaire, mais plutôt d'une dynamique impliquant de nombreux allers-retours. À cet égard, la figure 4 illustre l'importance de l'interaction entre les producteurs et utilisateurs tout au long du processus.

**Figure 4 Les différentes étapes du processus de transfert des connaissances**



<sup>19</sup> Dobbins, M., D. Ciliska, et coll. (2002). "A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice." *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 9.

<sup>20</sup> Landry, R., N. Amara, et coll. (2001). "Utilization of social science research knowledge in Canada." *Research Policy* 30(2): 333-349.

<sup>21</sup> Roy, M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches, IRSST: 53 p.

### 3.3.1 La production d'un contenu

L'étape de la production consiste à créer, générer, mobiliser ou sélectionner des connaissances pertinentes à un objet ou une question spécifique afin de lui donner un sens. Il s'agit essentiellement de créer un produit de base, un matériel qui pourra être utilisé. Cette production prendra différentes formes selon le type de connaissances à l'origine du produit et en fonction du premier public cible auquel il s'adresse.

La façon dont sont générées les connaissances ainsi que les acteurs impliqués dans leur production auront un impact sur leur utilisation. En effet, lorsque les utilisateurs sont impliqués dans la démarche de production, les phases de diffusion et de réception sont intégrées dans ce processus et les phases d'appropriation et d'utilisation sont facilitées, du moins pour le groupe d'utilisateurs ayant participé à la démarche de production des connaissances.

Il arrive que les producteurs d'un contenu en soient également les principaux utilisateurs, comme dans le cas de certains produits issus de données analysées ou de synthèses de connaissances produites pour répondre aux préoccupations d'une organisation. Dans ces situations, le transfert de ces connaissances à l'extérieur de l'organisation n'est pas toujours envisagé dès la production initiale du document, mais pourra l'être si le produit s'avère éventuellement utile et pertinent pour d'autres groupes d'utilisateurs.

### 3.3.2 L'adaptation du contenu et du format selon les publics visés

Si le produit de connaissances, initialement conçu pour un premier public, doit être transféré à d'autres publics, le contenu devra être adapté. Cette étape vise à rendre les connaissances produites *compréhensibles* pour ceux qui voudront en prendre connaissance en adaptant le format et le langage en fonction des publics visés et de leur niveau de préoccupation.

L'étape d'adaptation implique d'abord l'identification d'utilisateurs potentiels, mais également, comme le suggèrent Lavis et ses collègues<sup>22</sup>, l'identification des personnes qui pourront influencer ces utilisateurs. Pour chacun des publics retenus, il faudra également préciser l'objectif visé par le transfert. S'agit-il de sensibiliser ce public à une nouvelle problématique, d'aller chercher son appui, de l'influencer ou cherche-t-on plutôt à changer une pratique professionnelle?

---

<sup>22</sup> Lavis, J. N., D. Robertson, et coll. (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2): 221-48, 171-2.



Le matériel qui sera transféré doit être adapté aux besoins, aux préoccupations, aux niveaux de connaissances, aux pratiques et au contexte sociopolitique ou organisationnel de chacun des publics ciblés ainsi qu'à l'objectif visé par le transfert. Une même information sera utilisée différemment selon le rôle et le palier décisionnel de chaque groupe d'acteurs (dirigeants, cadres intermédiaires, professionnels) puisque leur champ d'action et leur pouvoir d'agir sont différents. On pourrait, par exemple, transformer des résultats de recherches en outil d'aide à la décision pour des décideurs et en grille d'intervention pour des professionnels. Dans tous les cas, l'information la plus utile et la plus pertinente pour le groupe auquel on s'adresse doit être mise à l'avant-plan.

Idéalement, le message véhiculé doit être clair, concis, cohérent, et si possible, démontrer des applications concrètes. Des histoires de cas ou des anecdotes illustrant bien le propos seront, auprès de certains publics, préférables à des présentations plus théoriques ou académiques. Des histoires mémorables qui donnent vie à l'information risquent d'être répétées par la suite, ce qui contribue à la circulation des informations<sup>24</sup>.

Plus spécifiquement, lorsqu'on s'adresse aux décideurs, on suggère que le message soit résumé en un paragraphe ou moins<sup>25</sup> et qu'il s'articule sous forme d'idées plutôt que de données<sup>26</sup>. Il n'est cependant pas toujours facile d'extraire un message clair, concis, facilement adaptable ou immédiatement transférable. La difficulté augmente lorsque les décideurs évoluent dans un contexte de transformation au niveau des pratiques ou dans l'organisation des services<sup>27</sup>.

---

<sup>23</sup> Les actions de santé publique demandent de travailler en collaboration avec les acteurs des secteurs de la famille et de l'enfance, de l'éducation, du loisir et des sports, de la justice, de la sécurité publique, de l'emploi, du revenu, du logement, de l'alimentation, de l'agriculture, de l'environnement et du transport (PNSP, p. 22).

<sup>24</sup> Zarinpoush, F., S. Von Sychowski, et coll. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada : 50 p.

<sup>25</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2005). *Tirer avantages des connaissances : outils et stratégies : Rapport sur le septième atelier annuel*, FCRSS : 25 p.

<sup>26</sup> Lavis, J. N., D. Robertson, et coll. (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2) : 221-48, 171-2.

<sup>27</sup> Brousselle, A., D. Contandriopoulos, et coll. (2009). *Why we should use logic analysis for evaluating knowledge transfer interventions*. Montréal, Canada, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS).

Pour ce qui est des professionnels de la santé, les études qui ont porté sur leurs préférences rapportent que ceux-ci souhaitent avoir un accès rapide et efficace à des résultats de recherches synthétisés et de grande qualité, qui articulent clairement le lien entre ces résultats et les implications pour l'action<sup>28,29,30,31,32</sup>.

Les services de communication sont de précieux partenaires à cette étape, car ils savent adapter les produits pour rejoindre adéquatement les différents publics. Ils sont d'ailleurs souvent interpellés lorsqu'il y a des dossiers plus sensibles à positionner ou à défendre dans les médias. De même, les directions régionales de santé publique font souvent un travail de transformation de résultats complexes en messages plus simples destinés au grand public.

### 3.3.3 La diffusion des produits

La diffusion peut être définie comme le processus par lequel un produit de connaissances est communiqué, pendant une certaine période de temps, à travers différents canaux de communication tels les médias et les communications interpersonnelles<sup>33</sup>. Cette étape vise à rendre les produits de connaissances *accessibles* aux utilisateurs potentiels.



Les technologies de l'information offrent un grand potentiel pour la diffusion de produits de connaissances à travers des organisations et réseaux existants. Par contre, elles demandent des investissements de temps pour les gens qui les utilisent, elles peuvent exclure certains groupes que l'on souhaite rejoindre, et elles ne permettent pas toujours d'établir les liens de

<sup>28</sup> Dobbins, M., K. DeCorby, et coll. (2004). "A knowledge transfer strategy for public health decision makers." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 1(2) : 120-8.

<sup>29</sup> Dobbins, M., S. Jack, et coll. (2007). "Public health decision-makers' informational needs and preferences for receiving research evidence." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4(3) : 156-63.

<sup>30</sup> Kothari, A., S. Birch, et coll. (2005). "Interaction" and research utilisation in health policies and programs: does it work?" *Health Policy* 71(1) : 117-25

<sup>31</sup> LaPelle, N. R., R. Luckmann, et coll. (2006). "Identifying strategies to improve access to credible and relevant information for public health professionals: a qualitative study." *BMC Public Health* 6: 89.

<sup>32</sup> Beaudoin, S. et C. Laquerre (2001). *Guide pratique pour structurer le transfert des connaissances*, Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire : Direction du développement de la pratique professionnelle : 67 p.

<sup>33</sup> Roy, M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches, IRSST : 53 p.

confiance nécessaires au climat de partage et d'échanges<sup>34</sup>. Des contacts en personne sont souvent nécessaires pour construire une confiance mutuelle.

Tous les résultats de recherches n'ont pas besoin de faire l'objet d'une large diffusion. Les stratégies de diffusion à adopter dépendent de la nature des connaissances à transférer, des objectifs à atteindre et des publics à rejoindre.

### 3.3.4 La réception des connaissances

La réception des connaissances réfère au contexte dans lequel les connaissances sont transférées ainsi qu'à la capacité et à l'intérêt des utilisateurs potentiels de recevoir les connaissances.

Puisque les connaissances sont introduites à l'intérieur de processus dynamiques (pratique professionnelle, prise de décision, etc.), leur utilité à un moment précis est en partie tributaire de ces processus. Une donnée d'efficacité concluante sera très utile lors de la prise de décision sur le choix d'une intervention à privilégier alors que les connaissances sur les facteurs facilitants et les obstacles potentiels pourront soutenir l'action lors de la phase d'implantation<sup>35</sup>. Le fait de maintenir des relations continues avec les différents acteurs du réseau permet de rester à l'affût des besoins des utilisateurs et facilite la transmission, *au moment opportun*, des produits de connaissances pouvant leur être utiles.

La personne, le groupe ou l'organisme qui communique l'information a également son importance. En effet, les gens acceptent plus facilement de nouvelles informations lorsqu'elles sont véhiculées par des personnes en qui ils ont confiance<sup>36</sup> et les gens réagissent plus favorablement lorsque l'information est présentée par un pair<sup>37</sup>. Le choix du messager est donc primordial : il faut savoir choisir des intermédiaires de confiance (courtiers de connaissance ou autres) qui sont crédibles, flexibles et à l'écoute des autres<sup>38</sup>.

Dans une perspective de développement des pratiques professionnelles, l'organisation a un rôle important à jouer pour favoriser la circulation, la réception et la capacité d'analyser les connaissances produites et celles en développement<sup>39</sup>. Par exemple, avoir un ordinateur disponible sur le lieu de travail et avoir accès à un centre de documentation sont des conditions qui facilitent grandement la réception des nouvelles connaissances. La présence d'analystes ou d'agents de recherche qui posent un premier regard critique sur les

---

<sup>34</sup> Crewe, E. et J. Young (2002). *Bridging research and policy: context, evidence and links*. Working Paper 173. Overseas Development Institute: 25 p.

<sup>35</sup> Dobrow, M. J., V. Goel, et coll. (2006). "The impact of context on evidence utilization: a framework for expert groups developing health policy recommendations." *Social Science and Medecine* 63(7): 1811-24.

<sup>36</sup> Crewe, E. et J. Young (2002). *Bridging research and policy: context, evidence and links*. Working Paper 173. Overseas Development Institute : 25 p.

<sup>37</sup> Abernathey et coll., 2000 cité dans Zarinpoush, F., S. Von Sychowski, et coll. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada : 50 p.

<sup>38</sup> Lavis, J. N., D. Robertson, et coll. (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2) : 221-48.

<sup>39</sup> Beaudoin, S. et C. Laquerre (2001). *Guide pratique pour structurer le transfert des connaissances*, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire : Direction du développement de la pratique professionnelle: 67 p.

productions provenant de l'extérieur peut également contribuer à une plus grande réception par les utilisateurs potentiels.

### 3.3.5 L'adoption des connaissances

L'adoption réfère au processus par lequel un utilisateur, après avoir été en contact avec la nouvelle connaissance, décide ou non de l'adopter. Ce processus peut se faire au niveau individuel (un médecin, un intervenant ou un décideur), collectif (une association professionnelle qui instaure une nouvelle pratique) ou au niveau d'une organisation (mise sur pied d'un nouveau programme). Parce que cette étape implique une prise de décision, cette section présente l'essentiel de ce que l'on retrouve dans la littérature sur les facteurs qui influent sur l'adoption des connaissances chez les décideurs.

Pour expliquer la sous-utilisation des résultats de recherches dans l'élaboration de politiques et de programmes, deux facteurs ont été plus particulièrement identifiés. Le premier est que la recherche n'est qu'un des éléments pris en considération. Les autres éléments sont : les circonstances économiques, les rapports de force entre les différents groupes d'acteurs concernés par la politique à mettre en place, l'opinion publique, le lobbying des groupes d'intérêt, l'influence des médias, la faisabilité politique, la capacité d'implanter le changement requis et les valeurs dominantes de la société<sup>40</sup>. Ainsi, les résultats de recherches peuvent être complètement ignorés dans le processus décisionnel, malgré un niveau de preuve élevé, si ceux-ci contredisent la position d'un groupe d'intérêt influent. Le contexte et les valeurs dominantes agissent donc sur le processus d'adoption des utilisateurs potentiels.

Un deuxième facteur expliquant la sous-utilisation des résultats de recherches dans l'élaboration de politiques ou de programmes est le fait qu'il existe des différences importantes entre le milieu de la recherche et celui des décideurs politiques. Ces différences nuisent à la communication entre les acteurs des deux communautés. Le milieu politique en est un où le court terme, l'influence et les rapports de force priment alors que le milieu scientifique se fonde davantage sur la rationalité et l'accumulation des connaissances à travers le temps. Le transfert de l'information dans l'univers politique se fait principalement à travers la communication orale alors que l'univers scientifique repose davantage sur une tradition et des règles de publication<sup>41</sup>. Bref, les grandes différences entre ces deux milieux sont : le rapport au temps, un langage différent, des priorités différentes et un manque de compréhension réciproque par rapport aux contraintes de chacun<sup>42,43,44,45</sup>.

---

<sup>40</sup> Pyra, K. (2003). *Knowledge Translation: A Review of the Literature*, Nova Scotia Health Research Foundation : 29 p.

<sup>41</sup> Trottier, L. H. et F. Champagne (2006). *L'utilisation des connaissances scientifiques : au coeur des relations de coopération entre les acteurs*, GRIS, Université de Montréal : 41 p.

<sup>42</sup> Hanney, S. R., M. A. Gonzalez-Block, et coll. (2002). *The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment*. Geneva, World Health Organization : 56 p.

<sup>43</sup> Chase, C. et A. Coburn (1998). "The role of health services research in developing state health policy." *Health Affairs*, 12: 139-151

<sup>44</sup> Anderson, M. et coll. (1999). "The use of research in local health service agencies." *Social Science and Medicine* 49(8): 1007-19.

<sup>45</sup> 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 38 p.

Parmi les éléments facilitant le transfert des connaissances entre les producteurs et les décideurs, on retrouve : des liens de collaboration étroits et continus<sup>46,47,48</sup>, le recours à des intermédiaires tels des courtiers de connaissances pour faciliter l'interaction entre les deux groupes d'acteurs<sup>49,50</sup>, une dissémination proactive de la part des chercheurs, le développement des capacités des utilisateurs à évaluer et apprécier les résultats de recherches<sup>51</sup>.

Dans une revue systématique, Innvaer a relevé les trois éléments les plus fréquemment mentionnés comme facilitant l'utilisation de la recherche par les décideurs : 1- des contacts personnels entre les chercheurs et les décideurs, 2- le moment et la pertinence des résultats de recherches, c'est-à-dire le fait d'arriver au bon moment avec des connaissances qui aident à résoudre des problèmes, et 3- le fait d'inclure un résumé et des recommandations claires<sup>52</sup>.

Notons enfin qu'il n'est pas toujours souhaitable qu'une nouvelle connaissance soit adoptée d'emblée. Dans le cas de recherches sur un nouveau sujet par exemple, il pourrait être hasardeux d'adopter les résultats d'une première recherche sur le sujet. De même, lorsque les résultats de plusieurs recherches sur un même sujet sont divergents, l'adoption d'une pratique en faveur d'un résultat plutôt que d'un autre peut apparaître prématurée. C'est pourquoi les synthèses de connaissances regroupant plusieurs études dont les résultats vont majoritairement dans le même sens sont perçues comme les données les plus utiles à la prise de décision<sup>53</sup>. Les décideurs sont cependant souvent aux prises avec une réalité qui ne leur laisse pas toujours le loisir d'attendre des résultats de recherches qui, pour être concluants, s'échelonnent la plupart du temps sur plusieurs années. Le recours au savoir tacite est alors fort utile.

---

<sup>46</sup> Hanney, S. R., M. A. Gonzalez-Block, et coll. (2002). *The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of Assessment*. Geneva, World Health Organization : 56 p.

<sup>47</sup> Lavis, J. N., S. E. Ross, et coll. (2002). "Examining the role of health services research in public policymaking." *Milbank Quarterly* 80(1) : 125-54.

<sup>48</sup> Elliott, H. et J. Popay (2000). "How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making." *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(6): 461-8.

<sup>49</sup> Dobbins, M., P. Robeson, et coll. (2009). "A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies." *Implementation Science*. 4(23): 1-9.

<sup>50</sup> Lefort, L. et M.-C. Laurendeau (2006). *Une expérience de courtage des connaissances comme stratégie pour favoriser l'utilisation des données probantes en santé publique : volet francophone d'une étude pancanadienne*. Rapport de recherche soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux.

<sup>51</sup> Pyra, K. (2003). *Knowledge Translation: A Review of the Literature*, Nova Scotia Health Research Foundation : 29 p.

<sup>52</sup> Innvaer, S., G. Vist, et coll. (2002). "Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review." *Journal of Health Services Research and Policy* 7(4) : 239-44.

<sup>53</sup> Lavis, J. N., D. Robertson, et coll. (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2): 221-48.

### 3.3.6 L'appropriation des connaissances

L'appropriation réfère au processus par lequel une personne assimile de nouvelles connaissances ou une nouvelle façon de concevoir une problématique et les intègre dans son bagage de connaissances, d'expertises et de savoir-faire.

L'appropriation peut se faire à travers des échanges structurés entre producteurs et utilisateurs, par le biais d'échanges informels à l'intérieur d'une communauté de pratique ou encore par l'intermédiaire d'activités concrètes permettant d'expérimenter une nouvelle façon de faire. Pour être efficaces, ces activités doivent tenir compte des connaissances déjà acquises ainsi que du savoir-faire et des expériences des utilisateurs puisque les nouvelles connaissances passeront en quelque sorte à travers le filtre de leurs propres expériences.

Selon Laquerre<sup>54</sup>, les activités d'appropriation structurées ayant pour objectif d'ajuster un comportement ou une pratique dans un contexte spécifique devraient s'adresser d'abord aux personnes motivées et prêtes à s'engager dans l'expérimentation et dans la mise en application des nouvelles connaissances. De plus, lorsqu'elles requièrent l'acquisition de compétences supplémentaires, les activités d'appropriation exigent un engagement simultané de l'individu et de l'environnement organisationnel<sup>55</sup> et nécessitent souvent la présence d'agents d'appropriation des contenus, dont les fonctions consistent à accompagner et à soutenir les utilisateurs dans la mise en action des connaissances qui leur ont été transmises<sup>56</sup>.

### 3.3.7 L'utilisation des connaissances

La littérature distingue quatre différentes utilisations des connaissances : conceptuelle, instrumentale, symbolique et processuelle<sup>57,58,59,60,61</sup>.

On parle d'**utilisation conceptuelle** lorsque la connaissance produite apporte un éclairage nouveau sur une problématique, ou encore, lorsque la connaissance permet d'approfondir la compréhension de problèmes complexes.

---

<sup>54</sup> Laquerre, C. (2000). « Présentation d'un guide pratique pour structurer le transfert de connaissances ». *Courir deux lièvres dans le champ de l'intervention enfance-famille... ou faire avancer à la fois la science et la pratique. Actes du colloque tenu à Ottawa le 12 mai 1999 dans le cadre du 67<sup>e</sup> congrès de l'Acfas* : 31-35.

<sup>55</sup> Beaudoin, S. et C. Laquerre (2001). *Guide pratique pour structurer le transfert des connaissances*, Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire : Direction du développement de la pratique professionnelle: 67 p.

<sup>56</sup> St-Cyr Tribble, D., Lane J., et coll. (2008). *Le cadre de référence "trans-action" en transfert de connaissances*, Université de Sherbrooke: 39 p.

<sup>57</sup> Innvaer, S., G. Vist, et coll. (2002). "Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review." *Journal of Health Services Research and Policy* 7(4): 239-44.

<sup>58</sup> Lavis, J. N., S. E. Ross, et coll. (2002). "Examining the role of health services research in public policymaking." *Milbank Quarterly* 80(1): 125-54.

<sup>59</sup> Hanney, S. R., M. A. Gonzalez-Block, et coll. (2002). *The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment*. Geneva, World Health Organization: 56 p.

<sup>60</sup> Graham, I. D., J. Logan, et coll. (2006). "Lost in knowledge translation: time for a map?" *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1): 13-24.

<sup>61</sup> Nutley, S. M., I. Walter, et coll. (2007). *Using Evidence: How research can inform public services*. Policy Press.

Dans certains cas, l'accumulation des connaissances changera progressivement les perceptions et permettra d'approfondir les différentes facettes d'une problématique. Ainsi, la production de connaissances sur la prévention du suicide a permis, au fil du temps, de changer les mentalités et a amené les décideurs et les professionnels de la santé à aborder cette problématique non plus du seul point de vue des interventions cliniques et de l'organisation des services, mais aussi, sous l'angle des déterminants de la santé mentale et des actions préventives. C'est le cas également des problématiques sociales et de santé, telles la pauvreté et l'obésité, que l'on n'attribue plus exclusivement à la responsabilité individuelle, mais que l'on explique aussi par l'influence de déterminants plus larges tels que les milieux de vie et l'aménagement urbain. De la même façon, les recherches sur la violence conjugale et sur le harcèlement psychologique au travail ont permis de briser certains préjugés et tabous.

L'utilisation conceptuelle se traduit par l'effet indirect et à long terme de connaissances données sur l'évolution de notre conception d'un enjeu ou d'une réalité. L'influence de ces connaissances se construit au fil du temps et il est souvent difficile de cerner le moment à partir duquel elles ont introduit un changement. Par exemple, le cadre conceptuel introduit dans le "Rapport Lalonde"<sup>62</sup>, diffusé en 1974, permet encore aujourd'hui de mieux comprendre les différentes composantes ayant une influence sur la santé. La Charte d'Ottawa<sup>63</sup>, pour sa part, a élargi notre conception de la « santé » en incluant le concept de « bien-être » et redéfini les grandes lignes de la promotion de la santé. Le cadre conceptuel de l'Organisation panaméricaine de la santé<sup>64</sup> (OPS) a, quant à lui, influencé directement la vision de la santé publique au Québec, et a toujours un impact sur la façon de concevoir le rôle de la santé publique de manière générale.

On parle d'**utilisation instrumentale** lorsque les résultats d'une recherche spécifique, le produit d'une synthèse de connaissances ou des recommandations provenant d'experts sont directement utilisés dans l'élaboration d'une politique, dans la prise de décision ou dans le processus de résolution d'un problème. Par exemple, les avis et recommandations de santé publique sur des thématiques pointues ont parfois un effet sur les lois et règlements. Ce fut le cas, entre autres, d'une mesure proposée dans une synthèse de connaissances produite par l'INSPQ concernant la vitesse au volant<sup>65</sup> qui a contribué à la modification du Code de la route en obligeant l'utilisation de systèmes limiteurs de vitesse dans les véhicules utilitaires<sup>66</sup>. La décision de mettre sur pied le Programme québécois de dépistage du cancer du sein suite, entre autres, aux recommandations du Conseil d'évaluation des technologies de la

---

<sup>62</sup> Rapport Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, 1974.

<sup>63</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

<sup>64</sup> Pan American Health Association (2003). *Public health in the Americas: conceptual renewal performance assessment and bases for action*, PAHO Scientific Publications, No. 589.

<sup>65</sup> INSPQ (2005). *La vitesse au volant : son impact sur la santé et des mesures pour y remédier - Synthèse des connaissances*, 130 p.

<sup>66</sup> Loi modifiant le Code de la route relativement à l'utilisation de systèmes limiteurs de vitesse dans les véhicules utilitaires, [http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/statutes/french/2008/elaws\\_src\\_s08008\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/statutes/french/2008/elaws_src_s08008_f.htm).

santé<sup>67</sup> est un autre exemple. Et de façon générale, on peut dire que les guides de pratiques<sup>68</sup> sont conçus pour que les cliniciens en fassent une utilisation instrumentale.

Il arrive qu'un document soit utilisé de différentes façons. C'est le cas du modèle élaboré par l'Organisation panaméricaine de la santé<sup>69</sup> (OPS) qui, en plus d'avoir été utilisé de façon conceptuelle, l'a aussi été de façon instrumentale pour évaluer le rendement des systèmes de santé publique. Il a amené les États membres de l'OPS à respecter leurs engagements en matière de santé publique et à se doter d'une capacité nationale de surveillance et d'infrastructure sanitaire. Au Québec, il a été utilisé pour structurer les éléments fondamentaux du PNSP.

L'**utilisation symbolique ou stratégique** réfère à une utilisation (parfois sélective) des résultats de la recherche dans le but de légitimer et soutenir des positions déjà prises ou pour construire un argumentaire pour l'action.

L'utilisation de données populationnelles (ex. : espérance de vie ou taux de mortalité) pour justifier la pertinence d'agir sur un problème ou mettre en place de nouveaux programmes constitue un exemple d'utilisation stratégique des connaissances.

Le fait de s'appuyer sur des analyses comparatives en provenance d'autres pays pour faire passer une idée ou pour soutenir un développement budgétaire est une autre forme d'utilisation symbolique. Par exemple, on s'est appuyé sur des données provenant de l'Allemagne, des Pays-Bas, de la Norvège et de la Suède pour démontrer que les allocations familiales peuvent aider à combattre la pauvreté dans laquelle vivent certains enfants.

Dans les cas où les résultats de recherches sont divergents ou non concluants ou dans les cas où les décisions sont déjà prises, le fait de ne retenir que les analyses qui viennent appuyer les propositions mises de l'avant est également considéré comme une utilisation symbolique — souvent contestée — des connaissances.

L'**utilisation processuelle** fait référence à l'impact du processus de la recherche sur les participants. En effet, le simple fait de s'impliquer dans une recherche ou dans un projet d'évaluation amène des changements dans la façon de penser et d'agir des participants (chercheurs, praticiens ou gestionnaires). Cela peut en retour avoir des effets positifs sur la recherche ou sur les résultats des programmes évalués<sup>70</sup>. L'évaluation du PNSP, par exemple, repose sur la participation des acteurs de santé publique des niveaux national, régional et local aux différentes étapes du processus (de la collecte des données à leur analyse et à leur utilisation dans les plans d'action régionaux et locaux). Les résultats de ces travaux sont mis en application dans la mise à jour du programme. Le ministère de la Santé et des Services Sociaux, pour sa part, constitue de plus en plus souvent des comités de suivi

---

<sup>67</sup> Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1989), *Dépistage du cancer du sein au Québec : Documents de référence 1 et 2*, Montréal. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (1990), *Dépistage du cancer du sein au Québec : estimations des coûts et des effets sur la santé*, Montréal.

<sup>68</sup> Ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs par exemple.

<sup>69</sup> Pan American Health Association (2003). *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal Performance Assessment and Bases for Action*, PAHO Scientific Publications, No. 589.

<sup>70</sup> Nutley, S. M., I. Walter, et coll. (2007). *Using Evidence: How research can inform public services*, Policy Press.

en lien avec les projets de recherche subventionnés ou commandités. Ces comités sont composés de chercheurs et de décideurs qui interagissent et échangent de façon continue au cours de la réalisation du projet de recherche pour y apporter des ajustements au besoin.

Ces différents types d'utilisation des connaissances s'expliquent en partie par la nature des connaissances produites (plus ou moins théoriques), par l'état des connaissances au moment où elles sont utilisées (plus ou moins développées), par la convergence ou non des résultats de recherches et par la complexité du sujet à traiter. Une connaissance plus théorique aura davantage de probabilité d'être utilisée de façon conceptuelle, même si elle peut aussi être utilisée de façon instrumentale. Une problématique simple et jugée prioritaire pour laquelle il existe des résultats de recherches concluants et non controversés (ex. : le dépistage sanguin de l'hypothyroïdie congénitale chez le nouveau-né) favorisera une utilisation plus directe de ces résultats. À l'inverse, une problématique vaste et complexe (ex. : la lutte contre la pauvreté) dont les résultats de recherches sont divergents ou peu concluants exigera une plus grande mobilisation de toutes les informations susceptibles d'éclairer la situation, incluant les savoirs d'expertise.

### **3.3.8 L'appréciation des retombées**

Étant donné les ressources considérables et les efforts importants pouvant être investis dans la planification et la réalisation d'un processus de transfert des connaissances, il apparaît essentiel de vérifier si ces investissements auront porté fruit. C'est pourquoi il importe de se demander tout au long du processus si les connaissances transférées ont été facilement accessibles, bien comprises des publics cibles, si elles ont été utilisées et, le cas échéant, si cela a engendré les changements souhaités. Toutefois, les réponses à ces questions sont complexes. Comme nous l'avons vu, l'utilisation des connaissances est un processus en évolution constante et s'échelonnant sur une période plus ou moins longue. Conséquemment, les retombées qui en découlent peuvent être variées, survenir à différents moments du processus de transfert, et parfois même, se produire de manière inattendue.

Il n'y a pas de consensus entre les chercheurs sur la meilleure façon de procéder pour évaluer les retombées de l'utilisation des connaissances. Que faut-il évaluer : le processus de transfert, c'est-à-dire l'adéquation entre les objectifs, les besoins des publics cibles et les stratégies retenues, ou les résultats produits? Doit-on considérer chacune des formes d'utilisation (conceptuelle, instrumentale, symbolique et processuelle)? Et si oui, comment le faire et quelle période de temps faut-il considérer?

Ainsi, bien que la pertinence d'apprécier les retombées du transfert des connaissances fasse consensus, la capacité de le faire demeure encore limitée. De nouvelles études sont nécessaires pour développer des méthodes de mesure rigoureuses des impacts et des retombées, ainsi que pour évaluer l'efficacité des stratégies de transfert.

Malgré l'absence d'instruments de mesure éprouvés, il est conseillé de faire le point régulièrement sur le processus en interrogeant les acteurs impliqués pour recueillir leurs commentaires, en distribuant des fiches d'évaluation lors des activités de transfert, et en maintenant des interactions continues avec le ou les publics cibles afin de documenter les changements rapportés ou observés sur le plan de leurs connaissances, de leurs attitudes et de leurs pratiques. De même, préciser, dès le début, les retombées souhaitées contribue à définir l'étendue du processus de transfert à réaliser, et fournit des indicateurs de progrès et/ou de résultats pouvant servir de point de comparaison.

#### MESSAGE CLÉ

L'utilisation d'une nouvelle connaissance est un *processus* dynamique et interactif, parfois relativement prévisible, mais la plupart du temps complexe, imprévisible et s'échelonnant sur une période plus ou moins longue. On comprend dès lors les défis que représentent l'évaluation de l'utilisation des connaissances et l'appréciation de ses retombées.

### 3.4 LES DÉTERMINANTS DU PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

La littérature fait état d'un nombre important de facteurs pouvant influencer le processus de transfert des connaissances.

Le tableau 2 présente une première classification de ces facteurs à partir des étapes présentées dans la section précédente. Ce tableau permet de se questionner, à chaque étape, sur les actions à mettre en œuvre pour faciliter le transfert des connaissances ou pour contrer les obstacles possibles.

Les déterminants du transfert des connaissances peuvent également être classifiés en tenant compte des connaissances transférées, des acteurs concernés ainsi que des organisations impliquées.

#### 3.4.1 Les déterminants liés aux connaissances

Les caractéristiques suivantes liées aux connaissances transférées peuvent favoriser le processus de transfert et l'utilisation de ces connaissances : l'adéquation entre les connaissances produites et les besoins des utilisateurs, la qualité des connaissances produites et leur accessibilité, leur pertinence, leur utilité et leur applicabilité, ainsi que le format et le langage utilisé lors du transfert.

**Tableau 2 Déterminants du processus de transfert des connaissances**

ÉTAPES	FACTEURS FAVORISANT LE TRANSFERT
<b>Production</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Caractéristiques du producteur : réputation, expérience, crédibilité, implication dans des réseaux.</li> <li>→ Adéquation entre les connaissances produites et les besoins des utilisateurs : pertinence, utilité et prise en compte des préoccupations des utilisateurs.</li> <li>→ Implication d'utilisateurs et de décideurs au processus de production des connaissances.</li> <li>→ Qualité des connaissances produites (démarche rigoureuse, valide et fiable).</li> <li>→ Ressources mises à la disposition du producteur (temps, équipements, financement).</li> <li>→ Contexte de production : politique de soutien à la recherche, politique de transfert de connaissances, appui des organismes subventionnaires et présence d'agents et d'organismes relayeurs.</li> </ul>
<b>Adaptation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Adaptation des connaissances aux caractéristiques, exigences, niveaux et profils des utilisateurs.</li> <li>→ Clarté et accessibilité du langage.</li> <li>→ Politiques de soutien à la vulgarisation des connaissances.</li> <li>→ Accès à des ressources de communication et à des experts en vulgarisation.</li> </ul>
<b>Diffusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Supports utilisés pour le transfert : nature, attrait, convivialité (papier, fichier téléchargeable, etc.)</li> <li>→ Choix de canaux de diffusion (guides, périodiques, Internet, etc.).</li> <li>→ Élaboration d'une stratégie de diffusion.</li> <li>→ Existence de réseaux (réseaux de recherche, communautés de pratique, etc.).</li> <li>→ Présence et implication d'agents et d'organismes relayeurs (ex. : services de communication).</li> <li>→ Contexte de diffusion : politique de soutien à la diffusion des connaissances, appui des organismes subventionnaires, accès à des ressources.</li> </ul>
<b>Réception</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Existence d'agents de liaison et d'organismes relayeurs (choix du bon messager).</li> <li>→ Accès aux connaissances produites (présence d'un centre de documentation, accès à Internet, etc.).</li> <li>→ Caractéristiques des utilisateurs : intérêt à court terme, âge, niveau d'éducation et motivation des utilisateurs.</li> </ul>
<b>Adoption</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Utilité perçue des connaissances transférées au moment du transfert.</li> <li>→ Correspondance entre les connaissances produites et les problèmes à résoudre.</li> <li>→ Interaction (fréquence et qualité) entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances.</li> </ul>
<b>Appropriation et utilisation des connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Perception de l'utilité des connaissances et de la crédibilité des connaissances produites.</li> <li>→ Caractéristiques des utilisateurs : niveau d'éducation, formation reçue, expériences antérieures de recherche, valeur positive accordée aux connaissances scientifiques, motivation personnelle à s'approprier et à utiliser les connaissances, capacité à comprendre et à utiliser les connaissances, avantages escomptés.</li> <li>→ Contexte organisationnel : soutien des pairs et de l'organisation, charge de travail, marge de décision, climat de travail, présence de champions et de leaders qui soutiennent le changement, disponibilité de ressources internes, etc.</li> </ul>

Inspiré de Faye C., Lortie M., Desmarais L. (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.

### 3.4.2 Les déterminants liés aux acteurs

Sur le plan individuel, les principaux facteurs liés aux producteurs de connaissances sont : leur statut, leur crédibilité, leur réputation, leur expérience, leur implication dans des réseaux, leur intérêt pour les activités de transfert et leur capacité à interagir avec différents publics.

Chez les utilisateurs, le manque d'expérience dans l'application de connaissances au contexte professionnel, une difficulté à analyser de façon critique les connaissances transférées ou une attitude négative envers le changement font partie des obstacles à l'utilisation de nouvelles connaissances. Par contre, le fait d'accorder une valeur positive à la recherche, un niveau d'éducation élevé, le fait d'avoir déjà participé à une démarche scientifique, des expériences positives d'utilisation de connaissances similaires et une motivation élevée pour s'approprier une nouvelle connaissance sont des facteurs favorisant le processus de transfert des connaissances.

### 3.4.3 Les déterminants liés aux caractéristiques organisationnelles

Une culture organisationnelle qui n'encourage pas la recherche et l'innovation, le manque de temps pour réviser la littérature, le manque d'autonomie ou de marge de manoeuvre pour adopter de nouvelles connaissances, le manque de ressources pour les appliquer et la résistance au changement sont des obstacles de nature organisationnelle que les stratégies de transfert ne sont pas toujours en mesure de contrer.

D'autre part, la culture et le système de promotion du milieu universitaire valorisent la publication d'articles dans les revues scientifiques et considèrent souvent comme marginales les activités de transfert des connaissances à l'extérieur du milieu scientifique.

#### MESSAGES CLÉS

Les nombreux facteurs qui influent sur le transfert des connaissances interagissent entre eux et le poids relatif de chacun d'eux dépend en grande partie du contexte dans lequel les connaissances seront utilisées. Par exemple, présenter des résultats de recherches de façon plus conviviale est certainement un pas important qui favorise la réception des connaissances, mais ne réussira pas à annuler les effets des enjeux politiques lors de l'élaboration de politiques publiques.

.....

Les stratégies de transfert ne peuvent à elles seules contourner tous les obstacles à l'utilisation des connaissances. Certaines solutions relèvent en effet plutôt du domaine de la gestion des connaissances qui doit se faire à l'intérieur des organisations et qui touche à la fois la culture de l'organisation, les connaissances explicites et tacites, les processus facilitant la mise en commun de ces connaissances et la technologie essentielle à la gestion des données et au partage des connaissances<sup>71</sup>. Accroître la capacité d'assimilation des connaissances du personnel ou allouer suffisamment de ressources financières et technologiques pour réduire les problèmes d'accès à la documentation sont des stratégies de gestion des connaissances qui facilitent le transfert des connaissances.

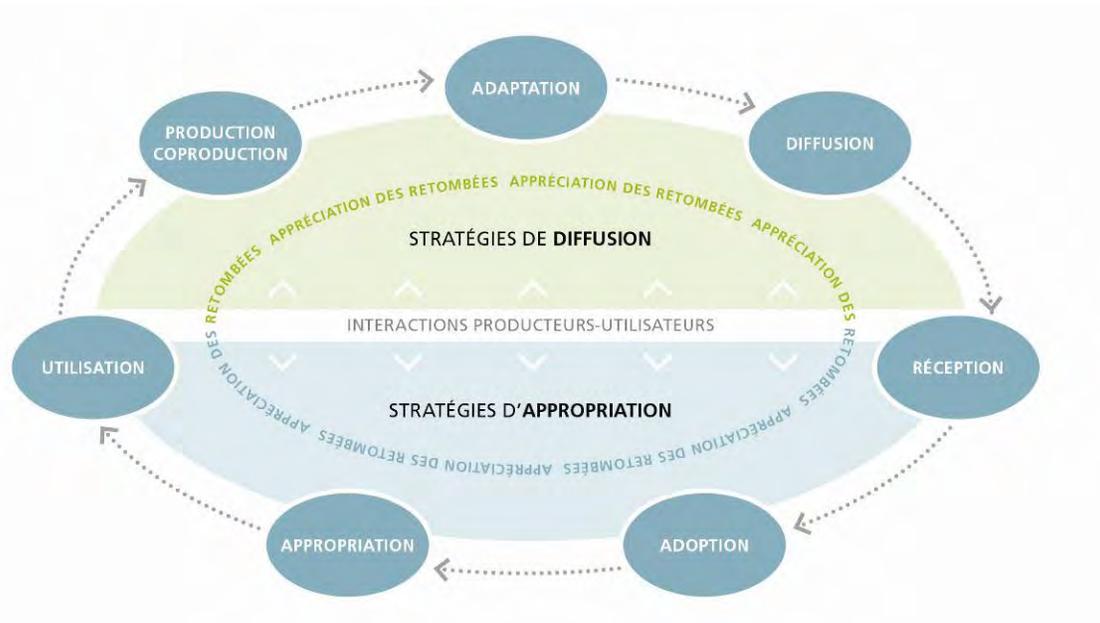
<sup>71</sup> Dubois, N. et T. Wilkerson (2008). *Gestion des connaissances : un document d'information pour le développement d'une stratégie de gestion des connaissances pour la santé publique*, Centre de Collaboration Nationale des Méthodes et Outils : 54 p.

### 3.5 LES STRATÉGIES DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Les stratégies de transfert des connaissances doivent s'ajuster en fonction du type de connaissances à transférer (résultats de recherches, consensus d'experts, données analysées utiles à la planification, etc.). De même, elles doivent tenir compte des objectifs à atteindre (sensibilisation, adoption d'une nouvelle vision, soutien à la décision, changement d'une pratique professionnelle, changement d'habitudes de vie dans une population) ainsi que des obstacles et des facteurs facilitant l'utilisation des connaissances de chacun des publics cibles que l'on cherche à rejoindre (praticiens, gestionnaires, décideurs, usagers, grand public, etc.). Il n'existe donc pas de stratégie de transfert des connaissances éprouvée qui pourrait convenir dans toutes les situations.

Cela dit, le découpage du processus de transfert permet de regrouper en deux grandes catégories les stratégies de transfert des connaissances, tel qu'illustré à la figure 5 : 1- les stratégies de diffusion qui ont pour objectif premier de rendre *compréhensibles* et *accessibles* les nouvelles connaissances afin de rejoindre efficacement les groupes d'acteurs concernés, et 2- les stratégies d'appropriation qui ont pour objectif premier de *faciliter l'intégration et l'application* des connaissances dans un contexte donné<sup>72</sup>.

**Figure 5 Les deux grandes catégories de stratégies de transfert des connaissances**



<sup>72</sup> Les stratégies de diffusion interpellent les services de communication et les spécialistes de la vulgarisation alors que les activités d'appropriation interpellent plutôt les services de formation et nécessitent souvent le soutien de spécialistes de contenu.

Complémentaires, les stratégies de diffusion et d'appropriation ont des portées différentes. Les premières favorisent la réception des connaissances, mais sont reconnues comme insuffisantes pour susciter l'utilisation concrète des connaissances dans la pratique<sup>73,74,75</sup>. Les stratégies d'appropriation, quant à elles, exigent un plus grand engagement des acteurs et des organisations impliqués.

Par ailleurs, les stratégies de diffusion plus linéaires ont l'avantage de rejoindre un public très large alors que les stratégies plus interactives ne rejoignent qu'un certain nombre de personnes à la fois et impliquent un plus grand investissement de temps et d'argent. La figure 6 illustre ce rapport. Plus on se situe au haut de la pyramide de gauche, plus les activités sont unidirectionnelles, moins elles demandent de temps et de ressources humaines alors que plus on descend vers le bas de la pyramide, plus les activités demandent une grande implication de tous les participants. Les ressources disponibles pour les activités de transfert, les objectifs visés par le transfert, les collaborations possibles (avec des centres de liaison, par exemple), le type de connaissances à transférer et les clientèles à rejoindre orienteront donc le choix des activités à retenir.

**Figure 6 Interaction requise par différentes stratégies de transfert**



Inspiré de Zarinpoush, F., S. Von Sycowski, et coll. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada, p. 13.

<sup>73</sup> St-Cyr Tribble, D., Lane J., et coll. (2008). *Le cadre de référence "trans-action" en transfert de connaissances*, Université de Sherbrooke: 39 p.

<sup>74</sup> Bero, L. A., R. Grilli, et coll. (1998). "Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group." *British Medical Journal* 317(7156): 465-8.

<sup>75</sup> Davis, D. A. et A. Taylor-Vaisey (1997). "Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines." *Canadian Medical Association Journal* 157(4): 408-16.

Dans tous les cas cependant, un minimum d'interaction avec des utilisateurs est recommandé puisque le développement de liens de collaboration plus étroits entre les utilisateurs et les producteurs des connaissances est considéré comme une condition susceptible d'accroître l'utilisation des connaissances<sup>76,77,78</sup>. Les expériences de collaboration permettent en effet aux producteurs d'anticiper les besoins des utilisateurs, d'être à l'affût des problématiques émergentes et d'en tenir compte dans le développement de leur programmation de recherche ou de produits de connaissances<sup>79</sup>.

Pour favoriser la création de liens entre producteurs et utilisateurs, plusieurs stratégies peuvent être mises en place : impliquer les utilisateurs dans la définition du problème, organiser des rencontres fréquentes et régulières, présenter conjointement les résultats du travail de collaboration, participer à des ateliers conjoints, avoir recours à des courtiers de connaissances, etc. Une des limites de la stratégie favorisant le maintien de liens étroits et soutenus entre producteurs et utilisateurs est qu'elle est souvent onéreuse et qu'elle doit nécessairement s'exercer dans un univers restreint; les contraintes de temps des producteurs et des utilisateurs ne leur permettant pas de développer des rapports interpersonnels avec un grand nombre d'interlocuteurs à la fois. Cette approche peut toutefois s'avérer fort pertinente lorsqu'il s'agit d'influencer des responsables de politiques publiques ou des décideurs, en particulier sur des questions qui les préoccupent ou devraient les préoccuper, ou encore pour influencer sur les objets d'étude des chercheurs en lien, par exemple, avec les besoins de territoires ou de sous-groupes de population spécifiques. Une étude a conclu par ailleurs que les échanges précoces et continus entre chercheurs et décideurs ne sont pas essentiels à l'application de tous les résultats de recherches et que c'est parfois lorsque la production tire à sa fin que l'interaction entre les producteurs et les décideurs est la plus bénéfique<sup>80</sup>. C'est le cas, entre autres, des études qui retiendront l'attention du public et des médias et qui, par conséquent, demanderont un positionnement de la part des décideurs politiques.

Tout ce qui précède amène plusieurs auteurs à conclure qu'une approche de transfert des connaissances qui emploie une combinaison de stratégies afin de rejoindre, de la façon la plus appropriée, chacun des publics cibles, serait, selon toute vraisemblance, l'approche la plus efficace<sup>81,82</sup>.

---

<sup>76</sup> Kothari, A., S. Birch, et coll. (2005). "'Interaction' and research utilisation in health policies and programs: does it work?" *Health Policy* 71(1): 117-25.

<sup>77</sup> Lavis, J. N., D. Robertson, et coll. (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2): 221-48.

<sup>78</sup> Innvaer, S., G. Vist, et coll. (2002). "Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review." *Journal of Health Services Research and Policy* 7(4): 239-44.

<sup>79</sup> McBride, T., A. Coburn, et coll. (2008). "Bridging health research and policy: effective dissemination strategies." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 150-4.

<sup>80</sup> Ginsburg, L. R., S. Lewis, et coll. (2007). "Revisiting interaction in knowledge translation." *Implementation Science* 2: 34.

<sup>81</sup> Kothari, A., S. Birch, et coll. (2005). "'Interaction' and research utilisation in health policies and programs: does it work?" *Health Policy* 71(1): 117-25.

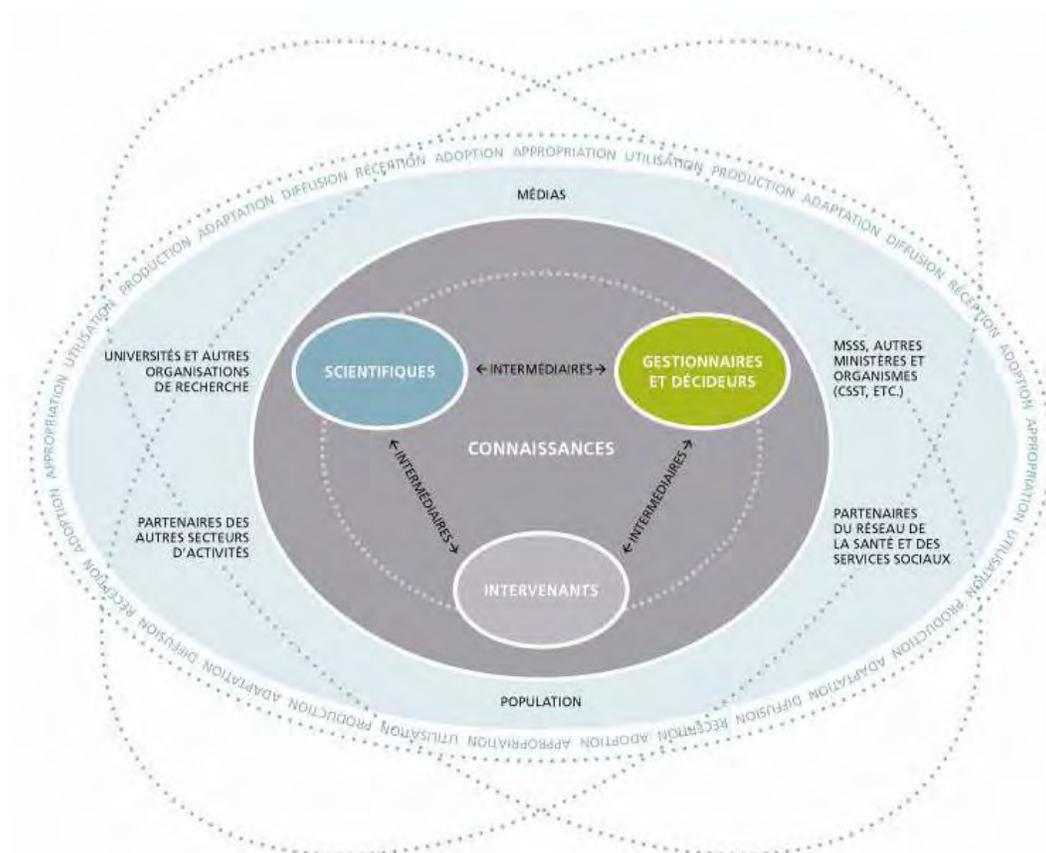
<sup>82</sup> Mueller, N. B., R. C. Burke, et coll. (2008). "Getting the word out: multiple methods for disseminating evaluation findings." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 170-6.

## 4 DYNAMIQUE DU PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Un des enjeux en matière de gestion et d'utilisation des connaissances est de savoir conjuguer de façon judicieuse et équilibrée les différents types de connaissances afin de prendre la meilleure décision, en tenant compte du contexte des acteurs impliqués. Et pour les responsables du transfert des connaissances, un des grands défis est de réussir à s'introduire efficacement à l'intérieur des processus de réflexion et d'action afin de transmettre les bonnes connaissances dans le bon format aux bonnes personnes et au bon moment.

La figure 7 met en lien les différentes composantes présentées dans les sections précédentes (connaissances utiles aux actions de santé publique, acteurs, partenaires et intermédiaires impliqués, rôle des principaux groupes d'acteurs, étapes du processus de transfert) afin d'illustrer la dynamique processuelle qui caractérise le transfert des connaissances.

**Figure 7** Conceptualisation du processus global de transfert des connaissances



Au centre se trouvent les connaissances utiles aux actions de santé publique, soit les connaissances issues de la recherche, celles issues des savoirs tacites et des données analysées.

Autour des connaissances interagissent les acteurs les plus directement impliqués dans la production, le relais et l'utilisation de ces connaissances, soit les scientifiques, les gestionnaires et décideurs, les intervenants ainsi que les différents intermédiaires qui facilitent le lien et les interactions entre ces trois principaux groupes d'acteurs. Légèrement en périphérie se retrouvent les partenaires du réseau de la santé et des milieux universitaires, les partenaires des autres secteurs d'activités, ainsi que la population et les médias.

Autour du noyau central s'enlacent et s'interconnectent des anneaux qui représentent les différentes étapes du processus de transfert. Ils sont multiples pour faire ressortir le fait que plusieurs processus de transfert peuvent se dérouler simultanément en impliquant parfois des acteurs différents, parfois les mêmes acteurs.

Étant donné ces différentes composantes à considérer, plusieurs auteurs recommandent d'utiliser une grille ou un plan pour guider l'élaboration du processus de transfert des connaissances à mettre en œuvre. Il est également très utile d'identifier, dès le départ, qui sera responsable de l'ensemble de la démarche. La mise sur pied d'une équipe de responsables du transfert des connaissances chargée d'établir un plan de travail général et d'effectuer des suivis constants permet de bien orienter le processus, de le réorienter au besoin, et de façon générale, de voir à son bon déroulement.

Un outil conçu pour soutenir l'animation d'un processus dynamique de transfert des connaissances est proposé à l'annexe 1. Cet outil a été développé pour aider les individus et les organisations à maximiser l'impact de leurs stratégies de transfert de connaissances. Il tient compte de l'ensemble des composantes du processus de transfert présentées dans le bilan qui précède, et comprend une liste de questions qui permet à toute personne appelée à réaliser un tel processus (producteurs, responsables de transfert de connaissances, relayeurs et facilitateurs) de se positionner et d'élaborer des stratégies adaptées aux différentes étapes. Un aide-mémoire résumant l'ensemble du processus de transfert en un coup d'œil est suggéré à l'annexe 2.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aita, M., M. C. Richer, et coll. (2007). "Illuminating the processes of knowledge transfer in nursing." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 4(3): 146-55.
- Almeida, C. et E. Bascolo (2006). "Use of research results in policy decision making, formulation and implementation: A review of the literature." *Cad Saude Publica* 22(Suppl): S7-S33.
- Amara, N., M. Ouimet, et coll. (2004). "New Evidence on Instrumental, Conceptual and Symbolic Utilization of University Research on Government Agencies." *Science Communication* 26(1): 75-107.
- Anderson, M. et coll. (1999). "The use of research in local health service agencies." *Social Science and Medicine* 49(8): 1007-19.
- Armstrong, R., E. Waters, et coll. (2006). "The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health." *Journal of Public Health (Oxf)* 28(4): 384-9.
- Baker, D. I., M. B. King, et coll. (2005). "Dissemination of an evidence-based multicomponent fall risk-assessment and -management strategy throughout a geographic area." *Journal of American Geriatrics Society* 53(4): 675-80.
- Beaudoin, S. et C. Laquerre (2001). *Guide pratique pour structurer le transfert des connaissances*, Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire: Direction du développement de la pratique professionnelle: 67 p.
- Belkhodja, O. N. Amara et coll. (2007). "The extent and organizational determinants of knowledge utilization in Canadian health services organizations." *Science Communication* 28(3): 377-417.
- Bero, L. A., R. Grilli, et coll. (1998). "Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group." *British Medical Journal* 317(7156): 465-8.
- Berwick, D. M. (2003). "Disseminating innovations in health care." *Journal of the American Medicine Association* 289(15): 1969-75.
- Bostrom, A. M., K. N. Kajermo, et coll. (2008). "Barriers to research utilization and research use among registered nurses working in the care of older people: Does the BARRIERS Scale discriminate between research users and non-research users on perceptions of barriers?" *Implementation Science* 3: 24.
- Bowen, S. et P. Martens (2005). "Demystifying knowledge translation: learning from the community." *Journal of Health Services Research and Policy* 10(4): 203-11.
- Brousselle, A., D. Contandriopoulos, et coll. (2009). *Why we should use logic analysis for evaluating knowledge transfer interventions*. Montréal, Canada, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS).
- Brown, J. H. (2004). "Facilitating Research utilization: A cross-sector review of research evidence." *The International Journal of Public Sector Management* 17(6): 534-552.

Brownson, R. C., J. G. Gurney, et coll. (1999). "Evidence-based decision making in public health." *Journal of Public Health Management and Practice* 5(5): 86-97.

Cameron, D. N. et T. Huerta (2006). "Knowledge transfer & exchange through social networks: building foundations for a community of practice within tobacco control." *Implementation science* 1: 20.

Cargo, M. et S. L. Mercer (2008). "The value and challenges of participatory research: strengthening its practice." *Annual Review of Public Health* 29: 325-50.

Chagnon, F. et C. Malo (2006). "L'application des connaissances scientifiques à l'intervention auprès des jeunes et des familles: conjuguer savoir empirique, clinique et expérientiel." *Défi jeunesse, Revue du Conseil multidisciplinaire du CJM-IU* 12: p. 29-35.

Champion, V. L. et A. Leach (1989). "Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation." *Journal of Advanced Nursing* 14(9): 705-10.

Chase, C. et A. Coburn (1998). "The role of health services research in developing state health policy." *Health Affairs*, 12: 139-151.

Choi, B. C., T. Pang, et coll. (2005). "Can scientists and policy makers work together?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(8): 632-7.

Chunharas, S. (2006). "An interactive integrative approach to translating knowledge and building a "learning organization" in health services management." *Bulletin of the World Health Organization* 84(8):652-7.

Ciliska, D., S. Hayward, et coll. (1999). "Transferring public-health nursing research to health-system planning: assessing the relevance and accessibility of systematic reviews." *Canadian Journal of Nursing Research* 31(1): 23-36.

Ciliska, D., H. Thomas, et coll. (2008). *Introduction au concept de santé publique fondée sur des preuves et Recueil d'outils d'évaluation critique pour la pratique en santé publique*, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils: 22 p.

Colditz, G. A. (2002). "Disseminating research findings into public health practice." *Cancer Causes Control* 13(6): 503-4.

Comprehensive School Health Research (2005). *The Better Practices Model Resource Guide: Informing Researchers, Policy Makers and Organizations*. Prince Edward Island, Canada.: 70 p.

Colditz, G. A., K. M. Emmons, et coll. (2008). "Translating science to practice: community and academic perspectives." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 144-9.

Craik, J. et S. Rappolt (2006). "Enhancing research utilization capacity through multifaceted professional development." *American Journal of Occupational Therapy* 60(2): 155-64.

Craik, J. et S. Rappolt (2003). "Theory of research utilization enhancement: a model for occupational therapy." *Canadian Journal of Occupational Therapy* 70(5): 266-75.

Crewe, E. et J. Young (2002). *Bridging research and policy: context, evidence and links*. Working Paper 173. Overseas Development Institute: 25 p.

- Cummings, G.G., C.A. Estabrooks, et coll. (2007). "Influence of organizational characteristics and context on research utilization." *Nursing Research* 56(4 Suppl): S24-39.
- Cunningham-Sabo, L., W. R. Carpenter, et coll. (2007). "Utilization of prevention research: searching for evidence." *American Journal of Preventive Medicine* 33(1 Suppl): S9-S20.
- Dagenais, C. et M. Janosz (2008). *Étude des besoins des chercheurs de l'Université de Montréal en matière de transfert de connaissances issues de la recherche*: Rapport présenté au regroupement Valorisation de l'innovation et du capital intellectuel, Université de Montréal.
- Davies, H., S. Nutley, et coll. (2008). "Why 'knowledge transfer' is misconceived for applied social research." *Journal of Health Services Research and Policy* 13(3): 188-90.
- Davies, H. T. O., S. M. Nutley, et coll. (2000). *What Works? Evidence-based policy and practice in public services*. Bristol, The Policy Press.
- Davis, D. A. et A. Taylor-Vaisey (1997). "Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines." *Canadian Medical Association Journal* 157(4): 408-16.
- Davis, D. A., M. A. Thomson, et coll. (1992). "Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials." *Journal of the American Medicine Association* 268(9): 1111-7.
- Davis, D., M. Evans, et coll. (2003). "The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect." *British Medical Journal* 327(7405): 33-5.
- Davis, S. M., J. C. Peterson, et coll. (2007). "Introduction and conceptual model for utilization of prevention research." *American Journal of Preventive Medicine* 33(1 Suppl): S1-5.
- Davy, C. (2006). "Recipients: the key to information transfer." *Knowledge Management Research and Practice* 4: 17-25.
- Dearing, J. W. (2008). "Evolution of diffusion and dissemination theory." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 99-108.
- Denis, J. L., P. Lehoux, et coll. (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 Suppl 2: 44-50.
- Denis, J. L. et J. Lomas (2003). "Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research." *Journal of Health Services Research and Policy* 8 Suppl 2: 1-6.
- Denis, J. L., J. Lomas, et coll. (2008). "Creating receptor capacity for research in the health system: the Executive Training for Research Application (EXTRA) program in Canada." *Journal of Health Services Research and Policy* Suppl 1: 1-7.
- Dobbins, M., D. Ciliska, et coll. (2002). "A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice." *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 9.
- Dobbins, M., R. Cockerill, et coll. (2001). "Factors affecting the utilization of systematic reviews. A study of public health decision makers." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 17(2): 203-14.

Dobbins, M., R. Cockerill, et coll. (2001). "Factors of the innovation, organization, environment, and individual that predict the influence five systematic reviews had on public health decisions." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 17(4): 467-78.

Dobbins, M., K. DeCorby, et coll. (2004). "A knowledge transfer strategy for public health decision makers." *Worldviews on Evidence- Based Nursing* 1(2): 120-8.

Dobbins, M., S. Jack, et coll. (2007). "Public health decision-makers' informational needs and preferences for receiving research evidence." *Worldviews on Evidence- Based Nursing* 4(3): 156-63.

Dobbins, M., P. Robeson, et coll. (2009). "A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies." *Implementation science*. 4: 23.

Dobbins, M., P. Rosenbaum, et coll. (2007). "Information transfer: what do decision makers want and need from researchers?" *Implementation Science* 2: 20.

Dobbins, M., H. Thomas, et coll. (2004). "Use of systematic reviews in the development of new provincial public health policies in Ontario." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 20(4): 399-404.

Dobrow, M. J., V. Goel, et coll. (2004). "Evidence-based health policy: context and utilisation." *Social Science and Medicine* 58(1): 207-17.

Dobrow, M. J., V. Goel, et coll. (2006). "The impact of context on evidence utilization: a framework for expert groups developing health policy recommendations." *Social Science and Medicine* 63(7): 1811-24.

Dreisinger, M., T. L. Leet, et coll. (2008). "Improving the public health workforce: evaluation of a training course to enhance evidence-based decision making." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 138-43.

Dubois, N. et T. Wilkerson (2008). *Gestion des connaissances: un document d'information pour le développement d'une stratégie de gestion des connaissances pour la santé publique*, Centre de Collaboration Nationale des Méthodes et Outils: 54 p.

Duperré, M. (2006). "Innovations sociales dans les organismes communautaires : facteurs intervenant dans le processus de transfert des connaissances." *Cahiers du centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES)* Collection Études théoriques - no. ET0603.

Dzewaltowski, D. A., R. E. Glasgow, et coll. (2004). "RE-AIM: evidence-based standards and a Web resource to improve translation of research into practice." *Annals of Behavioral Medicine* 28(2): 75-80.

Ebener, S., A. Khan, et coll. (2006). "Knowledge mapping as a technique to support knowledge translation." *Bulletin of World Health Organization* 84(8): 636-42.

Eccles, M., J. Grimshaw, et coll. (2005). "Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings." *Journal of Clinical Epidemiology* 58(2): 107-12.

- Elliott, H. et J. Popay (2000). "How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making." *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(6): 461-8.
- Emshoff, J. G. (2008). "Researchers, practitioners, and funders: using the framework to get us on the same page." *American Journal of Community Psychology* 41(3-4): 393-403.
- Estabrooks, C. A., J. A. Floyd, et coll. (2003). "Individual determinants of research utilization: a systematic review." *Journal of Advance Nursing* 43(5): 506-20.
- Estabrooks, C. A. (1999). "Modeling the individual determinants of research utilization." *Western Journal of Nursing Research* 21(6): 758-72.
- Fafard, P. (2008). *Données probantes et politiques publiques favorables à la santé: pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé: 31 p.
- Faye, C., M. Lortie, et coll. (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.
- Fielding, J. E., J. S. Marks, et coll. (2002). "How do we translate science into public health policy and law?" *Journal of Law Medicine and Ethics* 30(3 Suppl): 22-32.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2005). *Tirer avantages des connaissances: outils et stratégies: Rapport sur le septième atelier annuel*, FCRSS: 25 p.
- Frank, J., E. Di Ruggiero, et coll. (2007). "Developing knowledge translation capacity in public health: the role of the National Collaborating Centres." *Canadian Journal of Public Health* 98(4): 1-1-12.
- Franx, G., H. Kroon, et coll. (2008). "Organizational change to transfer knowledge and improve quality and outcomes of care for patients with severe mental illness: a systematic overview of reviews." *Canadian Journal of Psychiatry* 53(5): 294-305.
- Funk, S. G., E. M. Tornquist, et coll. (1995). "Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review." *Nursing Clinics of North America* 30(3): 395-407.
- Gagliardi, A. R., N. Fraser, et coll. (2008). "Fostering knowledge exchange between researchers and decision-makers: exploring the effectiveness of a mixed-methods approach." *Health Policy* 86(1): 53-63.
- Gautam, K. (2008). "Addressing the research-practice gap in healthcare management." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 155-9.
- Gélinas, A. et J.-M. Pilon (1994). "Le transfert des connaissances en recherche sociale et la transformation des pratiques sociales." *Nouvelles pratiques sociales* 7(2): 75-91.
- Ginsburg, L. R., S. Lewis, et coll. (2007). "Revisiting interaction in knowledge translation." *Implementation Science* 2: 34.
- Glasgow, R. E. (2003). "Translating research to practice: lessons learned, areas for improvement, and future directions." *Diabetes Care* 26(8): 2451-6.

Glasgow, R. E. (2007). "eHealth evaluation and dissemination research." *American Journal of Preventive Medicine* 32(5 Suppl): S119-26.

Godin, G., A. Belanger-Gravel, et coll. (2008). "Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories." *Implementation Science* 3: 36.

Goering, P., D. Butterill, et coll. (2003). "Linkage and exchange at the organizational level: a model of collaboration between research and policy." *Journal of Health Services Research and Policy* 8 Suppl 2: 14-9.

Gowdy, E. A. (2006). *Knowledge Transfer and Health Networks: Literature Review*, The Southern Alberta Child and Youth Health Network: 42 p.

Graham, I. D., J. Logan, et coll. (2006). "Lost in knowledge translation: time for a map?" *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1): 13-24.

Graham, I. D. et J. Tetroe (2007). "How to translate health research knowledge into effective healthcare action." *Healthcare Quarterly* 10(3): 20-2.

Graham, I. D. et J. Tetroe (2007). "Some theoretical underpinnings of knowledge translation." *Academy Emergency Medicine* 14(11): 936-41.

Graham, I. D. et J. Tetroe (2008). "Nomenclature in translational research." *Journal of the American Medicine Association* 299(18): 2149; author reply 2149-50.

Greenhalgh, T., G. Robert, et coll. (2004). "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations." *Milbank Quarterly* 82(4): 581-629.

Grimshaw, J., M. Eccles, et coll. (2006). "Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998." *Journal of General Internal Medicine* 21 Suppl 2: S14-20.

Grimshaw, J. M., L. Shirran, et coll. (2001). "Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions." *Medical Care* 39(8 Suppl 2): I12-45.

Grimshaw, J. M., R. E. Thomas, et coll. (2004). "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies." *Health Technology Assessment* 8(6): iii-iv, 1-72.

Grol, R. et J. Grimshaw (2003). "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care." *Lancet* 362(9391): 1225-30.

Haider, M. et G. L. Kreps (2004). "Forty years of diffusion of innovations: utility and value in public health." *Journal of Health Communication* 9: 3-11.

Hanney, S. R., M. A. Gonzalez-Block, et coll. (2002). *The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment*. Geneva, World Health Organization: 56 p.

Hanney, S. et S. Kuruvilla (2002). *HRSPA Project 4: Utilisation of research to inform policy, practice and public understanding and improve health and health equity*. London, WHO/Wellcome Trust Technical Workshop.

- Harvey, G., A. Loftus-Hills, et coll. (2002). "Getting evidence into practice: the role and function of facilitation." *Journal of Advanced Nursing* 37(6): 577-88.
- Hemsley-Brown, J. et C. Sharp (2003). "The use of research to improve professional practice: A systematic review of the literature." *Oxford Review of Education* 29: 449-470.
- Hutchinson, A. M. et L. Johnston (2006). "Beyond the BARRIERS Scale: commonly reported barriers to research use." *Journal of Nursing Administration* 36(4): 189-99.
- Hutchison, J. et M. Huberman (1994). "Knowledge dissemination and use in science and mathematics education: A literature review." *Journal of Science Education and Technology* 3(1): 27-47.
- Innvaer, S., G. Vist, et coll. (2002). "Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review." *Journal of Health Services Research and Policy* 7(4): 239-44.
- Jack, S. M. (2006). "Utility of qualitative research findings in evidence-based public health practice." *Public Health Nursing* 23(3): 277-83.
- Jacobson, N., D. Butterill, et coll. (2005). "Consulting as a strategy for knowledge transfer." *Milbank Quarterly* 83(2): 299-321.
- Jacobson, N., D. Butterill, et coll. (2003). "Development of a framework for knowledge translation: understanding user context." *Journal of Health Services Research and Policy* 8(2): 94-9.
- Jewell, C. J. et L. A. Bero (2008). "'Developing good taste in evidence': facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government." *Milbank Quarterly* 86(2): 177-208.
- Joseph Rowtree Foundation (2000). *Linking research and practice*. Findings. York, United Kingdom: 4 p.
- Keown, K., D. Van Eerd, et coll. (2008). "Stakeholder engagement opportunities in systematic reviews: knowledge transfer for policy and practice." *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 28(2): 67-72.
- Kerner, J. F. (2008). "Integrating research, practice, and policy: what we see depends on where we stand." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 193-8.
- Kiefer, L., J. Frank, et coll. (2005). "Fostering evidence-based decision-making in Canada: examining the need for a Canadian population and public health evidence centre and research network." *Canadian Journal of Public Health* 96(3): 11-40 following 200.
- Kitson, A., L. B. Ahmed, et coll. (1996). "From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice." *Journal of Advanced Nursing* 23(3): 430-40.
- Kitson, A. et M. Bisby (2008). *Speeding up the spread: Putting KT research into practice and developing an integrated KT collaborative research agenda*, Alberta Heritage Foundation for Medical Research: 41 p.
- Knott, J. et A. Wildavsky (1980). "If dissemination is the solution, what is the problem?" *Knowledge: Creation, diffusion, utilization* 1(4): 537-578.

Kothari, A., S. Birch, et coll. (2005). "'Interaction' and research utilisation in health policies and programs: does it work?" *Health Policy* 71(1): 117-25.

Kouri, D. (2009). "Knowledge exchange strategies for interventions and policy in public health." *Evidence and Policy* 5(1): 71-83.

Kuhn, T. (2002). "Negotiating boundaries between scholars and practitioners: knowledge, networks and community of practice." *Management Communication Quarterly* 16(1): 106-112.

Landry, R., et coll. (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 No. 2007-04. Chaire FCRSS-IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation: 61 p.

Landry, R., N. Amara, et coll. (2006). "Knowledge translation- Conceptual framework and approaches." *Bulletin of the World Health Organization* 84(8): 597-602.

Landry, R., N. Amara, et coll. (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., N. Amara, et coll. (2001). "Utilization of social science research knowledge in Canada." *Research Policy* 30(2): 333-349.

Landry, R., M. Lamari, et coll. (2003). "The extent and determinants of utilization of university research in government agencies." *Public Administration Review* 63(2): 192-195.

Lang, E. S., P. C. Wyer, et coll. (2007). "Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap." *Annals of Emergency Medicine* 49(3): 355-63.

Lapaige, V. (2009). "Evidence-based decision-making within the context of globalization: A 'Why-What-How' for leaders and managers of health care organizations." *Risk Management and Healthcare Policy* 2: 35-46.

LaPelle, N. R., R. Luckmann, et coll. (2006). "Identifying strategies to improve access to credible and relevant information for public health professionals: a qualitative study." *BMC Public Health* 6: 89.

Laquerre, C. (2000). "Présentation d'un guide pratique pour structurer le transfert de connaissances". *Courir deux lièvres dans le champ de l'intervention enfance-famille... ou faire avancer à la fois la science et la pratique. Actes du colloque tenu à Ottawa le 12 mai 1999 dans le cadre du 67<sup>e</sup> congrès de l'Acfas*: 31-35.

Laurendeau, M.-C., M. Hamel, et coll. (2007). *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Institut national de santé publique du Québec.

Lavis, J. N., J. Lomas, et coll. (2006). "Assessing country-level efforts to link research to action." *Bulletin of World Health Organization* 84(8): 620-8.

Lavis, J. N. (2006). "Research, public policymaking, and knowledge-translation processes: Canadian efforts to build bridges." *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1): 37-45.

- Lavis, J., H. Davies, et coll. (2005). "Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making." *Journal of Health Services Research and Policy* 10 (Suppl 1): 35-48.
- Lavis, J. N., F. B. Posada, et coll. (2004). "Use of research to inform public policymaking." *Lancet* 364(9445): 1615-21.
- Lavis, J. N., D. Robertson, et coll. (2003). "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?" *Milbank Quarterly* 81(2): 221-48.
- Lavis, J. N., S. E. Ross, et coll. (2002). "Examining the role of health services research in public policymaking." *Milbank Quarterly* 80(1): 125-54.
- Lefort, L. et M.-C. Laurendeau (2006). *Une expérience de courtage des connaissances comme stratégie pour favoriser l'utilisation des données probantes en santé publique : volet francophone d'une étude pancanadienne*. Rapport de recherche soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Logan, J. et I. D. Graham (1998). "Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use." *Science Communication* 20(2): 227-246.
- Lomas, J. (2007). "Decision support: a new approach to making the best healthcare management and policy choices." *Healthcare Quarterly* 10(3): 16-8.
- Lomas, J. (2007). "The in-between world of knowledge brokering." *British Medical Journal* 334(7585): 129-32.
- Lomas, J., T. Culyer, et coll. (2005). *Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé*. Ottawa, Fondation canadienne de recherche sur les services de santé: 48 p.
- 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: 38 p.
- Lomas, J. (2000). "Using 'linkage and exchange' to move research into policy at a Canadian foundation." *Health Affairs* (Millwood) 19(3): 236-40.
- MacLean, D. R. (1996). "Positioning dissemination in public health policy." *Canadian Journal of Public Health* 87 (Suppl 2): S40-3.
- McBride, T., A. Coburn, et coll. (2008). "Bridging health research and policy: effective dissemination strategies." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 150-4.
- McCormack, B., A. Kitson, et coll. (2002). "Getting evidence into practice: the meaning of 'context'." *Journal of Advanced Nursing* 38(1): 94-104.
- Meijers, J. M., M. A. Janssen, et coll. (2006). "Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review." *Journal of Advanced Nursing* 55(5): 622-35.
- Mitton, C., Adair C.E., et coll. (2008). *Knowledge transfer and exchange (KTE): A systematic review, key informant interviews and design of a KTE strategy. Effective dissemination of findings from research*. Alberta, Canada, Institute of Health Economics: 25-54.

Mitton, C., C. E. Adair, et coll. (2007). "Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature." *Milbank Quarterly* 85(4): 729-68.

Mueller, N. B., R. C. Burke, et coll. (2008). "Getting the word out: multiple methods for disseminating evaluation findings." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 170-6.

Newell, S., L. Edelman, et coll. (2003). "'Best practice' development and transfer in the NHS: the importance of process as well as product knowledge." *Health Services Management Research* 16(1): 1-12.

Norman, C. D. et T. Huerta (2006). "Knowledge transfer & exchange through social networks: building foundations for a community of practice within tobacco control." *Implementation Science* 1: 20.

Nutbeam, D. et A. M. Boxall (2008). "What influences the transfer of research into health policy and practice? Observations from England and Australia." *Public Health* 122(8): 747-53.

Nutley, S. M., I. Walter, et coll. (2007). *Using Evidence: How research can inform public services*, Policy Press.

Nutley, S., I. Walter, et coll. (2003). "From Knowing to Doing: A Framework for understanding the Evidence-into-Practice Agenda." *Evaluation* 9(2): 125-148.

Oh, C. H. et R. F. Rich (1996). "Explaining use of information in public policymaking." Knowledge and policy: *International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, 9(1): 3-35.

Orosz, E. (1994). "The impact of social science research on health policy." *Social Science and Medicine* 39(9): 1287-93.

Quimet, M., R. Landry, et coll. (2006). "What factors induce health care decision-makers to use clinical guidelines? Evidence from provincial health ministries, regional health authorities and hospitals in Canada." *Social Science and Medicine* 62(4): 964-76.

Oxman, A. D., A. Fretheim, et coll. (2005). "The OFF theory of research utilization." *Journal of Clinical Epidemiology* 58(2): 113-6; discussion 117-20.

Peterson, J. C., E. M. Rogers, et coll. (2007). "A framework for research utilization applied to seven case studies." *American Journal of Preventive Medicine* 33(1 Suppl): S21-34.

Pyra, K. (2003). *Knowledge Translation: A Review of the Literature*, Nova Scotia Health Research Foundation: 29 p.

Rabin, B. A., R. C. Brownson, et coll. (2008). "A glossary for dissemination and implementation research in health." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 117-23.

Rhoda R., J. Lavis, et coll. (2006). *From Research to Practice: A Knowledge Transfer Planning Guide*, Institute for Work and Health: 19 p.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. New York, New York, Free Press.

- Roqueplo, P. (1997). *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*. Paris, Institut national de la recherche agronomique (INRA).
- Roy, M., J.-C. Guindon, et coll. (2003). "Knowledge Networking: A Strategy to Improve Workplace Health and Safety Knowledge Transfer." *Electronic Journal of Knowledge Management*.
- Roy, M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). *Transfert de connaissances – revue de littérature et proposition d'un modèle*. Études et recherches, IRSST: 53 p.
- Russell, J., T. Greenhalgh, et coll. (2004). "Soft networks for bridging the gap between research and practice: illuminative evaluation of CHAIN." *British Medical Journal* 328(7449): 1174.
- Rychetnik, L., P. Hawe, et coll. (2004). "A glossary for evidence based public health." *Journal of Epidemiology and Community Health* 58(7): 538-45.
- Rycroft-Malone, J., A. Kitson, et coll. (2002). "Ingredients for change: revisiting a conceptual framework." *Quality and Safety Health Care* 11(2): 174-80.
- Rycroft-Malone, J., G. Harvey, et coll. (2004). "An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice." *Journal of Clinical Nursing* 13(8): 913-24.
- Rycroft-Malone, J., G. Harvey, et coll. (2002). "Getting evidence into practice: ingredients for change." *Nursing Standard* 16(37): 38-43.
- Rycroft-Malone, J., K. Seers, et coll. (2004). "What counts as evidence in evidence-based practice?" *Journal of Advanced Nursing* 47(1): 81-90.
- Rundall, T. G., P. F. Martelli, et coll. (2007). "The informed decisions toolbox: tools for knowledge transfer and performance improvement." *Journal of Healthcare Management* 52(5): 325-41; discussion 341-2.
- Scharff, D. P., B. A. Rabin, et coll. (2008). "Bridging research and practice through competency-based public health education." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 131-7.
- Scharff, D. P. et K. Mathews (2008). "Working with communities to translate research into practice." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 94-8.
- Schmitt, M. H. (1999). "Closing the gap between research and practice: strategies to enhance research utilization." *Research in Nursing and Health* 22(6): 433-4.
- Scott, S. D., C. A. Estabrooks, et coll. (2008). "A context of uncertainty: how context shapes nurses' research utilization behaviors." *Quality Health Research* 18(3): 347-57.
- Sobeck, J. et E. Agius (2007). "Organizational capacity building: addressing a research and practice gap." *Evaluation and Program Planning* 30(3): 237-46.
- Solberg, L. I., M. L. Brekke, et coll. (2000). "Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies." *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 26(4): 171-88.
- Souza, L. E. et A. P. Contandriopoulos (2004). "Research utilization in health policy-making: obstacles and strategies." *Cad Saude Publica* 20(2): 546-54.

- St-Cyr Tribble, D., Lane J., et coll. (2008). *Le cadre de référence "trans-action" en transfert de connaissances*, Université de Sherbrooke: 39 p.
- Stetler, C. B. (2001). "Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice." *Nursing Outlook* 49(6): 272-9.
- Sudawad, P. (2007). *Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures*, The National Center for the Dissemination of Disability Research.
- Sun, P. Y. et J. L. Scott (2005). "An investigation of barriers to knowledge transfer." *Journal of Knowledge Management* 9(2): 75-90.
- Sussman, S., T. W. Valente, et coll. (2006). "Translation in the health professions: converting science into action." *Evaluation and the Health Professions* 29(1): 7-32.
- Tetroe, J. M., I. D. Graham, et coll. (2008). "Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study." *Milbank Quarterly* 86(1): 125-55.
- Thomas, B. H., D. Ciliska, et coll. (2004). "A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions." *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 1(3): 176-84.
- Thompson, C. J. (2001). "The meaning of research utilization. A preliminary typology." *Critical Care Nursing Clinics of North America* 13(4): 475-85.
- Thompson, D. S., K. O'Leary, et coll. (2008). "The relationship between busyness and research utilization: it is about time." *Journal of Clinical Nursing* 17(4): 539-48.
- Trottier, L.H. et F. Champagne (2006). *L'utilisation des connaissances scientifiques: au coeur des relations de coopération entre les acteurs*, GRIS, Université de Montréal: 41 p.
- Thompson, G. N., C. A. Estabrooks, et coll. (2006). "Clarifying the concepts in knowledge transfer: a literature review." *Journal of Advanced Nursing* 53(6): 691-701.
- Wandersman, A., J. Duffy, et coll. (2008). "Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation." *American Journal of Community Psychology* 41(3-4): 171-81.
- Waters, E. et R. Armstrong (2007). "Knowledge synthesis, translation and exchange in public health and health promotion: the role of a Cochrane Review Group." *Promotion and Education* 14(1): 34-5.
- Wilson, K.D. et R.S. Kurz (2008). "Bridging implementation and institutionalization within organizations: proposed employment of continuous quality improvement to further dissemination." *Journal of Public Health Management and Practice* 14(2): 109-16.
- World Health Organization (2005). *Bridging the "know-do" gap; Meeting on knowledge translation in global health*. Geneva, Switzerland, World Health Organization: 17 p.
- Zarinpoush, F., S. Von Sychowski, et coll. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada: 50 p.

## **ANNEXE 1**

### **OUTIL POUR ANIMER UN PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES**



# Outil pour animer un processus de transfert des connaissances

Cet outil a été conçu comme une feuille de route pouvant accompagner le processus et permettre ainsi aux responsables du transfert de documenter leurs actions, de partager leurs réflexions avec les utilisateurs concernés ou leurs partenaires et d'ajuster si nécessaire leurs stratégies en cours de route.

Puisque le transfert des connaissances est un processus dynamique, il est opportun d'utiliser cet outil dès qu'on entrevoit la possibilité d'activités de transfert en lien avec la production d'un contenu. Il est par ailleurs souhaitable de le compléter en équipe de façon à stimuler une réflexion plus poussée.

Chacune des sections de cet outil apporte un éclairage différent sur le processus de transfert. La première section porte sur l'objet du transfert, soit les connaissances produites ou à produire afin de répondre aux besoins de certains utilisateurs. La deuxième section sert à identifier les principaux acteurs impliqués dans le processus de transfert des connaissances et plus particulièrement les responsables de la démarche. La troisième section permet d'établir, et si nécessaire, d'ordonner, les différents publics que l'on souhaite rejoindre en précisant pour chacun d'eux l'objectif visé. La section sur les stratégies de transfert permet de départager celles qui relèvent plus de la diffusion ou de l'appropriation en fonction des publics identifiés précédemment et ainsi de mieux apprécier les ressources (financières, matérielles et humaines) nécessaires pour les réaliser. La dernière section permet d'approfondir la réflexion à l'intérieur de chacune des étapes du processus. Bref, chacune des sections de l'outil aide à préciser un groupe de questions spécifiques :

SECTION 1	SECTION 2	SECTION 3	SECTION 4	SECTION 5
<b>Quoi ?</b>	<b>Qui ?</b> ..... <b>Avec qui ?</b> ..... <b>Par qui ?</b>	<b>Pour qui ?</b> ..... <b>Pourquoi ?</b>	<b>Comment ?</b> ..... <b>À quel moment ?</b>	<b>Quand s'introduire dans le processus ?</b> ..... <b>Jusqu'où aller ?</b>

Rappelons que le transfert des connaissances est souvent imprévisible. Ainsi, les efforts déployés pour rejoindre un public cible peuvent donner peu de résultats à un moment précis, dans un contexte précis, alors qu'un autre public, jugé moins prioritaire, peut, au même moment et pour diverses raisons, se montrer très réceptif. Il faut savoir tirer avantage des opportunités qui se présentent, sans perdre de vue les objectifs de départ.

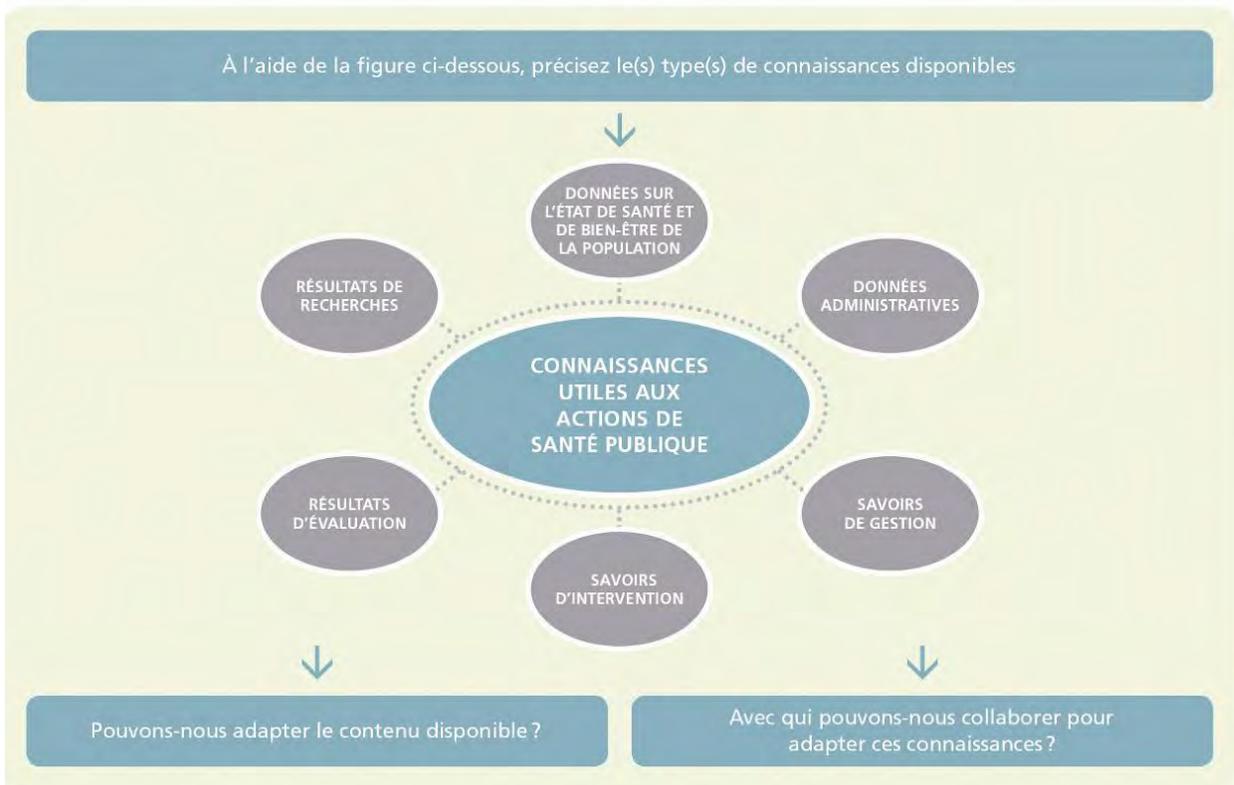
SECTION  
**1**

**Quoi?**

**1.1 Quels sont les besoins de connaissances à la base du produit à transmettre ?**

**1.2 Existe-t-il déjà des connaissances disponibles sous une forme ou une autre pouvant répondre à ces besoins de connaissances ?**

**oui**



**non**



SECTION  
2

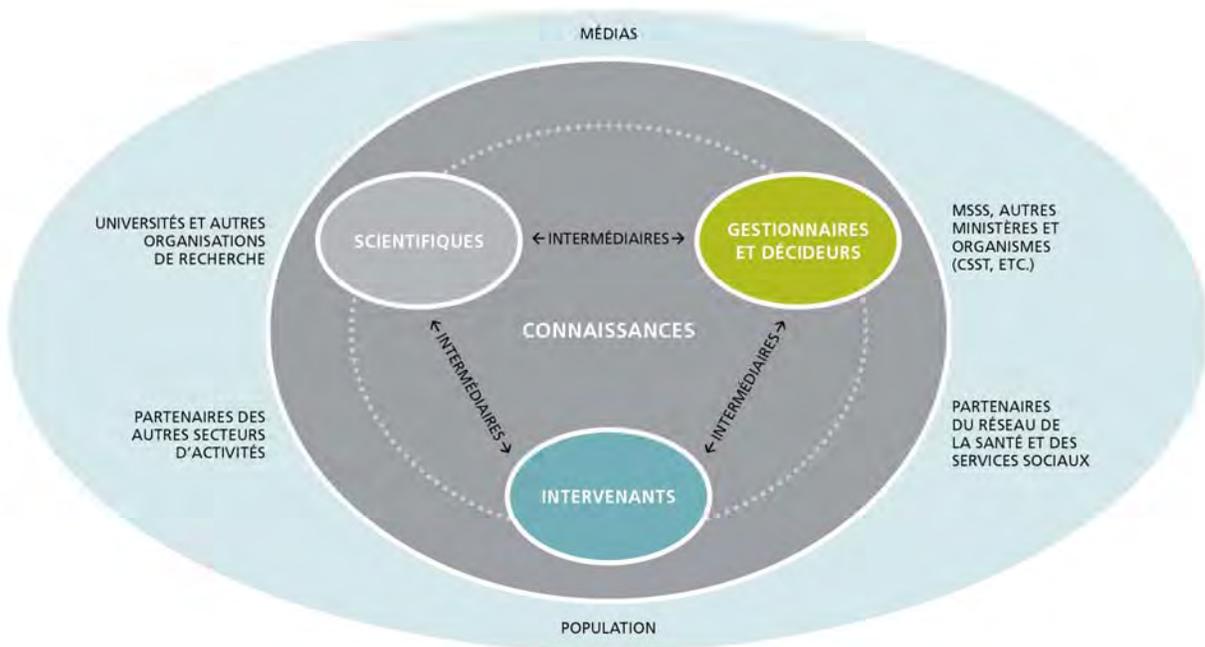
Qui ? Avec qui ? Par qui ?

2.1 Qui sera responsable de l'ensemble de la démarche (individu, équipe ou organisme)?

2.2 En se référant au schéma ci-dessous, qui sont, seront ou pourraient être les principaux acteurs impliqués dans le processus de transfert des connaissances?

↘	↘	↘	↘
Les producteurs et coproducteurs du contenu à transférer ?	Les principaux utilisateurs concernés par ces connaissances (gestionnaires, décideurs et intervenants)?	Les différents intermédiaires (personnes qui jouent un rôle de relais entre les producteurs et les utilisateurs)?	Des personnes-clés, messagers potentiels, etc. ?

2.3 Comment voulons-nous impliquer chacun de ces groupes d'acteurs ?



SECTION  
3

Pour qui? Pourquoi?

Les publics cibles peuvent être des praticiens, intervenants, décideurs, gestionnaires, ou responsables de politiques publiques vers qui le transfert des connaissances s'effectue en vue d'une utilisation dans leur pratique professionnelle ou de gestion. Les publics cibles peuvent également être d'autres groupes d'acteurs (médias, clientèles particulières, grand public) que l'on souhaite informer ou sensibiliser.

---

### 3.1 Quels sont les différents publics que nous voudrions rejoindre ?

Par exemple :

- Responsables de politiques publiques
- Décideurs et gestionnaires du réseau de la santé
- Personnel du réseau de la santé
- Professionnels de la santé publique aux différents paliers
- Partenaires des autres secteurs d'activités
- Milieu communautaire
- Médias
- Grand public
- ...

---

### 3.2 Avec quels objectifs ?

Pour chacun des publics cibles, préciser l'objectif à atteindre par les activités de transfert.

Par exemple :

- Informer
- Diffuser de nouvelles connaissances
- Sensibiliser à d'autres valeurs culturelles
- Favoriser un changement de perception par rapport à certaines problématiques
- Inciter à un changement dans les habitudes de vie
- Modifier une pratique professionnelle
- Éclairer une prise de décision
- ...

---

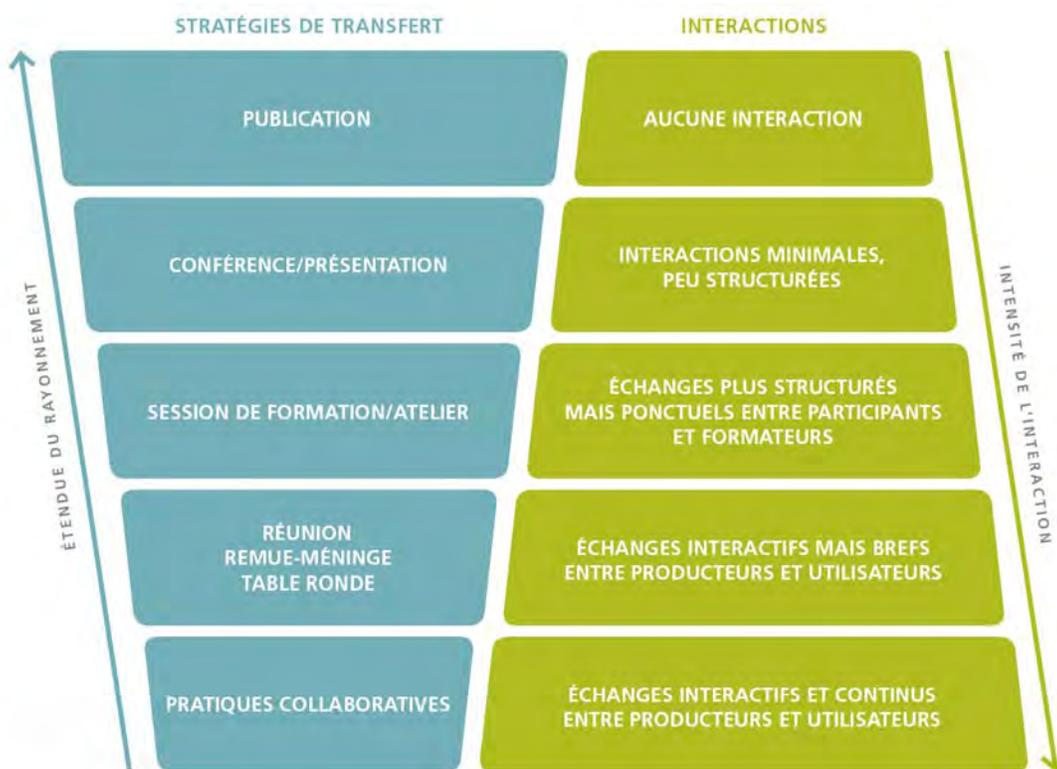
### 3.3 Certains publics devraient-ils être rejoints avant d'autres ? Lesquels ? Pourquoi ?

SECTION  
4

Comment? À quel moment?

**4.1 En tenant compte des objectifs, des ressources, des obstacles appréhendés, de même que du contexte sociopolitique ou organisationnel des publics cibles, se poser les questions suivantes :**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| ↘   | ↘   | ↘   | ↘   |
| Quelle(s) stratégie(s) semble(nt) la ou les plus appropriée(s) pour chacun de nos publics cibles? | Quel niveau d'interaction serait souhaitable avec chacun de nos publics cibles? | Aurons-nous besoin d'intermédiaires? Lesquels? À quels moments? | Devons-nous impliquer des partenaires? Lesquels? À quels moments? |



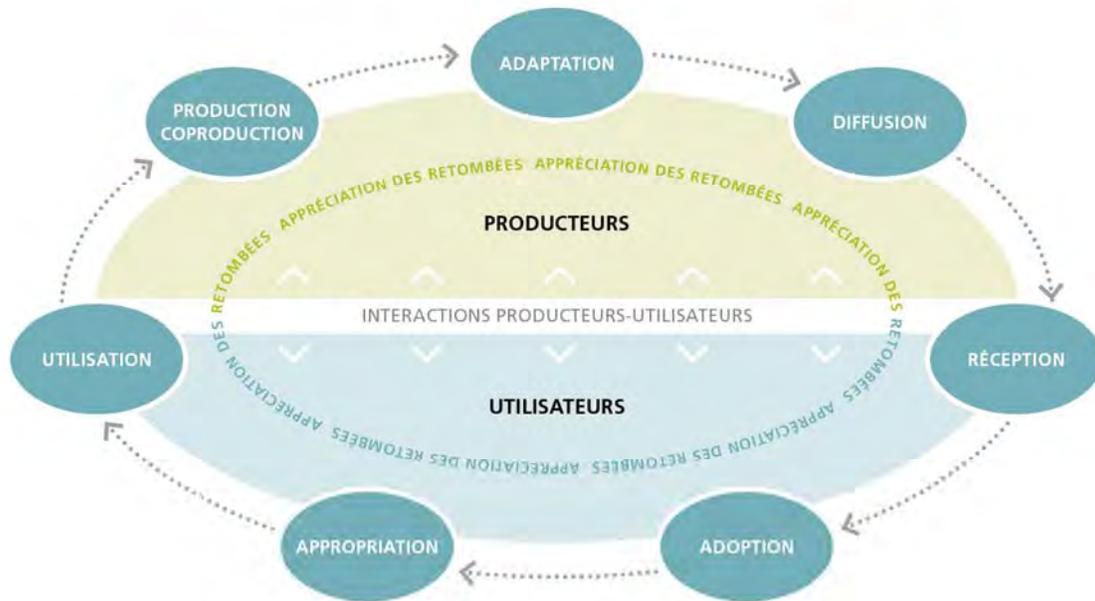
Inspiré de Zarinpoush, F., S. Von Sychowski, et coll. (2007). *Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif*, Imagine Canada, p.13.

SECTION  
5

Quand s'introduire dans le processus? Jusqu'où aller?

Pour chaque public cible, reprendre chacune des questions suivantes :

- Quelles seront les étapes que nous aurons à parcourir?
- Qui sera responsable de chacune de ces étapes?
- Quels partenaires devrions-nous impliquer?



Des défis particuliers peuvent survenir à chacune des étapes du processus de transfert. Les questions suivantes ont été formulées pour aider les responsables du transfert à identifier les défis propres à chaque étape et les stratégies les plus appropriées à chacune des étapes.

### 5.1 La production et coproduction

- Devons-nous produire de nouvelles connaissances ou partir de connaissances existantes (revoir la section 1)?
- Quels acteurs (scientifiques, intervenants, gestionnaires ou décideurs) devrions-nous impliquer dans la production du contenu (élaboration de la question ou de la problématique à étudier, choix de la méthode, interprétation des résultats, etc.)?
- Quels mécanismes pouvons-nous mettre en place pour assurer une interaction efficace entre les producteurs et les utilisateurs dès que possible dans le processus et tout au long du processus (comité de suivi, rencontres ponctuelles ou régulières, etc.)?
- Avons-nous besoin d'intermédiaires (agents de liaison, courtiers de connaissances ou autres) pour faciliter l'interaction avec les acteurs à impliquer?
- Quelles retombées souhaitons-nous obtenir en produisant ou mobilisant ces connaissances?

---

## 5.2 L'adaptation

- Quels sont les publics cibles prioritaires ?
- Pour chacun des publics cibles, identifier l'information la plus utile et la plus pertinente à mettre à l'avant-plan ainsi que le format et le niveau de langage approprié.
- Avons-nous besoin d'intermédiaires ou de collaborateurs (agents de communication, experts en vulgarisation, courtiers de connaissances, ou autres) pour adapter ou transformer nos produits ?

---

## 5.3 La diffusion

Pour chacun des publics cibles, reprendre les questions suivantes :

- Y a-t-il une personne dédiée au dossier traité ?
- Y a-t-il d'autres personnes qui pourraient faciliter notre entrée dans le milieu ciblé, compte tenu de notre objectif de transfert ?
- Quels sont les meilleurs canaux de communication (écrit, verbal, électronique, etc.) pour rejoindre chacun des publics cibles ?
- Quelles sont les conditions organisationnelles qui prévalent dans le milieu que nous tentons de rejoindre (accès ou non à un ordinateur, degré d'autonomie, temps à leur disposition, ouverture au changement, etc.) ?
- Quel est le niveau de connaissances et de compréhension des méthodes et résultats scientifiques de ce public cible ?
- Les utilisateurs visés sont-ils impliqués dans des réseaux ou des communautés de pratique ?
- Font-ils partie d'associations professionnelles ?

Avons-nous besoin de partenaires pour atteindre nos objectifs et réaliser nos activités de diffusion ?  
Si oui, lesquels ?

---

## 5.4 La réception

Pour chaque public cible, reprendre les questions suivantes :

- Quel est le meilleur moyen pour susciter leur intérêt ?
- Quel est le meilleur moment pour présenter ces connaissances (période de l'année, moment propice dans la journée ou la semaine, échanges intensifs ou allégés, étape charnière d'une démarche ou d'un programme en particulier) ?
- Qui sera(en)t le ou les meilleurs messagers ? Comment les identifier ?

---

## 5.5 L'adoption

- Quels acteurs sont les plus directement et étroitement impliqués dans la prise de décision (en vue de favoriser le plus possible la réflexion et la prise de décision en équipe) ?
- Quels sont les enjeux (politiques, économiques, sociaux, éthiques) à incorporer dans le processus de prise de décision en lien avec les connaissances à transférer ?
- Quels moyens pouvons-nous proposer pour faciliter la prise en compte des connaissances à transférer dans le processus de prise de décision ?

---

### 5.6 L'appropriation

Pour chaque public cible, reprendre les questions suivantes :

- Qu'est-ce que ce public sait déjà sur le sujet et quelles connaissances nouvelles devrait-il acquérir suite aux activités d'appropriation ?
- Quel type d'activités d'appropriation serait le plus pertinent (ex. : atelier de formation, accompagnement) et le plus approprié pour ce public ?
- Quelles méthodes pédagogiques permettront une meilleure appropriation des résultats (ex. : style de présentation, utilisation de vignettes, humour, choix du formateur, etc.) ?

---

### 5.7 L'utilisation

- Comment pouvons-nous le mieux soutenir la mise en application concrète des connaissances transférées ? Quel type d'accompagnement sera nécessaire (ex. : suivi personnalisé ou de groupe) ? Qui offrira cet accompagnement ?
- Existe-t-il des réseaux ou des communautés de pratique pouvant soutenir l'utilisation des connaissances transférées et le développement d'une culture réflexive ?
- Quelles sont les conditions organisationnelles en place ? Sont-elles facilitantes (ex. : soutien de la direction, dégagement de temps pour l'application des connaissances, vision commune) ou non (ex. : résistance aux connaissances scientifiques ou au changement, sources d'informations et/ou visions divergentes) ?
- Un mécanisme de suivi sera-t-il nécessaire ? Si oui, lequel ou lesquels pouvons-nous proposer ? Par qui le suivi sera-t-il offert ? À quelle fréquence ? Pour des rencontres de quelle durée ? Pendant combien de temps ?

---

### 5.8 L'appréciation des retombées

- Quel(s) moyen(s) pouvons-nous mettre en place pour vérifier si les connaissances transférées sont accessibles, si elles ont été bien comprises, si elles ont été utilisées et, le cas échéant, si leur utilisation a engendré les changements souhaités ?
- Avons-nous noté des changements (ou une absence de changement) dans les connaissances, attitudes ou pratiques de nos publics cibles ? Comment pouvons-nous tenir compte de ces observations pour la suite du processus de transfert ?

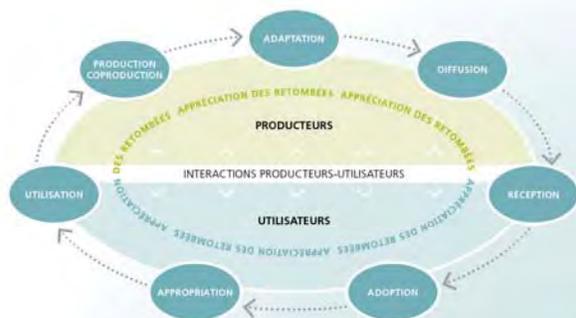
**ANNEXE 2**  
**AIDE-MÉMOIRE**



# Animer un processus de transfert des connaissances

OBJECTIF GÉNÉRAL VISÉ

Quand s'introduire dans le processus? Jusqu'où aller? Qui? Avec qui? Par qui?



Quoi?



Comment? À quel moment?

STÉRATÉGIES DE TRANSFERT	INTERACTIONS
PUBLICATION	AUCUNE INTERACTION
CONFÉRENCE/PRÉSENTATION	INTERACTIONS MINIMALES, PEU STRUCTURÉES
SESSION DE FORMATION/ATELIER	ÉCHANGES PLUS STRUCTURÉS MAIS PONCTUELS ENTRE PARTICIPANTS ET FORMATEURS
RÉUNION REMUE-MÉNINGE TABLE RONDE	ÉCHANGES INTERACTIFS MAIS BRIEFS ENTRE PRODUCTEURS ET UTILISATEURS
PRATIQUES COLLABORATIVES	ÉCHANGES INTERACTIFS ET CONTINUS ENTRE PRODUCTEURS ET UTILISATEURS

À gauche : ÉTENDUE DU RAYONNEMENT (croissant vers le bas). À droite : INTENSITÉ DE L'INTERACTION (croissant vers le bas).

Inspiré de Zampouhi, F., S. Von Sychowski, et coll. (2007). Transfert et échange efficaces de connaissances : un cadre de travail à l'intention des organismes sans but lucratif, Imagerie Canada, p. 13.

Pour qui?

Pourquoi?

PUBLICS CIBLES	OBJECTIF(S) PAR PUBLIC CIBLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Responsables de politiques publiques</li> <li>→ Décideurs et gestionnaires du réseau de la santé</li> <li>→ Personnel du réseau de la santé</li> <li>→ Professionnels de la santé publique aux différents paliers</li> <li>→ Partenaires des autres secteurs d'activités</li> <li>→ Milieu communautaire</li> <li>→ Médias</li> <li>→ Grand public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Informer</li> <li>→ Diffuser de nouvelles connaissances</li> <li>→ Sensibiliser à d'autres valeurs culturelles</li> <li>→ Favoriser un changement de perception par rapport à certaines problématiques</li> <li>→ Modifier une pratique professionnelle</li> <li>→ Éclairer une prise de décision</li> <li>→ ...</li> </ul>

DÉTERMINANTS DU PROCESSUS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

DÉTERMINANTS LIÉS AUX CONNAISSANCES • DÉTERMINANTS LIÉS AUX ACTEURS • DÉTERMINANTS LIÉS AUX CARACTÉRISTIQUES ORGANISATIONNELLES

Source : Lemire, N., Souffez, K., Laurendeau, M.-C. (2009). « Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation », Institut national de santé publique du Québec.

[www.inspq.qc.ca/publications/transfert\\_connaissances/](http://www.inspq.qc.ca/publications/transfert_connaissances/)



