
La mobilisation des connaissances :

synthèse des réflexions sur les pratiques à l’AETMIS

Rapport préparé par Monique Fournier

18 janvier 2011

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Ce document est également offert en format PDF dans le site Web de l'Agence : www.aetmis.gouv.qc.ca.

Équipe de projet

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Auteur | Monique Fournier, M. Sc., DEA |
| Recherche documentaire | Lysane St-Amour |
| Soutien documentaire | Micheline Paquin |

Édition

| | |
|-------------------------------------|------------------|
| Responsable | Diane Guilbault |
| Coordonnatrice | Véronique Baril |
| Graphisme | Jocelyne Guillot |
| Vérification bibliographique | Denis Santerre |

L'Agence remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Renseignements

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514-873-2563
Télécopieur : 514-873-1369
aetmis@aetmis.gouv.qc.ca
www.aetmis.gouv.qc.ca



Le présent document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation, certifié Choix environnemental, procédé sans chlore, recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz.



COLLABORATEURS

REMERCIEMENTS

L'AETMIS tient à souligner la contribution particulière des personnes suivantes, qui ont fourni des informations au cours de la préparation de ce rapport :

Comité sur la mobilisation et le transfert des connaissances :

D^f Reiner Banken
D^{re} Brigitte Côté
Lise-Ann Davignon
Diane Guilbault
Richard Lavoie

Chercheurs-consultants de l'AETMIS ayant participé aux entrevues

D^f Reiner Banken
Sylvie Beauchamp
D^f Pierre Dagenais
Laurie Lambert
Anne-Claire Marcotte
D^{re} Linda Pinsonneault

Et pour ses commentaires et suggestions :

Céline Mercier

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mandat de soutenir la décision en matière de technologies de la santé et de modalités d'organisation et de dispensation des soins et services dans le secteur de la santé et des services sociaux. Dans un souci de répondre le plus adéquatement possible à son mandat, l'Agence s'est engagée dans une réflexion sur la façon dont s'opère le transfert des connaissances tout au long de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) et de la réalisation de projets de soutien à la pratique clinique, dont fait partie l'élaboration de guides de pratique.

Afin de bien comprendre la spécificité du processus de mobilisation des connaissances qui ressort des pratiques de l'AETMIS, nous présentons dans un premier temps une analyse critique des argumentaires les plus courants animant les théories et modèles de transfert des connaissances proposés dans la littérature. Dans un deuxième temps, nous dégageons de cette analyse et de la mission particulière de l'AETMIS les fondements et caractéristiques de la mobilisation des connaissances qui accompagne l'exécution de ses mandats. Nous en retirons en dernier lieu des enseignements pour une mobilisation efficace des connaissances.

Méthodologie

La production de ce rapport s'appuie en premier lieu sur une revue narrative de la littérature. Celle-ci visait à rendre compte des principaux modèles de transfert des connaissances en santé. Nous avons privilégié les revues de revues de littérature les plus récentes (2005-2010) dans le domaine du transfert des connaissances en santé et en évaluation des technologies en santé, ainsi que les articles présentant des modèles de transfert des connaissances (2000-2010). Nous avons également investigué du côté des sciences humaines et des services sociaux, de l'évaluation des risques environnementaux et de la littérature grise, ainsi que repéré les auteurs les plus fréquemment cités dans les références d'articles consultés. Nous avons enfin porté une attention particulière aux articles qui traitaient du lien entre le transfert des connaissances et la prise de décision en santé.

La recherche s'est effectuée à partir des bases de données suivantes : PubMed, Embase, Web of Science, Social Sciences Index, Social Services Abstracts, Social Work Abstracts, Sociological Abstracts et Repère.

En second lieu, un comité a sélectionné six projets, qui reflétaient les pratiques émergentes en matière de mobilisation des connaissances à l'AETMIS dans le domaine des soins et des services en santé : trois projets en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et trois en soutien à la pratique clinique¹. Chaque projet se distinguait soit par son contexte et les enjeux qu'il soulevait, les types de données à recueillir, les formes d'interactions adoptées, le moment d'impliquer les parties prenantes ou la façon de diffuser les résultats. Comme le mandat de l'AETMIS n'a été élargi aux services sociaux qu'en avril 2009, aucun projet dans ce secteur n'était assez développé au moment de notre recherche pour être analysé. Nos conclusions ne peuvent donc pas être généralisées à ce domaine. Toutefois, les enseignements que nous pouvons en tirer pourraient être transférables.

Pour chaque projet, nous avons analysé les rapports et documents accompagnateurs et conduit des entretiens semi-dirigés avec un des chercheurs responsables. Ces entretiens exploratoires avaient

1. Voir la liste des projets en annexe 1 et les références des rapports et documents en annexe 2.

pour but de recueillir des informations sur la façon dont les chercheurs ont mobilisé les connaissances à chaque étape du processus d'évaluation, soit de la requête initiale à la diffusion et mise en œuvre des résultats. Nous étions particulièrement intéressés à savoir quelles étaient les personnes contactées au cours de l'évaluation, à quel moment, pour quelles raisons, quelle avait été la nature de l'interaction et le type d'information transmise, comment celle-ci fut relayée ou utilisée dans l'évaluation, et de quelle façon l'information obtenue au fil des interactions a modifié en cours de route certains aspects de la question d'évaluation et les stratégies de mobilisation des connaissances employées.

Les modèles « *knowledge-to-action* » de transfert des connaissances

Lorsqu'on parle de transfert des connaissances dans la littérature consultée, le point de départ des réflexions le plus souvent observé est celui du problème du transfert des résultats de la recherche dans la pratique clinique [Straus *et al.*, 2011; Davison, 2009; Straus *et al.*, 2009; Graham *et al.*, 2006; Lavis *et al.*, 2003; Dobbins *et al.*, 2002]. Selon plusieurs auteurs, les données issues de la recherche clinique ne seraient pas suffisamment appliquées dans la pratique, ce qui aurait pour conséquence des soins inappropriés offerts aux patients. Il en résulterait des impacts sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie de ces derniers, sans compter des coûts indus pour le système de santé [Ward *et al.*, 2009; Grimshaw et Eccles, 2008; Graham *et al.*, 2006; Dobbins *et al.*, 2002]. D'après Graham et ses collaborateurs [2006], des études réalisées aux États-Unis et dans les Pays-Bas rapportent qu'entre 30 et 45 % des patients ne recevraient pas les soins préconisés par les données probantes et qu'entre 20 et 25 % des soins reçus seraient superflus ou même potentiellement nuisibles.

Partant de ces constats, la plupart des auteurs soulèvent la nécessité de réduire le fossé entre les connaissances produites en santé et en services sociaux et leur utilisation dans la pratique. Une des façons, selon eux, de combler celui-ci consiste à améliorer les stratégies de transfert des connaissances issues de la recherche aux cliniciens, décideurs et autres acteurs clés des milieux de la santé et des services sociaux [Straus *et al.*, 2011; Chagnon *et al.*, 2010; Straus *et al.*, 2009; Grimshaw et Eccles, 2008; Mitton *et al.*, 2008; Thompson *et al.*, 2006; Dobbins *et al.*, 2002].

Il existe plusieurs termes pour désigner le processus menant des connaissances vers une action (*knowledge-to-action*). Les plus fréquemment rencontrés dans la littérature sont : transfert, échange, partage, *translation*, mobilisation des connaissances ou encore diffusion, utilisation, application et implantation des connaissances², et plus récemment, valorisation des connaissances [Elissalde et Renaud, 2010; Graham *et al.*, 2006]. Selon Graham et ses collaborateurs [2006], le concept de transfert des connaissances reste le plus employé. Des chercheurs de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) définissent ce dernier comme étant :

« 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 » [Lemire *et al.*, 2009, p. 7].

2. Traduction des termes présents dans la littérature anglophone : *Knowledge transfer, knowledge exchange, knowledge sharing, knowledge translation, knowledge mobilization, knowledge diffusion, utilization, implementation, dissemination, etc.*

La littérature abonde en modèles de transfert des connaissances. De récentes revues de littérature ont recensé plus de 63 différents modèles ou théories à travers des domaines aussi variés que les soins de santé, les services sociaux et la gestion [Ward *et al.*, 2009, p. 157]. On peut néanmoins les classer en trois grands types de processus :

1. Linéaire ou unidirectionnel (*knowledge push*) : la connaissance est considérée comme un produit à transmettre à des utilisateurs [Best et Holmes, 2010]. L'approche de résolution de problème par laquelle la production d'une recherche émane d'une demande ou d'un besoin des utilisateurs (*user pull*) fait également partie de ce type de processus.
2. Cyclique ou bidirectionnel : le transfert des connaissances se réalise par étapes, mais chaque étape du processus repose sur les allers-retours entre producteurs et utilisateurs de la connaissance. Ce processus intègre les préoccupations et contextes des utilisateurs dans la définition du problème, l'interprétation, la validation et la diffusion des résultats [Elissalde et Renaud, 2010; Lemire *et al.*, 2009]. Cette approche contient un aspect collaboratif et relationnel dans la création et l'utilisation de la connaissance, dans le sens où la connaissance provient de différentes sources et son utilisation dépend des relations et échanges entre le monde de la recherche et celui de la pratique [Best et Holmes, 2010].
3. Dynamique ou multidirectionnel : le passage de la connaissance à l'action ne suit pas un processus linéaire. Il implique des acteurs de secteurs d'activités variés et prend en considération les rôles, attitudes et relations entre individus [Ward *et al.*, 2009]. Lemire et ses collaborateurs [2009] parlent d'un mode de transfert en spirale, qui repose sur les interactions continues entre les différents groupes d'acteurs et les systèmes sociaux. Les utilisateurs sont considérés comme des coproducteurs de la connaissance.

Selon Ward et ses collègues [2009], la plupart des modèles se situent dans la deuxième catégorie dans la mesure où, tout en conservant une vision linéaire du processus, ils reconnaissent l'importance de tenir compte du contexte des utilisateurs pour s'assurer de l'applicabilité des résultats de la recherche. Ainsi, Lavis et ses collaborateurs [2003] énoncent cinq questions auxquelles l'on devrait répondre pour rendre opérantes (*actionable*) les connaissances issues de la recherche : Que devrait-on transférer comme connaissances? À qui? Par qui? Comment? Et avec quel effet? L'enjeu central consiste à adapter le message selon le public utilisateur visé (gestionnaire, décideur, clinicien), le type de données probantes (cliniques, biomédicales) à traduire et les objectifs recherchés (changement de pratiques, etc.). Il s'agit davantage de «tailler» les connaissances sur mesure et de les présenter sous une forme telle qu'elles atteignent le plus efficacement possible leur cible.

Selon cette perspective, les interactions entre les chercheurs et les intervenants visent à mieux connaître le contexte de ces derniers afin de choisir les stratégies de transfert des connaissances appropriées [Mitton *et al.*, 2008; Jacobson *et al.*, 2003] et d'identifier les obstacles et facteurs qui influencent l'utilisation des données de recherche [Straus *et al.*, 2009; Grimshaw et Eccles, 2008; Graham *et al.*, 2006]. Parmi les éléments facilitateurs, on retrouve les liens de collaboration étroits et constants entre les chercheurs et les décideurs (ou utilisateurs), la pertinence des résultats et le moment opportun de leur diffusion, l'intervention d'intermédiaires clés (courtiers, leaders, champions) dans les différentes étapes du processus, la clarté du résumé et des recommandations, la présentation d'une synthèse des connaissances plutôt que d'une recherche individuelle, etc. [Mitton *et al.*, 2008; Lavis *et al.*, 2005]. Les caractéristiques organisationnelles et structurelles (ressources disponibles, présence ou non de services ou d'incitatifs financiers, etc.), ainsi que les caractéristiques personnelles et professionnelles des utilisateurs (compétences, attitudes, expériences, connaissances tacites, jugements cliniques, etc.) peuvent faciliter le processus ou au contraire constituer des barrières au transfert des connaissances [Grimshaw et

Eccles, 2008]. À cet effet, Straus et ses collègues [2009] rapportent avoir identifié pas moins de 250 barrières.

Dans le domaine de l'ETMIS et de l'aide à la décision, la mise en contexte ne sert pas seulement à modeler les stratégies de transfert de données probantes vers la pratique; elle permet d'aller au delà des seules questions d'efficacité et de sécurité d'une innovation ou d'une pratique pour s'interroger sur la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de celles-ci [Dobrow *et al.*, 2006; Lomas *et al.*, 2005]³. Autrement dit, les questions qui orientent le passage de la connaissance à l'action ne gravitent pas autour de ce que l'on veut transmettre, à qui, par qui et comment, mais cherchent plutôt à déterminer : Est-ce efficace? Est-ce applicable ici? Devrait-on l'appliquer ici? Comment devrait-on l'appliquer ici? [Banken, 2008; Dobrow *et al.*, 2006]. Cette approche suppose un échange de connaissances plus important entre les diverses parties prenantes afin d'obtenir les informations nécessaires à l'évaluation des conditions d'applicabilité d'une pratique ou d'une technologie dans un contexte donné. Comme le mentionnent Lomas et ses collaborateurs [2005], la prise de décision ne peut se fonder sur les données probantes issues de la recherche expérimentale si celles-ci ne sont pas adaptées aux conditions de leur application (les pratiques organisationnelles, les cultures professionnelles, le mode de financement du système, les règles de gestion, l'attitude du public, la réceptivité des patients, etc.).

L'utilisation des données probantes dans la pratique : un enjeu pour l'amélioration des soins et services?

Les réflexions qui découlent des prémisses à partir desquelles s'échafaudent les modèles « knowledge-to action » que nous avons étudiés supposent de façon implicite que l'amélioration des soins et des services passe par l'application des données probantes. En d'autres termes, il y aurait une corrélation entre la non-utilisation des résultats de la recherche dans la pratique et le manque d'efficacité clinique observé dans le système de santé. Ainsi, au cœur des problèmes de traitements inadéquats reçus par les patients se trouveraient des connaissances technologiques ou scientifiques qui ne parviennent pas ou difficilement à pénétrer les milieux décisionnels, organisationnels et professionnels.

Cette façon de formuler le problème tend à placer d'un côté, les connaissances issues de la recherche dont il faut assurer la diffusion et l'application et de l'autre, les connaissances issues du contexte d'implantation, qui influent favorablement ou non sur l'adhésion des cliniciens ou décideurs aux résultats de la recherche. D'où la nécessité, selon les auteurs cités, de prévoir des stratégies de transfert de connaissances pour faciliter l'appropriation et l'utilisation des données probantes dans la pratique. Par conséquent, la plupart des modèles posent les données probantes (ou connaissances scientifiques, résultats de la recherche) au centre et organisent le transfert des connaissances en fonction d'elles en vue de les rendre applicables et utiles.

Or cette approche comporte certaines limites. Il est difficile de déduire un mode d'action des données probantes, surtout lorsqu'elles sont insuffisantes ou comportent des incertitudes. Les données probantes ne disent rien en elles-mêmes; elles commandent un travail d'interprétation, de validation et de mise en contexte. En effet, les données probantes tirées de revues systématiques et de méta-analyses ne sont pas d'emblée généralisables, car elles sont le fruit d'essais cliniques

3. À titre d'exemple, le Wales Centre for Evidence Based Care publie sur le site du Joanna Briggs Institute un protocole de recherche intitulé : *The effectiveness, appropriateness and feasibility of nutritional screening tools in identifying adults at risk of malnutrition in the community. A comprehensive systematic review*. Disponible à : <http://www.joannabriggs.edu.au/protocols/JBIProt122.pdf>.

randomisés menés dans des conditions d'expérimentation contrôlées qui ne reflètent pas les circonstances réelles dans lesquelles elles seraient susceptibles d'être appliquées [Blake et Ottoson, 2009]. Aussi, à partir de quatre études de cas de groupes d'experts appelés à formuler des recommandations en matière de dépistage, Dobrow et ses collaborateurs [2006] ont démontré que l'identification, l'interprétation et l'utilisation des données probantes variaient selon les contextes internes (les objectifs recherchés, la représentation de groupes d'intérêts dans le processus, les aptitudes et compétences des participants, la présence au sein du groupe de membres influents de par leur statut⁴, etc.) et externes (l'acceptabilité du public, les valeurs, les ressources disponibles, les intérêts politiques, etc.).

Enfin, lorsque les résultats de la recherche constituent les éléments centraux à partir desquels s'élaborent les politiques, ils peuvent servir à légitimer certaines décisions ou à justifier l'inaction [Bowen et Zwi, 2005]. Ainsi instrumentalisées pour soutenir des décisions qui peuvent parfois relever de l'idéologie ou du corporatisme, les données probantes risquent de perdre une part de leur crédibilité. Leur surreprésentation dans la prise de décision concourt à marginaliser les autres dimensions essentielles à la compréhension de tous les enjeux. Toutefois, en contribuant à l'explicitation du contexte global de la décision avec les diverses autres formes de données, notamment sur l'organisation des soins, l'encadrement des pratiques, la formation des professionnels de la santé, les besoins des patients et l'expérience des cliniciens, les résultats de la recherche peuvent conserver, voire renforcer leur caractère objectif.

Des modèles de transfert des connaissances inspirés de la diffusion de l'innovation

La revue de la littérature nous amène à constater que le lien entre l'utilisation des résultats de la recherche et l'amélioration des soins et des services de santé provient des modèles de diffusion de l'innovation desquels se sont inspirés certains auteurs. Selon Phipps et Shapson [2009, p. 211], l'innovation est traditionnellement conçue en termes d'impact économique des produits de la recherche-développement (R-D) et des sciences et technologies. La recherche et développement repose sur un processus allant de la recherche et conception à la mise sur le marché et l'application d'un nouveau produit ou procédé.

Plusieurs auteurs, dont Dobbins, Greenhalgh et Bowen, ont explicitement construit leurs modèles de transfert des connaissances à partir de la théorie de la diffusion de l'innovation, plus particulièrement celle d'Everett Rogers publiée au début des années 1960⁵. Ainsi, Dobbins et ses collaborateurs [2002] présentent dans leur modèle les étapes d'un processus d'adoption de l'innovation : connaissance-persuasion-décision-implantation et confirmation. Bowen et Zwi [2005] fondent quant à eux leur modèle sur les trois phases de la diffusion de l'innovation : adopte-adapte-agit. Et Greenhalgh et ses collègues [2004] proposent un modèle sur les déterminants de la diffusion, dissémination et implantation des innovations dans les organisations des soins et des services en santé. Dans la revue systématique de Wilson et ses collaborateurs [2010], plus de la moitié des 33 modèles de dissémination et de translation des connaissances qu'ils ont retenus font référence à la théorie de la diffusion de l'innovation.

4. L'étude de Dobrow et ses collaborateurs [2006] a démontré notamment que les méthodologues, tels que les épidémiologistes, avaient tendance à s'imposer dans la discussion et à se montrer réfractaires aux arguments des autres membres (cliniciens, représentants de groupes d'intérêts), qui se révélaient moins aptes à répondre aux évaluations des experts.

5. Rogers, Everett M. Diffusion of innovations. New York, NY : Free Press of Glencoe; 1962.

Selon Elissalde et Renaud [2010, p. 415], le domaine du transfert des connaissances s'est spécialement développé dans le secteur technologique, notamment pour répondre à des impératifs d'ordre économique (rationalisation des coûts). Cela expliquerait le recours au cadre conceptuel de la science économique et de la gestion, ainsi que de la recherche et développement pour décrire les éléments constitutifs des divers modèles de transfert des connaissances. En effet, des concepts tels que producteurs-utilisateurs (*producers-users*), courtage de connaissances (*knowledge brokering*)⁶ ou public cible (*target audience*) s'inscrivent dans une logique économique fondée sur l'offre et la demande et le clientélisme. Les questions d'efficacité et d'applicabilité quant à elles reflètent plus particulièrement les préoccupations au cœur de la recherche et développement. Les conséquences de cette influence du paradigme économique et de la recherche et développement sur la conceptualisation des modèles de transfert des connaissances et les pratiques d'évaluation des technologies en santé mériteraient de plus amples réflexions.

L'implication de l'industrie dans l'innovation biomédicale et les origines de l'évaluation des technologies en santé (ETS) ont fort probablement aussi joué un rôle dans l'élaboration de modèles de transfert des connaissances inspirés de la diffusion de l'innovation. À ses débuts, dans les années 1970, l'évaluation des technologies en santé se concentrait principalement sur les questions de sécurité, d'efficacité et de rapport entre les coûts et les bénéfices d'une innovation médicale. Il semble que cette approche ait prédominé même jusqu'à l'aube du XXI^e siècle. Comme le démontrent Lehoux et Blume [2000], dans une étude menée en 1999⁷, les enjeux sociaux, politiques et éthiques étaient rarement pris en considération et sont encore trop peu intégrés aujourd'hui [Lehoux et Williams-Jones, 2007].

L'importance d'accorder une plus grande place à toutes les formes de savoirs (scientifiques, contextuels et expérientiels ou tacites) lors de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé s'avère de plus en plus admise, comme en témoignent les travaux de Lomas et ses collaborateurs [2005]. Ces derniers distinguent trois formes de données : 1) les données probantes issues de la recherche scientifique et axées sur l'efficacité, qui sont considérées comme explicites, systémiques et reproductibles; 2) les données scientifiques contextuelles qui regroupent « les données sur la mise en œuvre, la capacité organisationnelle, les attitudes, la prévision, l'économie, la finance et l'éthique »; et 3) les données informelles qui comprennent « les opinions d'experts ou de professionnels, le jugement politique, les ressources, les valeurs, les habitudes et les traditions, les lobbyistes et les groupes de pression, de même que la pragmatique et les impondérables d'une situation donnée » [Lomas *et al.*, 2005, p.1-3]. Par ailleurs, peu de modèles de transfert des connaissances décrivent la façon dont les enjeux reliés aux questions d'évaluation ou de soutien à la pratique clinique déterminent les types de connaissances qui devront être mobilisées en vue de leur répondre.

6. Voir notamment Ward et ses collaborateurs [2010] qui décrivent des processus de courtage des connaissances.

7. Lehoux et Blume [2000, p. 1087] ont conduit une étude à partir de la base de données de *l'International Society of Technology Assessment in Health Care*, qui contenaient les résumés présentés lors de ses réunions annuelles (1994-1998) et tous les résumés publiés dans *l'International Journal of Technology Assessment in Health Care* (1985-1999). Ils constatent la rareté de l'occurrence des mots «social», «politique» et «éthique» dans les titres de ces résumés.

Deuxième partie :

La mobilisation des connaissances à l'AETMIS : une approche de type « *knowledge-in-action* »

Pour bien saisir en quoi les prémisses qui orientent la mobilisation des connaissances à l'AETMIS se distinguent de celles discutées dans les sections précédentes, il nous apparaît essentiel de rappeler le contexte spécifique de pratiques de l'Agence. Celle-ci a pour mandat d'évaluer l'efficacité, la sécurité, les coûts et le rapport coûts et efficacité, ainsi que les implications éthiques, sociales, organisationnelles et économiques des technologies et des modes d'intervention en santé dans le but d'éclairer la prise de décision. Cette mission centrale d'aide à la décision en vue d'améliorer les soins et les services de santé⁸ constitue la finalité du transfert des connaissances.

À l'origine de chaque projet se trouve une situation problématique qui exige une décision et qui appelle à une action. Cette situation peut naître d'une crise politique, des craintes formulées par un groupe d'intérêt à l'égard des risques associés à une technologie médicale, des pressions exercées de la part d'une association de patients concernant des problèmes d'accessibilité et d'équité des services, etc.

La démarche de mobilisation des connaissances s'amorce dès la présentation d'une requête à l'AETMIS. Le requérant est alors considéré comme le premier acteur engagé dans le processus. À cette étape, des échanges avec celui-ci et parfois aussi d'autres acteurs se révèlent nécessaires pour cerner le contexte du problème et déterminer les enjeux qu'il soulève. Ces derniers peuvent être d'ordre technologique, politique, organisationnel, social, professionnel, éthique, économique, juridique, etc. C'est également à cette étape que l'AETMIS et le requérant s'entendent sur les dimensions qui feront partie de la question d'évaluation et sur celles qui en seront exclues.

Dès le début du processus, l'évaluation vise à produire des avis, recommandations ou guides applicables et entraînant des changements sur le plan des politiques en santé, de l'organisation des soins et des services ou des pratiques cliniques. Lorsque les projets ont trait aux pratiques cliniques, la mobilisation des connaissances se révèle particulièrement importante. Elle peut avoir pour objectif, par exemple, de définir les modalités de prise en charge des patients et d'identifier les besoins de formation des cliniciens, d'élaborer un guide de pratique pour répondre aux besoins des professionnels de la santé et des patients, d'implanter des paramètres cliniques et organisationnels, de déterminer l'efficacité et les conditions d'introduction d'un type de soins ou d'établir de quelles façons encadrer l'utilisation d'une technologie. L'action ainsi posée en amont oriente tout le processus de mobilisation des connaissances.

Toute action engage nécessairement des acteurs. La mise en place de mesures concrètes dans le but d'améliorer les soins et les services en santé ne peut se réaliser sans le savoir-faire, le soutien et la collaboration des acteurs impliqués. La participation des parties prenantes⁹ constitue une condition essentielle à leur appropriation et leur utilisation des connaissances [Sorenson *et al.*, 2008]. Par conséquent, les recommandations doivent non seulement s'ancrer dans la réalité

8. Depuis 2009, le mandat de l'AETMIS couvre également les services sociaux.

9. Nous adoptons la définition que donnent Varvasovsky et Brugha [2000, p. 341] des parties prenantes, soit tous les acteurs qui possèdent un intérêt en lien avec la question d'évaluation, qui peuvent être affectés par celle-ci, ou qui en raison de leur statut peuvent exercer une influence active ou passive sur la prise de décision et l'implantation des mesures. Il peut s'agir de patients, d'associations, de gestionnaires, de professionnels de la santé, d'experts, de décideurs, d'organisations, de groupes de personnes au sein d'organisations, etc.

québécoise et refléter ses valeurs et ses enjeux, mais être le fruit d'un échange, d'un partage et d'une coproduction des connaissances avec les acteurs des milieux concernés.

Dans les domaines de l'ETMIS et du soutien à la pratique clinique, le défi ne consiste donc pas à trouver la meilleure façon d'adapter, de diffuser et d'implanter dans la pratique des données probantes issues de la recherche scientifique, mais à répondre à une question d'évaluation ou des questions cliniques émergeant d'un problème à résoudre et posées dans le cadre du mandat de soutien à la décision et à l'optimisation des soins et des services de santé. Les interrogations au cœur du transfert des connaissances portent non pas sur ce qui doit être transmis comme données, à qui, par qui et comment ou encore, à savoir si les données ou l'innovation que l'on veut diffuser sont efficaces, applicables, voire acceptables, mais sur :

- Les types de données (probantes issues de la recherche, contextuelles, informelles) nécessaires pour répondre à la question d'évaluation en vue de l'action [Lomas et al., 2005].
- Les parties prenantes touchées par les enjeux et les dimensions retenues.
- La façon de les mobiliser.

Il s'agit donc d'un processus visant à mobiliser les savoirs pertinents à l'action et les acteurs qui seront appelés à agir ou qui peuvent éclairer celle-ci. C'est pour cette raison que nous privilégions le concept de mobilisation des connaissances pour décrire ce processus. Nous entendons par mobilisation des connaissances le rassemblement des connaissances provenant de différentes sources et d'acteurs en vue d'une action commune. Ce concept sous-entend la mise en action des connaissances, plus précisément, comme le soulignent dans leur définition Elissalde et Renaud [2010, p. 415], «toutes les formes de connaissances, qu'elles soient le fruit de la recherche ou de l'expérience de pratique». Pour Phipps et Shapson [2009, p. 213], « *Knowledge mobilisation encompasses methods of knowledge transfer, translation and exchange and extends them to include the co-production of knowledge. Knowledge mobilisation turns research into action* ».

Alors que la plupart des auteurs de notre revue de la littérature décrivent des modèles de transfert des connaissances vers l'action (*knowledge-to-action*), l'analyse des pratiques d'évaluation et de soutien à la pratique clinique à l'œuvre à l'AETMIS nous amène plutôt à constater que nous sommes en présence d'une approche « *knowledge-in-action* » de mobilisation des connaissances. En effet, c'est dans la réalisation même de chaque projet que se dévoile le portrait global qui permet d'orienter les types de connaissances à produire, à échanger, à intégrer et à interpréter. En d'autres termes, c'est au fil des interactions et de la construction de la connaissance que se dessinent les interventions les plus appropriées à recommander et les procédures à suivre pour les appliquer.

Caractéristiques de la mobilisation des connaissances à l'AETMIS

La mission d'aide à la décision et à l'amélioration des soins et des services en santé se trouve au fondement de la mobilisation des connaissances à l'AETMIS. La nature de l'Agence lui confère un rôle particulier dans l'orchestration des différents ordres de savoirs et la coproduction des connaissances avec l'ensemble des acteurs.

En effet, l'AETMIS :

- ne prend pas de décision;

- n'est pas un institut de recherche;
- n'est pas un organisme de gestion;
- ne prodigue pas de soins;
- n'est pas une association ni un groupe d'intérêts.

L'AETMIS pourrait être qualifiée d'organisation-frontière, « which functions as an intermediary agent to different principals: researchers, professionals, policy makers and/or citizens. By projecting the delegated authority from all principals involved, the boundary organisation collects and integrates different resources, and thus is responsive to all of them » [Bekker et al., 2010, p. 239]. Par conséquent, elle se doit de conserver son indépendance et sa neutralité envers les parties prenantes au cours de la mobilisation des connaissances. Cette position constitue une condition sine qua non à l'intégration de toutes les perspectives reliées à la question à l'étude et à l'accomplissement de son rôle de médiation entre les divers ordres de savoirs.

Le maintien de l'indépendance et de la neutralité de l'AETMIS apparaît donc essentiel à la mise en œuvre des principales caractéristiques du processus de mobilisation des connaissances qui se manifestent à des degrés divers dans les projets menés à l'AETMIS. La mobilisation des connaissances telle qu'observée au sein des pratiques de l'Agence :

- a) S'amorce avec une ou des questions décisionnelles issues d'une situation problématique et posées dans le cadre de la mission d'aide à la décision et à l'amélioration des soins et des services en santé.
- b) S'appuie sur une approche multidimensionnelle des connaissances : la question d'ETMIS ou de soutien à la pratique émane d'un contexte donné dont les enjeux doivent être explicités. Chaque question comporte plusieurs dimensions : scientifiques et technologiques, professionnelles, organisationnelles, sociales, économiques et culturelles.

L'exigence de neutralité envers les formes de savoirs encourage leur décloisonnement et la prise en considération des différentes dimensions interpellées par la question. Cette dernière ne concerne pas toujours une innovation technologique ou de nouvelles connaissances scientifiques à diffuser, elle peut porter sur les besoins des patients, les formes d'encadrement des pratiques, la formation des cliniciens, etc.

- c) Est fondée sur les interactions avec les acteurs. Plus précisément :

L'amélioration des soins et des services ne peut se réaliser sans l'intervention et les connaissances pratiques des acteurs du milieu de la santé. Elles se révèlent incontournables, notamment pour identifier les besoins des patients, des cliniciens et des décideurs, ainsi que pour dresser le portrait des enjeux professionnels, organisationnels, économiques, sociaux et culturels liés aux pratiques.

Le degré de collaboration avec les parties prenantes dépend des enjeux soulevés par la question de départ, des actions visées par le projet d'ETMIS ou de soutien à la pratique, des types de connaissances dont on a besoin pour réaliser ce projet et de la méthodologie de collecte de données. Nous avons d'ailleurs observé au sein des pratiques de l'Agence les cinq degrés de participation des parties prenantes dans l'évaluation, tels que décrits par Patton [2008, p. 80-1] : l'information, la consultation, l'implication, la collaboration et le partenariat (*empowerment*).

L'indépendance de l'Agence contribue à la prise en considération et à l'arbitrage des intérêts, des points de vue, des rapports de pouvoir et des expériences de tous les acteurs touchés par la problématique. La posture de l'AETMIS rejoint donc celle des organisations-frontières « *in which information and advice are developed through close collaboration between researchers, policy makers and other societal actors. These bodies have to be close to politics without being too close; they have to depoliticise policy problems without doing away with the normative choices associated with them; and importantly, they have to sustain their authoritative positions and credibility in order to perform these roles* » [Bekker et al., 2010, p. 249].

- d) Favorise la coconstruction et l'appropriation des connaissances : dans certains cas, les recommandations sont construites au fil des échanges et partages des connaissances avec les acteurs des milieux concernés. Elles en sont alors le produit, d'où une plus grande appropriation par les parties prenantes.
- e) Représente un processus itératif et continu de production des connaissances : les allers-retours constants avec le terrain mettent en lumière des informations qui peuvent entraîner des ajustements dans la collecte, la sélection et l'analyse des données. En effet, les interactions avec les parties prenantes non seulement participent au dévoilement, à la transformation et à la validation des connaissances, mais elles enfantent d'autres avenues d'investigation qui par rétroaction orientent la mobilisation des connaissances et appellent à de nouvelles pistes d'action.
- f) Comporte un aspect organique : elle doit tenir compte de l'interdépendance et de la complémentarité entre les éléments du système de santé et des services sociaux. Par exemple, nous ne pouvons évaluer la pertinence d'introduire un soin ou une pratique sans considérer la formation des professionnels, l'organisation des services et les ressources disponibles. Une approche organique de la mobilisation des connaissances met aussi davantage l'accent sur les processus de transformation des pratiques et les contextes liés aux enjeux de la requête.
- g) Se définit comme dynamique, multidirectionnelle et évolutive : elle n'est pas linéaire, mais en mouvement, c'est-à-dire que la mobilisation des connaissances s'adapte aux changements qui surviennent dans les contextes et au fil des interactions. Sa finalité n'étant pas de transférer des résultats de recherche, mais de répondre à une question d'évaluation, elle peut adopter différentes directions selon les enjeux, les données recueillies et les acteurs concernés.
- h) Revêt un caractère ouvert et réflexif : le fait de concevoir l'évaluation et tout projet de soutien à la pratique clinique, tel que l'élaboration de guides de pratique, comme des processus de mobilisation des connaissances ouvre d'emblée le champ des questions et des connaissances possibles à explorer et justifie le recours à diverses méthodologies, stratégies d'enquête et modes d'interactions, qui facilitent la triangulation des données. Chaque projet apporte son lot d'enseignements qui incitent l'AETMIS à évaluer, voire redéfinir certaines de ses pratiques. Les suivis et les formes d'évaluation continue représentent d'ailleurs des occasions de retours d'expérience sur la mobilisation des connaissances ayant mené aux recommandations.

Ces caractéristiques nous démontrent que même si la mobilisation des connaissances ne peut se résumer à un ensemble de procédures figées à suivre dans un cadre préétabli, des principes généraux guident néanmoins celle-ci tout au long du processus d'évaluation ou d'élaboration d'un guide de pratique clinique.

Troisième partie : quelques enseignements pour une mobilisation efficace des connaissances

En dernière analyse, soulignons certains éléments sur lesquels une attention particulière devrait être portée lors de la mobilisation des connaissances au sein des pratiques d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et de soutien à la pratique à l'AETMIS.

- 1) La mission d'aide à la décision en vue d'améliorer les soins et les services en santé dans un contexte de rationalisation des ressources constitue la raison d'être de l'Agence. Tout projet de quelque nature qu'il soit se rallie obligatoirement à cette mission. Même une recherche originale, qui vise la collecte de données primaires, doit être rattachée à la finalité pratique au cœur du mandat de l'Agence. Plus précisément, elle doit prévoir dès le départ à qui elle s'adresse, de quelle façon assurer la collaboration de toutes les parties prenantes dans le processus et comment seront diffusées et utilisées les données sur le terrain. Elle doit aussi prendre en considération le contexte dans lequel elle s'inscrit et les enjeux qui entourent son objet d'investigation.
- 2) La mobilisation des connaissances commence dès le dépôt de la requête, qui témoigne d'une situation problématique.
- 3) Dès l'initiation du projet, il apparaît primordial de :
 - a) Situer et décrire le contexte à l'origine de la question décisionnelle. Le contexte aura un impact sur l'identification des parties prenantes, les formes d'interactions préconisées, les stratégies de diffusion et la réceptivité des résultats.
 - b) Cerner les enjeux soulevés par la question.
 - c) Préciser les dimensions sur lesquelles portera l'évaluation et celles qui ne seront pas traitées en fonction de critères de choix spécifiés, tels que le temps et les ressources alloués au projet, les attentes du requérant et les urgences signalées. Cette partie du processus suppose une exploration préliminaire de la littérature, des allers-retours avec le requérant et des acteurs clés pour définir les attentes, établir les besoins prioritaires et convenir du type de produit à concevoir (rapport, avis, guide de pratique, etc.).
 - d) Bien identifier les parties prenantes et autres acteurs liés aux enjeux et aux dimensions à l'étude en tenant compte des aspects suivants :

Interpeller les acteurs directement concernés par chacune des dimensions de la question.

Cibler les personnes ou organisations imputables et responsables de la mise en œuvre des recommandations, et ce, en considérant chaque palier décisionnel.

Impliquer les acteurs reconnus par leurs pairs¹⁰.

Reconnaître les rapports de force entre les parties prenantes, leurs intérêts, leur rôle dans la problématique et les enjeux que représenterait pour elles l'application de certaines mesures. La collaboration de toutes les parties prenantes permet non seulement d'éviter qu'un groupe monopolise et définisse les enjeux, mais de favoriser l'examen de toutes les dimensions de la question.

10. L'expérience des chercheurs à l'AETMIS et plusieurs auteurs, dont Thompson et ses collaborateurs [2006], soulignent l'importance de cet aspect.

Se rappeler enfin que la première identification des parties prenantes ouvre seulement la voie des interactions possibles. D'autres acteurs ou parties prenantes pourront être conviés à collaborer en cours de route.

Compte tenu du rôle fondamental qu'elles jouent dans le processus d'évaluation et d'élaboration de projets de soutien à la pratique, il serait essentiel de dresser le portrait des parties prenantes principales et de documenter au fil du projet les types de savoirs qu'elles offrent, leurs intérêts et les rapports de pouvoirs qui existent entre elles. Une telle réflexion permettrait de comprendre et ainsi mieux anticiper les réactions ou résistances propres à certains milieux. Une bonne connaissance des attitudes, rapports de force et valeurs qui dominent au sein de chaque groupe pourrait également être pertinente lors de la formation de comités ou de groupes de discussion hétérogènes¹¹.

- e) Déterminer les modalités d'interactions.
- f) Prévoir la diffusion et la dissémination des connaissances : nous avons constaté qu'il y avait un lien entre l'appropriation des connaissances et leur diffusion et dissémination. Si, comme l'indiquent la littérature et l'analyse des projets menés à l'AETMIS, l'implication des acteurs et parties prenantes dans la réalisation d'un projet favorise leur appropriation, elle peut donc jouer un rôle significatif dans la diffusion et la dissémination des connaissances. Par conséquent, des stratégies de diffusion et de dissémination pourraient être proposées au commencement du processus afin d'accompagner les parties prenantes dans leur rôle de relais pendant et après l'évaluation.

Un modèle de mobilisation des connaissances dynamique et multidirectionnel suppose de réfléchir dès le début à toutes les étapes et de les revisiter en fonction des données recueillies au fil des recherches et des interactions. Ainsi, planifier les stratégies de diffusion des connaissances en amont comporterait comme avantages de :

Soutenir les chercheurs au cours de l'évaluation : des outils peuvent être mis en place pour favoriser les échanges.

Maintenir l'intérêt des milieux visés par les recommandations : des relances auprès des acteurs pendant le processus contribueraient à ranimer l'intérêt.

L'accomplissement d'un projet peut parfois exiger plusieurs mois, voire quelques années, d'où la nécessité de rappeler périodiquement l'existence de celui-ci aux personnes concernées.

Désigner les parties prenantes les plus susceptibles d'agir comme des relais et discuter avec elles du rôle qu'elles peuvent jouer dans la diffusion des résultats.

Adapter les stratégies de diffusion en fonction des résultats préliminaires.

11. En effet, comme nous le démontrent l'expérience entourant l'élaboration du guide de pratique sur le traitement en obésité pédiatrique et celle décrite par Dobrow et ses collaborateurs [2006], les citoyens, gestionnaires ou médecins de famille auraient moins tendance à s'exprimer en présence de spécialistes ou d'experts. La constitution de deux ou plusieurs groupes peut se révéler nécessaire dans un tel cas. Selon Lomas et ses collègues [2005, p. 23] : « Les participants au statut social élevé tendent à dominer les autres. Les spécialistes cliniques ont tendance à privilégier leur spécialité. »

Préparer le terrain aux recommandations à venir : au besoin, des commentaires pourraient être recueillis à mi-parcours sur les résultats ou constats préliminaires.

Cibler les personnes imputables dans le réseau et éveiller leur intérêt avant la fin du projet.

Une fois explicités, les éléments mentionnés précédemment peuvent servir de guide pour une mobilisation efficace des connaissances, voire fournir une assise à la planification de la recherche et des interactions.

En conclusion, rappelons que les modèles *knowledge-to-action* de transfert des connaissances situent les connaissances issues de la recherche scientifique au cœur du processus et réfléchissent aux actions à poser pour en assurer l'utilisation dans la pratique clinique. Quant à elle, l'approche *knowledge-in-action*, qui se dégage des pratiques de l'AETMIS, place l'action au début du processus et déduit de celle-ci les connaissances à produire et les acteurs et organisations à impliquer.

Dans une perspective d'ETMIS et de soutien à la pratique, l'aide à la décision constitue à la fois la finalité et le point de départ de la mobilisation des connaissances. Les savoirs sont mobilisés pour répondre à une situation problématique et orienter l'action. C'est pour cette raison que nous pouvons affirmer que l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, telle qu'elle se réalise à l'Agence, constitue en soi un processus de mobilisation des connaissances.

Remerciements

Nous tenons à remercier les chercheurs qui ont accepté de participer aux entretiens pour documenter les pratiques à l'AETMIS :

Reiner Banken pour le projet *Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec*.

Sylvie Beauchamp pour le projet *Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée à des fins esthétiques dans un contexte non médical*.

Pierre Dagenais pour le projet *Le syndrome de fatigue chronique : état des connaissances et évaluation des modes d'intervention au Québec*.

Laurie Lambert pour le projet *Évaluation sur le terrain du traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (ETIAMEST-1)*.

Anne-Claire Marcotte pour le projet *Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010*.

Linda Pinsonneault pour le projet *Le traitement de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent : pratiques efficaces et prometteuses*.

Annexe 1

Liste des projets

Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé

Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec.

Le syndrome de fatigue chronique : état des connaissances et évaluation des modes d'intervention au Québec.

Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée à des fins esthétiques dans un contexte non médical.

Soutien à la pratique

Évaluation sur le terrain du traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (ETIAMEST-1).

Le traitement de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent : pratiques efficaces et prometteuses.

Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010.

Annexe 2

Références des rapports et documents accompagnateurs

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Le syndrome de fatigue chronique : état des connaissances et évaluation des modes d'intervention au Québec. Rapport préparé par Guylaine Rouleau, Ugo Ceppi, Vibe Hjelholt Pedersen et Pierre Dagenais. ETMIS 2010;6(2):1-185.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Utilisation des lasers de classe 3b et 4 et de la lumière intense pulsée à des fins esthétiques dans un contexte non médical. Rapport préparé par Sylvie Beauchamp, Alicia Framarin et Jean-Marie R. Lance. ETMIS 2008a;4(4):1-77.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) : enjeux organisationnels et économiques de la prise en charge. Rapport préparé par Peter Bogaty, Lucy J. Boothroyd, Laurie Lambert, Jean-Marie R. Lance et Daniel Paquette. ETMIS 2008b;4(2):1-114.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Évaluation terrain de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (ETIAMEST) : document d'accompagnement. Montréal, Qc : AETMIS; 2008c. Disponible à : http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/phpwcms_filestorage/2dfd2491a3971009feb694e84fe0c096.pdf.
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec. Rapport préparé par Reiner Banken, Brigitte Côté, François de Champlain et André Lavoie. ETMIS 2005;1(1):1-82.
- Lambert L, Brown K, Segal E, Brophy J, Rodes-Cabau J, Bogaty P. Association between timeliness of reperfusion therapy and clinical outcomes in ST-elevation myocardial infarction. JAMA 2010;303(21):2148-55.
- Lambert L, Bogaty P, Carroll-Bilodeau C, Giguère M, Boothroyd L, Morin J. L'évaluation terrain sur l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). Portrait des délais du cheminement des soins. Montréal, Qc : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS); 2008. Disponible à : http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/phpwcms_filestorage/090d5d43b6382b3f2737329df5a2ada2.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Société le l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010. Québec, Qc : MSSS, SAAQ; 2005. Disponible à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/orientations_traumatisme.pdf.

Références

- Banken R. Role of HTA and good governance in the health system [présentation à la Human Development Learning Week, The World Bank, November 11th 2008]. Washington, DC : World Bank; 2008. Disponible à : http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/phpwcmms_filestorage/6659d04b962c8cfc96e632f88f14e6dd.pdf.
- Bekker M, van Egmond S, Wehrens R, Putters K, Bal R. Linking research and policy in Dutch healthcare: Infrastructure, innovations and impacts. *Evidence and Policy* 2010;6(2):237-53.
- Best A et Holmes B. Systems thinking, knowledge and action: Towards better models and methods. *Evidence and Policy* 2010;6(2):145-59.
- Blake SC et Ottoson JM. Knowledge utilization: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation* 2009;(124):21-34.
- Bowen S et Zwi AB. Pathways to "evidence-informed" policy and practice: A framework for action. *PLoS Med* 2005;2(7):e166.
- Chagnon F, Pouliot L, Malo C, Gervais MJ, Pigeon ME. Comparison of determinants of research knowledge utilization by practitioners and administrators in the field of child and family social services. *Implement Sci* 2010;5:41.
- Davison CM. Knowledge translation: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation* 2009;(124):75-87.
- Dobbins M, Ciliska D, Cockerill R, Barnsley J, DiCenso A. A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *Online J Knowl Synth Nurs* 2002;9:Document 7.
- Dobrow MJ, Goel V, Lemieux-Charles L, Black NA. The impact of context on evidence utilization: A framework for expert groups developing health policy recommendations. *Soc Sci Med* 2006;63(7):1811-24.
- Elissalde J et Renaud L. Les démarches de circulation des connaissances : mobilisation et valorisation des connaissances. Dans : Renaud L, dir. *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec; 2010 : 409-29. Disponible à : http://www.grms.uqam.ca/upload/files/livres/6-1_KM_A_mobilisation_connaissances.pdf.
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26(1):13-24.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82(4):581-629.

- Grimshaw J et Eccles MP. Knowledge translation of research findings. Dans : Effective dissemination of findings from research. Edmonton, AB : Institute of Health Economics (IHE); 2008 : 8-24. Disponible à : http://www.ihe.ca/documents/Dissemination_0.pdf.
- Jacobson N, Butterill D, Goering P. Development of a framework for knowledge translation: Understanding user context. *J Health Serv Res Policy* 2003;8(2):94-9.
- Lavis J, Davies H, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E. Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(Suppl 1):35-48.
- Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q* 2003;81(2):221-48, 171-2.
- Lehoux P et Blume S. Technology assessment and the sociopolitics of health technologies. *J Health Polit Policy Law* 2000;25(6):1083-120.
- Lehoux P et Williams-Jones B. Mapping the integration of social and ethical issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2007;23(1):9-16.
- Lemire N, Souffez K, Laurendeau M-C. Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2009. Disponible à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf.
- Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L, Law S. Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS); 2005. Disponible à : http://www.fcrss.ca/migrated/pdf/mythbusters/evidence_f.pdf.
- Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten S, Waye-Perry B. Knowledge transfer and exchange (KTE): A systematic review, key informant interviews and design of a KTE strategy. Dans : Effective dissemination of findings from research. Edmonton, AB : Institute of Health Economics (IHE); 2008 : 25-55. Disponible à : http://www.ihe.ca/documents/Dissemination_0.pdf.
- Patton MQ. Utilization-focused evaluation. 4^e éd. Thousand Oaks, CA : Sage Publications; 2008.
- Phipps DJ et Shapson S. Knowledge mobilisation builds local research collaborations for social innovation. *Evidence and Policy* 2009;5(3):211-27.
- Rogers EM. Diffusion of innovations. New York, NY : Free Press of Glencoe; 1962.
- Sorenson C, Drummond M, Kristensen FB, Busse R. How can the impact of health technology assessments be enhanced? Copenhagen, Danemark : World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. Disponible à : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/73225/E93420.pdf.

- Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol* 2011;64(1):6-10.
- Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. *CMAJ* 2009;181(3-4):165-8.
- Thompson GN, Estabrooks CA, Degner LF. Clarifying the concepts in knowledge transfer: A literature review. *J Adv Nurs* 2006;53(6):691-701.
- Varvasovszky Z et Brugha R. A stakeholder analysis. *Health Policy Plan* 2000;15(3):338-45.
- Ward V, Smith S, Carruthers S, Hamer S, House A. Knowledge brokering: Exploring the process of transferring knowledge into action. Final report. Leeds, Royaume-Uni : University of Leeds; 2010. Disponible à : <http://www.leeds.ac.uk/lihs/psychiatry/research/TransferringKnowledgeIntoAction/documents/Knowledge%20Brokering%20Final%20report.pdf>.
- Ward V, House A, Hamer S. Developing a framework for transferring knowledge into action: A thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy* 2009;14(3):156-64.
- Wilson PM, Petticrew M, Calnan MW, Nazareth I. Disseminating research findings: What should researchers do? A systematic scoping review of conceptual frameworks. *Implement Sci* 2010;5:91.