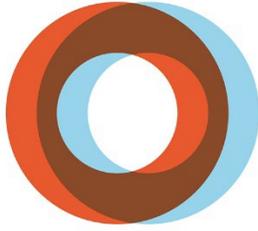




Analyse environnementale

**Structures organisationnelles des groupes
canadiens de transfert ou de mobilisation des
connaissances au service de la recherche en
milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation
des technologies de la santé**



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert
ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche
en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

Analyse environnementale

2024–N° 1

préparé par

Dave K. Marchand 

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé (UÉTMIS)

Institut universitaire de cardiologie et
de pneumologie de Québec — Université Laval

Mai 2024

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UÉT MIS) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval (Institut ou IUCPQ–ULaval).

RÉDACTION

Dave K. Marchand, RPh, MSc; agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉT MIS)  <https://orcid.org/0000-0003-4608-1515>

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Francine Aumont, MSc, MSI; bibliothécaire, Institut

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Joanne Hamelin; technicienne en administration, Institut

GRAPHISME

Mathieu Boudreau; illustrateur médical, Institut

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Marchand, Dave K. (2024). Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé. Analyse environnementale, 2024 — N° 1; UÉT MIS, IUCPQ–ULaval. Québec, xi-40 p.

POUR NOUS JOINDRE

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval
2725, chemin Sainte-Foy, bureau Y7161, Québec (Québec) G1V 4G5
418 656-8711, poste 2347
uetmis.iucpq@ssss.gouv.qc.ca

© 2024 UÉT MIS, IUCPQ–ULaval



Mis à disposition selon les termes de la licence [Creative Commons BY-NC-ND 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée. Aucune modification n'est autorisée.

ISBN 978-2-925212-47-8 (PDF)

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives Canada, 2024

PRÉAMBULE

LE GROUPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE DE CE PROJET

Le groupe de travail interdisciplinaire de ce projet avait pour mission d'identifier les enjeux et les dimensions à considérer pour la recension des données probantes et ses membres participaient aux échanges tout au long du projet, permettant d'assurer une compréhension commune du contexte. En plus de la rédaction, les membres étaient :

Mylène Lebrun-Paré, adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires — Volet affaires universitaires; IUCPQ-ULaval

D^r Pierre-Alexis Lépine, pneumologue-intensiviste, Service de pneumologie et de soins intensifs; Institut, directeur de la Plateforme en transfert des connaissances cœur-poumon-métabolisme; Université Laval

Éric Paradis, directeur administratif de la recherche universitaire; IUCPQ-ULaval

Sara-Édith Penney, coordonnatrice de la Plateforme en transfert des connaissances cœur-poumons-métabolisme; Université Laval

LE COMITÉ DIRECTEUR SCIENTIFIQUE DE L'UÉTMS DE L'INSTITUT

Le comité directeur scientifique de l'UÉTMS de l'Institut a pour mission de soutenir et de conseiller les décideuses et décideurs (p. ex. gestionnaires, médecins et autres membres du personnel de soins de santé) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante. En plus de la rédaction, les membres sont :

M. Philippe Asselin, adjoint à la directrice des soins infirmiers — Pratiques professionnelles et à la qualité des soins infirmiers

M^{me} Nathalie Châteauvert, pharmacienne

D^r Daniel Garceau, représentant du secteur du grand programme de médecine générale et spécialisée

D^r Rémi Lajeunesse, directeur de l'enseignement et des affaires universitaires

M^{me} Mylène Lebrun-Paré, adjointe au directeur de l'enseignement et des affaires universitaires — Volet affaires universitaires

D^r Daniel Lefrançois, directeur des services professionnels

D^{re} Odette Lescelleur, chirurgienne, Service de chirurgie générale

M. Serge Simard, biostatisticien, Centre de recherche

M^{me} Marie-France Thibault, APPR en vigie et transfert de connaissances

M^{me} Catherine Tremblay, ingénieure biomédicale

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par la rédaction, les membres du groupe de travail interdisciplinaire ni les membres du comité directeur scientifique.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par l'Institut et la Fondation IUCPQ.

NON-RESPONSABILITÉ

Ce document présente les informations répertoriées au 3 novembre 2023 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Bien que des précautions aient été prises pour s'assurer que les informations dans ce document soient exactes, complètes et à jour à la date susmentionnée, l'Institut ne garantit pas et n'est pas responsable de la qualité, de l'actualité, de la propriété, de l'exactitude ou du caractère raisonnable des déclarations, informations ou conclusions contenues dans les documents d'autrui utilisés dans la préparation de ce document. Les opinions et les points de vue d'autrui publiés dans ce document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Institut.

Bien que la patientèle et d'autres personnes puissent accéder à ce document, il est mis à disposition à des fins d'information uniquement et aucune représentation ni garantie n'est faite quant à son adéquation à un usage particulier. Les informations qui y sont contenues ne doivent pas être utilisées comme substitut d'un avis médical professionnel ou à l'application d'un jugement clinique concernant les soins d'une personne particulière ou d'un autre jugement professionnel dans tout processus de prise de décision. De plus, ces informations ne constituent pas une approbation ou un désaveu de l'utilisation du médicament, du mode d'intervention ou de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'Institut ou de son personnel à l'égard des informations transmises. En conséquence, la rédaction, l'UÉTMISS, l'Institut, la Fondation IUCPQ, les membres du groupe de travail interdisciplinaire de même que les membres du comité directeur scientifique de l'UÉTMISS ne sont pas responsables des erreurs, omissions, blessures, pertes ou dommages de quelque nature que ce soit, découlant de ou liés à l'utilisation (ou à la mauvaise utilisation) ou découlant de ou liés à l'interprétation (ou à la mauvaise interprétation) de toute information, recommandation, déclaration, constatation ou conclusion contenue ou implicite dans ce document ou tout matériel source.

Ce document peut contenir des liens vers des sites Web tiers. L'Institut n'a aucun contrôle sur le contenu de ces sites. L'utilisation de sites tiers est régie par les modalités définies pour ces sites par leurs propriétaires. L'Institut n'offre aucune garantie quant aux informations contenues sur ces sites tiers et n'est pas responsable des blessures, pertes ou dommages subis à la suite de l'utilisation de ces sites tiers. L'Institut n'est pas responsable de la collecte, de la sécurité, de l'utilisation ou de la divulgation de renseignements personnels par des sites tiers.

Sous réserve des limitations susmentionnées, les opinions exprimées dans le présent document sont celles de la rédaction et ne représentent pas nécessairement les opinions de l'Institut, de la Fondation IUCPQ, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou de tout tiers fournisseur d'informations.

Ce document est préparé et destiné à être utilisé dans le contexte du système de soins de santé canadien. L'utilisation de ce document à l'extérieur du Canada se fait aux risques et périls de la personne qui l'utilise.

Cette clause de non-responsabilité et toute question ou tout problème de quelque nature que ce soit lié au contenu ou à l'utilisation (ou à la mauvaise utilisation) de ce document seront régis et interprétés conformément aux lois de la province du Québec et aux lois du Canada qui s'y appliquent. Toutes les procédures seront soumises à la compétence exclusive des tribunaux de la province du Québec, Canada.

SOMMAIRE DE GESTION

Par le biais de cette analyse environnementale, nous avons interrogé et consulté des groupes canadiens en transfert ou en mobilisation de connaissances (TMC) en milieu hospitalier universitaire et en évaluation des technologies de la santé pour obtenir des informations sur leurs structures d'opération, leurs types de travaux, leurs capacités de production et leurs collaborations.

Au total, 36 organismes canadiens ont été identifiés. Bien que plusieurs organisations appartiennent à plusieurs catégories, on y retrouve quatre groupes œuvrant au niveau pancanadien et 31 groupes issus de quatre provinces, soit l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec. La plupart des répondantes et des répondants au sondage (38,9 %) représentaient un groupe en milieu hospitalier et étaient en existence en moyenne depuis 9,81 ans (étendue = 0,3 à 26 ans).

Les réponses à l'enquête, les consultations et la recherche documentaire ciblée, qui constituent la base de cette analyse, ont identifié de nombreux obstacles et facilitateurs au TMC. Les obstacles au TMC comprennent : la saturation de la capacité d'assimilation des connaissances, les carences en ressources humaines, financières et matérielles, les défis liés à la gestion de projets, l'asymétrie de pouvoir et les structures hiérarchiques ainsi que le manque de sensibilisation et de compréhension du TMC. Inversement, les facilitateurs du TMC comprennent : la collaboration, le renforcement des capacités ainsi que d'avoir une offre de service claire.

Un message fort ressortant de ce travail est la nécessité de structurer une entité de TMC avec un mandat soutenu par l'équipe de la direction, une offre de service claire ainsi que des ressources humaines, financières et matérielles adéquates pour garantir qu'elle prospérera dans sa mission plutôt que de simplement y survivre.

EXECUTIVE SUMMARY

Title: Organisational Structures of Canadian Knowledge Transfer or Mobilization Groups Serving Research in University Hospitals and Health Technology Assessment.

Abstract: Through this environmental scan, we surveyed and consulted Canadian groups in knowledge transfer or mobilization (KTM) in university hospitals and health technology assessment agencies or units to obtain information on their operating structures, their types of work, their production capacities and their collaborations.

In total, 36 Canadian organizations were identified. Although several organizations belong to several categories, there are four groups working at the pan-Canadian level and 31 groups from four provinces, namely Alberta, British Columbia, Ontario and Quebec. Most survey respondents (38.9%) represented a hospital-based group and had been in existence for an average of 9.81 years (range = 0.3 to 26 years).

The survey responses, consultations and targeted literature search, which form the basis of this analysis, identified numerous barriers and facilitators to KTM. Barriers to KTM include: saturation of knowledge assimilation capacity, scarce human, financial and material resources, challenges related to project management, power asymmetry and hierarchical structures as well as a general lack of awareness and understanding of KTM. Conversely, KTM facilitators include: collaboration, capacity building as well as having a clear service offering.

A strong message emerging from this work is the need to structure a KTM entity with a mandate supported by the executive team, a clear service offering, as well as adequate human, financial and material resources to ensure that it will thrive, rather than merely survive, in its mission.

**Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation
des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire
et de l'évaluation des technologies de la santé**

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION.....	1
2.	QUESTION DÉCISIONNELLE ET OBJECTIFS.....	2
2.1.	QUESTION DÉCISIONNELLE.....	2
2.2.	OBJECTIFS.....	2
3.	MÉTHODOLOGIE.....	3
3.1.	DÉMARCHE.....	3
3.2.	ENQUÊTE.....	3
3.3.	CONSULTATIONS.....	3
3.4.	RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	3
3.5.	SÉLECTION ET ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ DES PUBLICATIONS.....	4
3.6.	ANALYSE DES DONNÉES.....	4
3.7.	RÉVISION.....	4
4.	RÉSULTATS.....	5
4.1.	SOURCES DE DONNÉES.....	5
4.2.	OBJECTIF 1 : IDENTIFIER LES GROUPES DE TMC ACTIVEMENT AU SERVICE DE LA RECHERCHE EN MILIEU HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CANADIEN ET DES AGENCES OU UNITÉS EN ÉTMIS EN MILIEU HOSPITALIER OU NON.....	5
4.3.	OBJECTIF 2 : DRESSER UN APERÇU DES MANDATS ORGANISATIONNELS DE CES GROUPES, DE LEURS STRUCTURES D'OPÉRATION, DES TYPES DE TRAVAUX DE TMC EFFECTUÉS, DES CAPACITÉS DE PRODUCTION ET DE LEURS RÉSEAUX, PARTENARIATS, RESSOURCES (C.-À-D. HUMAINES, FINANCIÈRES OU MATÉRIELLES), OUTILS ET MÉTHODES, ET CE, SELON LEUR JURIDICTION (LOCALE, RÉGIONALE, PROVINCIALE, ET NATIONALE).....	7
4.3.1.	Mandats organisationnels des groupes.....	7
4.3.2.	Structure opérationnelle et ressources des groupes.....	9
4.3.3.	Types de travaux, outils et méthodes en TMC.....	10
4.3.4.	Capacités de production.....	11
4.3.5.	Réseaux et partenariats.....	11
4.4.	OBJECTIF 3 : IDENTIFIER LES CHEVAUchemENTS ET LES LACUNES DANS LES SERVICES ET LES RESSOURCES DE TMC DISPONIBLES À TRAVERS LE CANADA ET REHAUSSER LES PARTICULARITÉS AU CONTEXTE QUÉBÉCOIS.....	11
4.4.1.	Chevauchements.....	12
4.4.2.	Lacunes.....	13
4.4.3.	Particularités au contexte québécois.....	13
4.5.	OBJECTIF 4 : IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACILITATEURS AU TMC DESSERVANT LA RECHERCHE EN MILIEU HOSPITALIER UNIVERSITAIRE CANADIEN ET LES AGENCES OU UNITÉS EN ÉTMIS.....	14
4.5.1.	Obstacles au TMC.....	15
4.5.2.	Facilitateurs au TMC.....	18
5.	DERNIÈRES REMARQUES.....	19
	ANNEXES.....	20
	ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE (VERSION FRANÇAISE).....	20
	ANNEXE 2. QUESTIONS DE CONSULTATION (VERSION FRANÇAISE).....	26
	ANNEXE 3. INFORMATIONS SUR LES GROUPES AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE ET AUX CONSULTATIONS.....	27

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation
des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire
et de l'évaluation des technologies de la santé

ANNEXE 4. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DES GROUPES.....	29
BIBLIOGRAPHIE.....	35

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. ANALYSE DES SENTIMENTS INDICANT LA POLARITÉ DES PROPOS (C.-À-D. NÉGATIVE, NEUTRE OU POSITIVE) ISSUS DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE ET DES CONSULTATIONS AU SUJET D'OBSTACLES ET DE FACILITATEURS AU TMC
15

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AB	Alberta
APPR	agent de planification, de programmation et de recherche
BA	baccalauréat ès arts
BASc	baccalauréat ès arts et sciences
BC	Colombie-Britannique
BEd	baccalauréat ès éducation
BSc	baccalauréat ès sciences
BScA	baccalauréat ès sciences appliquées
CISSS	centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CM	choix multiple
CMPO	choix multiple, plus d'une option
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DEC	diplôme d'études collégiales
DEP	diplôme d'études professionnelles
DES	diplôme d'études secondaires
DESS	diplôme d'études supérieures spécialisées
DSc	doctorat ès sciences
ÉTC	équivalent temps-complet
ÉTMIS	évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
ÉTS	évaluation des technologies de la santé
FPRMC	Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis
FRQ	Fonds de recherche du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
Institut	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUCPQ–ULaval	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval
LLB	baccalauréat ès droit
M	maîtrise
MA	maîtrise ès arts

MBA	maîtrise ès administration des affaires
MD	menu déroulant
MD	doctorat ès médecine
<i>MEDLINE</i>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
NR	non rapporté
ON	Ontario
PhD	doctorat ès philosophie
QC	Québec
RUISSS	réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux
s. o.	sans objet
TL	texte libre
TMC	transfert ou mobilisation des connaissances
UÉTMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
YT	Yukon

1. INTRODUCTION

La mise en commun du savoir pour favoriser l'avancement de celles et ceux qui y contribuent existe depuis des centaines d'années¹. La Deuxième Guerre mondiale a eu un impact profond sur les efforts visant à proclamer les connaissances scientifiques, sous ses nombreuses formes, au-delà des cloisons académiques et organisationnelles afin d'expliquer l'importance, et surtout, la portée des découvertes^{2,3}. Pourtant, ce n'est qu'au cours des années 1960 qu'on assiste à une réflexion approfondie de la relation entre la science et la société⁴.

L'étude, à proprement dit, du « transfert de connaissances » date de 1989, où l'on s'intéresse à la manière dont les connaissances et la performance dans une tâche affectent la performance dans une autre tâche⁵. Depuis, plusieurs termes (p. ex. adaptation, application, diffusion, échange, mobilisation, utilisation, valorisation, vulgarisation) sont venus s'associer à ce processus de partage des données probantes, contribuant à une certaine confusion⁶⁻⁸. Au Canada, le terme « application des connaissances » (*knowledge translation*) est largement adopté^{9,10}. La « mobilisation des connaissances » (*knowledge mobilisation*) est un autre terme englobant un large éventail d'activités liées à la production et à l'utilisation des résultats de la recherche, notamment la synthèse, la diffusion, le transfert, l'échange et la cocréation ou la coproduction des connaissances¹¹. Dans une optique d'inclusivité et pour éviter l'autocensure des participantes et des participants à l'enquête et aux consultations, l'équipe de la rédaction a choisi d'utiliser la notion plus large du « transfert ou de la mobilisation des connaissances » (TMC) tout au long de cette analyse environnementale.

Il est démontré que le TMC est un facteur important pour la qualité des services en santé et services sociaux¹². En l'occurrence, l'importance de la production et de l'utilisation des connaissances basées sur des données probantes ainsi que les liens avec la qualité des services sont bien reconnus des organismes de réglementation et d'octroi de permis d'exercice professionnel. Leurs chartes dogmatiques et codes d'éthique se prononcent, sans équivoque, envers l'obligation des membres de maintenir à jour leurs connaissances et leurs compétences tout au long de leur vie professionnelle. Un TMC adéquat est tout aussi pertinent au niveau organisationnel, où la nécessité de revoir continuellement les connaissances et d'acquérir de nouvelles expertises offrira un avantage concurrentiel et une meilleure qualité de services.

Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec annoncées en 2023, souhaitant la gestion de proximité¹³, porteront à une décentralisation de certains processus décisionnels concernant les technologies de la santé et les meilleures pratiques cliniques. Ainsi, une collaboration et une coordination accrues, tant au niveau provincial et régional qu'au niveau des établissements et de leurs cliniciennes et cliniciens, seront avantageuses pour éviter la duplication d'efforts.

Actuellement, le TMC est fait de façon disparate à l'Institut. Les membres de sa communauté de productrices et de producteurs de connaissances sont largement laissés à leurs propres initiatives, sans structure formelle guidant le flux des données probantes vers les utilisatrices et les utilisateurs. Ainsi, cette analyse environnementale s'inscrit au début d'un mouvement voulant ultimement implanter une structure de TMC desservant l'écosystème de connaissance de l'Institut.

2. QUESTION DÉCISIONNELLE ET OBJECTIFS

2.1. Question décisionnelle

Comment devrions-nous structurer une unité de transfert ou mobilisation de connaissances au sein de l'Institut, qui desservirait la recherche en milieu hospitalier, l'UÉTMS et l'éducation de la patientèle?

2.2. Objectifs

1. Identifier les groupes de transfert ou de mobilisation de connaissances (TMC) activement au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et des agences ou unités en évaluation des technologies et modes d'interventions en santé (ÉTMS) en milieu hospitalier ou non.
2. Dresser un aperçu des mandats organisationnels de ces groupes, de leurs structures d'opération, des types de travaux de TMC effectués, des capacités de production et de leurs réseaux, partenariats, ressources (c.-à-d. humaines, financières ou matérielles), outils et méthodes, et ce, selon leur juridiction (locale, régionale, provinciale, et nationale).
3. Identifier les chevauchements et les lacunes dans les services et les ressources de TMC disponibles à travers le Canada et rehausser les particularités au contexte québécois.
4. Identifier les obstacles et les facilitateurs au TMC desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et les agences ou unités en ÉTMS.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Démarche

Un protocole d'évaluation a été écrit *a priori* en collaboration avec les membres du groupe de travail interdisciplinaire et il a été suivi tout au long du projet. Le protocole n'est pas publié, mais il est disponible sur demande auprès de l'équipe de la rédaction. Cette analyse environnementale s'appuie sur trois sources d'information par l'entremise de méthodes mixtes :

- Réponses à un questionnaire d'enquête en ligne (Annexe 1)
- Consultations de suivi par téléconférence individuelle avec certaines répondantes et certains répondants (Annexe 2)
- Une recherche documentaire ciblée (c.-à-d. non systématique)

3.2. Enquête

Le questionnaire de l'enquête visait à identifier les caractéristiques des groupes de TMC desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire et les agences ou unités en ÉTMIS au Canada ainsi que leurs efforts de TMC actuels. Le questionnaire comportait jusqu'à 37 questions (Annexe 1). L'ébauche du questionnaire a été testée à l'interne par des employés non impliqués dans ce projet et révisée en conséquence. La plateforme Microsoft^{MD} Forms¹⁴ a été utilisée pour créer et gérer l'enquête. Les invitations à l'enquête ont été envoyées par courrier électronique aux contacts identifiés grâce à des listes canadiennes énumérant les centres de recherche en milieu hospitalier universitaire, les directions de l'enseignement en milieu hospitalier universitaire, les chaires de leadership en enseignement en santé, les agences et unités en ÉTMIS ainsi que par une recherche sur Internet. L'enquête était fournie en français et en anglais. Elle a débuté le 13 novembre 2023 et les réponses ont été reçues jusqu'au 21 décembre 2023. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Microsoft^{MD} Excel¹⁵.

3.3. Consultations

La deuxième partie du projet comprenait des consultations de suivi par vidéoconférence avec des expertes et des experts en TMC ainsi que des répondantes et répondants individuels qui avaient indiqué être disposés à participer. Les consultations ont été menées au cours du mois de janvier 2024. Les entretiens avaient une approche flexible et semi-structurée et étaient enregistrés à l'aide du logiciel de vidéoconférence Microsoft^{MD} Teams¹⁶, automatisant ainsi la transcription des verbatim. Les questions générales posées lors des consultations sont présentées à l'Annexe 2. Les verbatim ont été analysés à l'aide du logiciel NVivo^{MD}; ¹⁷ en codant les expressions nominales, en les regroupant, en marquant chaque idée et en attribuant une importance à certains thèmes plutôt qu'à d'autres, et ce, en fonction de la fréquence d'apparition de chaque expression nominale. Une analyse des sentiments a aussi été menée.

3.4. Recherche documentaire

Une recherche documentaire ciblée a été effectuée par une bibliothécaire médicale dans le but de répondre aux questions suivantes :

1. Quelles informations sont disponibles sur la structuration des groupes de TMC desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et les agences ou unités en ÉTMIS, particulièrement : leurs conceptions, structurations, organisations, pratiques, ressources (c.-à-d. humaines, financières ou matérielles), réseaux et collaborations?
2. Quelles informations sont disponibles sur ces mêmes sujets à l'international?

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de la base de données indexée Ovid *MEDLINE*. Les concepts de recherche généraux comprenaient « transfert des connaissances », « application des connaissances » et « hôpital ». La récupération a été limitée aux articles publiés à partir du 1^{er} janvier 2013.

La littérature grise (c.-à-d. non publiée commercialement) a été repérée en recherchant les sites Web des organismes de réglementation, des agences et unités d'ÉTMIS et des associations professionnelles en TMC. Les moteurs de recherche Bing^{MD} et Google^{MD} ont été utilisés pour repérer des documents supplémentaires. Ces recherches ont été complétées par l'examen des bibliographies des principaux articles et en contactant des expertes et experts, le cas échéant.

3.5. Sélection et évaluation de l'admissibilité des publications

Un auteur a examiné les titres et résumés pour leur pertinence par rapport aux questions d'évaluation. Les articles en texte intégral jugés potentiellement pertinents ont été récupérés et évalués par un auteur pour une éventuelle inclusion.

3.6. Analyse des données

Toutes les répondantes, les répondants, les expertes et les experts ont donné leur consentement à l'utilisation des informations qu'ils ont fournies. Les informations provenant des réponses à l'enquête et des consultations sont résumées et présentées dans la section « Résultats » et sont organisées selon les quatre objectifs de cette analyse environnementale. Les informations supplémentaires identifiées grâce à la recherche documentaire y sont aussi intégrées.

3.7. Révision

Le rapport a été révisé par des membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir liste en page iii).

4. RÉSULTATS

4.1. Sources de données

L'invitation à l'enquête a été envoyée par courrier électronique à 132 contacts représentant des centres de recherche en milieu hospitalier universitaire, des directions de l'enseignement en milieu hospitalier universitaire, des agences et des unités en ÉTMIS, et ce, dans les provinces et les territoires où il y avait un tel contact identifié, soit au niveau national, provincial, régional ou au niveau de la prestation de services hospitaliers. Aucun contact n'a été identifié pour le territoire du Yukon (YT).

Puisque les personnes qui ont reçu l'invitation pouvaient la transférer à leur réseau, nous ne connaissons pas le nombre total d'individus qui auraient été invités à participer à l'enquête. Par contre, nous avons reçu 54 tentatives de réponses, dont 36 (66,7 %), qui étaient complètes et utilisables. Dix-neuf personnes ont été invitées à une consultation individuelle, dont 13 (68,4 %), qui ont été complétés.

La recherche documentaire a permis d'identifier des informations supplémentaires sur la structuration des groupes de TMC desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire et les agences ou unités en ÉTMIS au Canada et à l'international, afin de compléter les informations issues de l'enquête et des consultations. La qualité méthodologique des études incluses n'a pas été formellement évaluée. Dans l'ensemble, les études portant spécifiquement sur la structuration des groupes en TMC étaient difficiles à repérer et celles qui abordaient ce sujet le faisaient principalement comme sujet secondaire. Aussi, la tâche a été rendue plus difficile compte tenu de la terminologie variée utilisée pour décrire le TMC.

4.2. Objectif 1: Identifier les groupes de TMC activement au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et des agences ou unités en ÉTMIS en milieu hospitalier ou non

Une liste des groupes ayant contribué à l'enquête et aux consultations est fournie à l'Annexe 3. Les répondantes et les répondants au questionnaire de l'enquête représentaient 35 organisations différentes activement impliquées en TMC au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et des agences ou unités en ÉTMIS. On y retrouve quatre groupes œuvrant au niveau pancanadien ainsi que 31 groupes issus de quatre provinces canadiennes.

Pancanadien (n = 4 personnes) :

- *Carcinogen Exposure Canada*
- Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées
- Réseau de cellules souches
- Santé des enfants Canada

Alberta (n = 1 personne) :

- *Mental Health Accessibility and Policy Solutions Lab*

Colombie-Britannique (n = 10 personnes) :

- *BC Cancer Agency*
- *Cardiac Services BC*
- *Centre for Advancing Health Outcomes, St. Paul's Hospital*
- *Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, University of British-Columbia*
- *Department of Physical Therapy, University of British-Columbia*
- *Interior Health*
- *Island Health*
- *Providence Health Care*
- *WorkSafeBC*

Ontario (n = 10 personnes) :

- *Alliance pour des communautés en santé*
- *Brain Exchange, North Bay Regional Health Centre*
- *Centre for Aging + Brain Health Innovation, Baycrest, Health Sciences*
- *L'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa*
- *McMaster Health Forum*
- *Perley Health*
- *Registre et réseau des bons résultats dès la naissance Ontario*
- *Santé Ontario*
- *The Hospital for Sick Children*
- *Unity Health Toronto*

Québec (n = 12 personnes) :

- *Centre hospitalier de l'Université de Montréal*
- *CISSS de Chaudière-Appalaches*
- *CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*
- *CIUSSS de l'Estrie — Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke*
- *CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*
- *CIUSSS de la Capitale-Nationale*
- *CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*
- *CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*
- *Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval*
- *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*
- *McGill University Health Centre*

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

Les perspectives de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan, de Terre-Neuve-et-Labrador et des trois territoires (Territoires du Nord-Ouest, Nunavut et Yukon) ne sont pas représentées dans cette analyse environnementale. Des représentantes et des représentants dans le secteur hospitalier universitaire ou de l'évaluation des technologies de la santé ont été contactés dans ces juridictions (à l'exception du YT), mais aucune réponse à l'enquête ou aux demandes de consultations n'a été reçue.

L'Annexe 4 présente les données démographiques détaillées des groupes. La plupart des répondantes et des répondants au sondage (38,9 %) représentaient un groupe en milieu hospitalier et étaient en existence en moyenne depuis 9,81 ans (étendue = 0,3 à 26 ans).

4.3. Objectif 2 : Dresser un aperçu des mandats organisationnels de ces groupes, de leurs structures d'opération, des types de travaux de TMC effectués, des capacités de production et de leurs réseaux, partenariats, ressources (c.-à-d. humaines, financières ou matérielles), outils et méthodes, et ce, selon leur juridiction (locale, régionale, provinciale, et nationale)

4.3.1. Mandats organisationnels des groupes

La plupart des répondantes et des répondants à l'enquête et aux consultations rapportaient que leur groupe détient un mandat de production et de soutien en TMC au profit des membres de leur établissement. Dans l'ensemble, ils se voient confier les besoins en matière de diffusion, d'adoption, d'utilisation ou d'application de connaissances issues de la recherche, des pratiques de pointe ou des savoirs expérimentiels, et ce, dans le cadre de la mission de l'organisation. Certains groupes bénéficient d'échanges bidirectionnels avec l'équipe de la direction, pouvant ainsi amener leurs perspectives au plan stratégique organisationnel. De plus, certains groupes notaient une certaine latitude quant à leur mandat, ayant la possibilité d'entreprendre proactivement des projets concernant les priorités stratégiques, les indicateurs clés de performance ou le champ d'activité de l'organisation.

En réponse aux questions portant sur l'ÉTMIS, 39,4 % des répondantes et répondants ont identifié que leur groupe entreprend des évaluations des technologies de la santé (ÉTS) tandis que 15,2 % indiquaient que leur groupe entreprend et commandite des ÉTS (c.-à-d. qu'ils en produisent et qu'ils engagent d'autres organismes pour en produire à l'occasion). En contrepartie, 45,5 % des répondantes et des répondants signalaient que leur groupe n'entreprend pas ni ne commandite pas d'ÉTS. Ces derniers produisent d'autres types de connaissances (p. ex. des fiches synthèses, note de breffage politique) ou ne produisent pas directement de connaissances eux-mêmes, se concentrant seulement sur les activités de TMC, au profit de leurs clientes et clients.

Concernant la portée et les objectifs du TMC, deux perspectives émergent des données recueillies. La première s'aligne sur une vision historiquement traditionnelle voulant que le mandat du TMC se concentre sur la diffusion des connaissances (voir l'élément 2 à la Figure 1). Ainsi, les participantes et les participants rapportaient que leur rôle est essentiellement celui d'un intermédiaire dans un processus linéaire et qu'une intervention en amont ou en aval de leur rôle n'est pas nécessairement dans leur sphère d'activité. De plus, ils soutenaient que l'objectif principal du TMC est de garantir que les précieuses connaissances et les résultats de la recherche soient communiqués efficacement à celles et ceux qui peuvent les utiliser.

D'autre part, une deuxième perspective émerge des données recueillies, préconisant une interprétation plus large du rôle du TMC, englobant non seulement la diffusion, mais aussi la production et l'implantation des connaissances (voir l'élément 7 à la Figure 1). Ici, les répondantes et les répondants indiquaient que la production de connaissances est souvent un processus collaboratif et itératif, impliquant des boucles de rétroaction entre

les productrices et producteurs de connaissances et ses utilisatrices et utilisateurs. En incluant la production de connaissances dans le cadre de leur mandat, ces groupes visent souvent la cocréation d'activités de TMC. Ils rapportaient que leurs activités étaient plus susceptibles d'être pertinentes et que les connaissances étaient plus susceptibles d'être adoptées. De plus, l'intégration du volet d'implantation des connaissances dans le cadre de leur mandat permet à ces groupes de mieux comprendre le contexte, d'y adapter les connaissances et de promouvoir leur appropriation. Ils rapportaient qu'ils pouvaient ainsi mener à des améliorations tangibles au niveau des politiques en santé, des pratiques cliniques et des indicateurs clés de performance de l'organisation. De cette manière, les groupes souscrivant au trio production-diffusion-implantation considèrent la connaissance comme étant dynamique, dépendante de son contexte et façonnée par les interactions entre celles et ceux qui la créent et l'utilisent.

La première approche peut être critiquée pour son potentiel de simplification excessive de la complexité des écosystèmes de connaissances, tandis que la seconde peut être remise en question par les ressources et l'expertise supplémentaires requises pour s'engager dans la production et l'implantation des connaissances.

Malgré leurs différences, ces deux perspectives de rôles apportent de précieuses contributions pour combler le fossé entre la production des connaissances et leur utilisation. L'approche centrée sur la diffusion garantit que les connaissances atteignent un large public, accélérant potentiellement l'adoption des pratiques ou technologies innovantes. Parallèlement, l'approche inclusive de la production et de l'implantation favorise un engagement plus profond auprès des utilisatrices et des utilisateurs des connaissances, conduisant à des applications plus personnalisées et potentiellement plus efficaces des résultats de la recherche.

En fin de compte, le choix entre ces écoles de pensée dépendra largement des objectifs et notamment des ressources humaines, financières et matérielles mises à la disposition du groupe ainsi que du contexte spécifique de son écosystème de connaissances.

Ainsi, le débat entre ces deux écoles de pensée reflète la nature dynamique du TMC et souligne la nécessité d'une compréhension nuancée de la meilleure manière de mener les connaissances à l'action en vue d'obtenir les impacts souhaités. Qu'il s'agisse de concentrer sa sphère d'action sur la diffusion ou d'épouser le trio production-diffusion-implantation, l'objectif reste le même : faciliter le flux des connaissances de manière à accroître leur valeur et leur adoption pour relever les défis auxquels la société est confrontée.

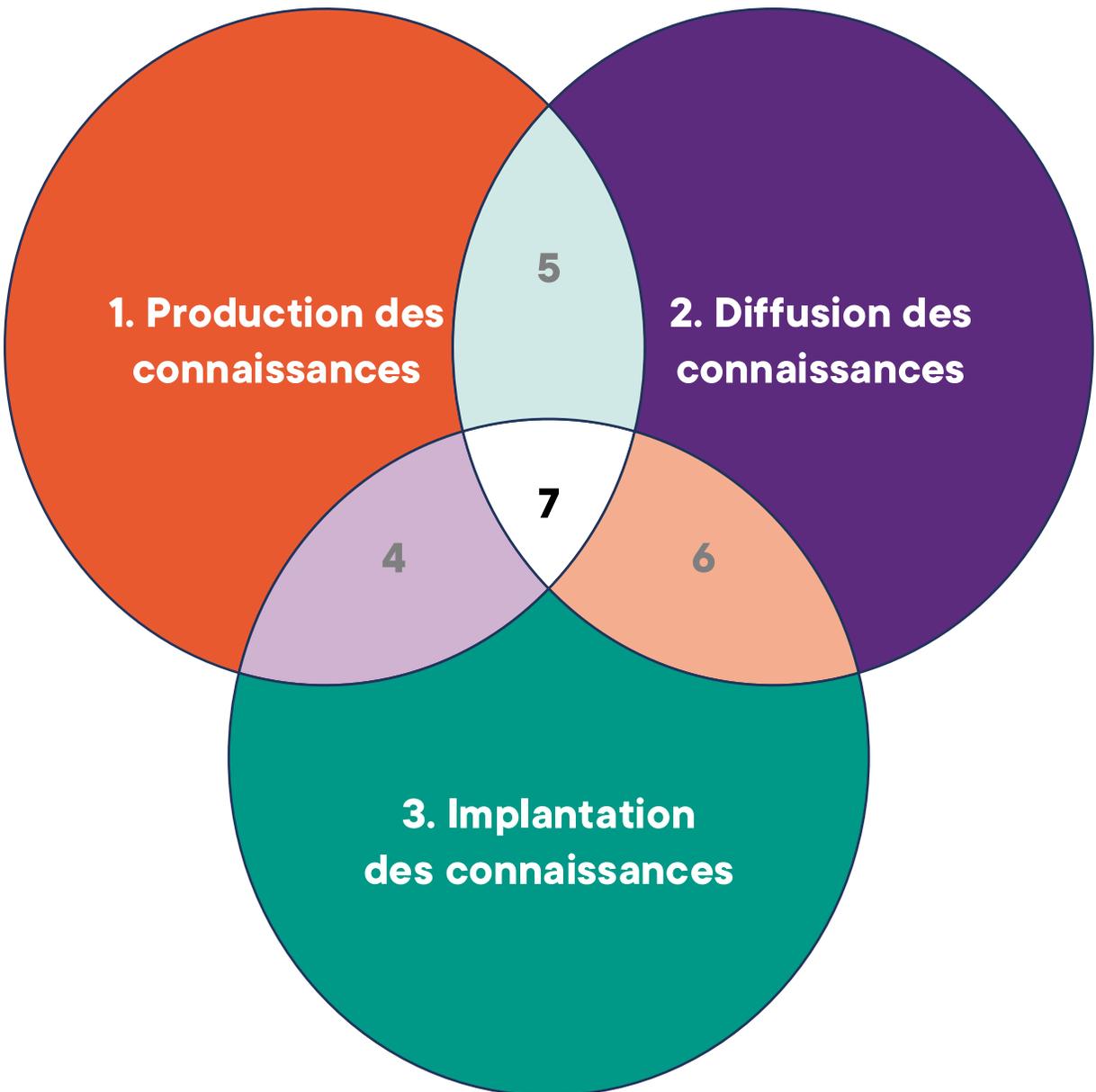


Figure 1. Diagramme de Venn illustrant les différents domaines se rattachant à un écosystème de connaissances, telles que la production (1), la diffusion (2) et l'implantation (3) des connaissances. Différents groupes de TMC voient leurs sphères d'activité à l'interface de ces domaines, particulièrement l'interface (5) entre la production et la diffusion. Par ailleurs, il émerge des données deux grandes perspectives sur la portée et les objectifs de la sphère d'action des groupes. La première perspective prône que le TMC devrait se concentrer exclusivement sur la diffusion des connaissances (2), tandis que la deuxième préconise une interprétation plus large, englobant non seulement la diffusion, mais aussi la production et l'implantation des connaissances (7).

4.3.2. Structure opérationnelle et ressources des groupes

La plupart des répondantes et des répondants à l'enquête et aux consultations rapportaient l'emplacement de leur groupe au sein de l'organisation était le plus souvent dans un département, une direction ou un service de recherche, d'innovation ou de méthodologie (25,0 %), d'enseignement ou d'affaires universitaires (20,5 %) ou stratégiquement positionnés sous la présidence et direction générale, l'équipe de direction ou le conseil

d'administration (13,6 %). Une analyse stratifiée démontre que l'emplacement du groupe au sein de l'organisation pour les groupes plus jeunes (c.-à-d. sous la moyenne de 9,81 années en existence) suit ce même ordre. Pour leur part, les groupes en haut de cette moyenne sont plus souvent situés dans un département, une direction ou un service (i) de recherche, d'innovation ou de méthodologie, (ii) de pratique professionnelle ou encore une fois (iii) stratégiquement positionnés sous la présidence et direction générale, l'équipe de direction ou le conseil d'administration.

La plupart des répondantes et des répondants au sondage (74,3 %) indiquaient que la vocation de leur groupe n'était pas uniquement dédiée au TMC et incluait, le plus fréquemment, des activités liées à la recherche (24,0 %) ou à la gestion de projets ou d'événements (14,0 %). Les productrices et producteurs de connaissances de ces groupes étaient généralement issus d'un milieu hospitalier (20,0 %) ou d'un établissement d'enseignement supérieur (17,9 %). Par ailleurs, les utilisatrices et utilisateurs de connaissances les plus fréquemment ciblés étaient les décideuses et décideurs d'un hôpital (11,6 %), la patientèle concernée de l'organisation (11,6 %), une agence ou un ministère provincial ou territorial (11,2 %), un groupe de cliniciennes et de cliniciens de l'organisation (10,7 %), la communauté concernée à l'extérieur de l'organisation (10,7 %) ou un groupe de cliniciennes et de cliniciens à l'extérieur de l'organisation (10,3 %). Voir l'Annexe 4 pour l'énumération complète des données, incluant celles répertoriées moins fréquemment.

Les répondantes et les répondants rapportaient que la source de financement était le plus souvent publique, en provenance du palier provincial ou territorial (44,1 %).

En moyenne, les groupes employaient 9,12 équivalents temps-complet (ÉTC) (étendue = 1 à 59 ÉTC). Quelques 25 titres d'emploi, fonctions ou rôles distincts ont été répertoriés, le plus souvent celui d'agentes ou d'agent de recherche (30,4 %). Les groupes employant davantage de personnel développent habituellement une structure organisationnelle favorisant la spécialisation. Le profil pédagogique des personnes œuvrant dans ces groupes englobait 72 différents types de formations, le plus souvent un baccalauréat ès sciences (spécialisation non rapportée [NR]) (15,8 %), une maîtrise en santé publique (9,3 %) ou une maîtrise ès sciences (spécialisation NR) (8,9 %). Il est à noter que seul 0,8 % des profils pédagogiques recensés était directement axé sur le TMC, tel qu'un certificat en application des connaissances (0,4 %), en mobilisation des connaissances (0,2 %) ou une maîtrise ès sciences en transfert des connaissances (0,2 %). Ces données sont alignées avec celles de la littérature canadienne et expliquent en partie la difficulté d'embaucher ces profils pédagogiques pour ensuite se retourner vers une personne détenant une formation ou une expérience professionnelle en TMC¹⁸.

La majorité (61,8 %) des répondantes et des répondants indiquaient que leur groupe effectuait un minimum d'évaluation de la performance, de l'efficacité ou de l'impact de ses activités de TMC. Le plus souvent (25,0 %), un sondage est distribué longtemps après l'activité (p. ex. trois à six mois) évaluant l'acquisition, la rétention et l'application des connaissances diffusées. Autrement, 21,9 % des répondantes et des répondants indiquaient que la mesure était prise par l'entremise d'un sondage immédiatement ou peu après l'activité, évaluant ainsi la satisfaction des utilisatrices et des utilisateurs de connaissances envers cette dernière. Six autres méthodes d'évaluations ont été répertoriées (Annexe 4).

4.3.3. Types de travaux, outils et méthodes en TMC

La plupart (70,6 %) des répondantes et des répondants à l'enquête et aux consultations rapportaient que leur groupe n'était pas autonome dans sa capacité à mener à bien leurs projets en TMC, ayant recours à des services externes tels que de graphisme (20,0 %) ou de traduction (18,7 %). Cela fait contraste aux résultats d'une étude américaine de 2016 portant sur les groupes de TMC des 200 meilleures universités au monde¹⁹. Les responsables de l'étude démontrent que les meilleures universités dans la catégorie des citations (c.-à-d. les universités les plus citées au monde) adoptent principalement une structure autonome, rapprochant au

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

maximum la production de connaissances aux activités de TMC, tout en mêlant un minimum d'individus et d'organisations externes aux opérations du groupe¹⁹.

Concernant le type de livrables, les répondantes et les répondants rapportaient le plus souvent la production de documents (22,7 %), tels que des résumés en langage simple, infographies, matériels éducatifs, communiqués de presse, matériels promotionnels ou de médias (20,6 %), tels que des blogues, infolettres, diapositives pour une présentation, baladodiffusions, capsules vidéo, sites Web, publications sur les réseaux sociaux, wikis, entrevues à la radio, entrevues à la télévision. Certains soutiennent également les activités d'implantation, même si cela ne constitue pas l'essentiel de leurs activités.

La majorité des groupes indiquait avoir des critères formels ou informels de sélection de projets (63,2 %). Également, 75,0 % indiquaient avoir des critères formels ou informels pour prioriser leur charge de travail. La prépondérance d'exercices de sélection et de priorisation des activités de TMC est largement reconnue dans la littérature²⁰⁻²³.

À l'égard de l'approche méthodologique, les données de l'enquête révèlent que ce travail est le plus souvent accompli en privilégiant le cadre théorique *Knowledge-to-Action cycle*⁷. Treize autres cadres, théories ou modèles ont été recensés parmi les participantes et les participants, et des dizaines d'autres existent dans la littérature²⁴.

4.3.4. Capacités de production

Au cours d'une année typique, les répondantes et répondants indiquaient avoir un volume de production le plus fréquemment entre 6 à 10 livrables (26,9 %) et 21 à 50 livrables (26,9 %). Le délai de production moyen pour un projet typique était de 7,09 mois; cependant, cette mesure est hautement variable en fonction du projet (étendue = 7 jours à 36 mois). Les livrables étaient le plus souvent (35,9 %) offerts en format bilingue, français et anglais. De plus, 41,9 % des répondantes et des répondants indiquaient que certains livrables étaient accessibles aux personnes en situation de handicap, en fonction du sujet. Ces derniers étaient rendus accessibles le plus souvent (66,7 %) en s'assurant du respect des normes d'accessibilités applicables aux juridictions où leur utilisation était prévue. Aucune donnée statistique n'a été identifiée dans la littérature canadienne ou internationale au sujet de livrables ou d'activités de TMC offerts en formats accessibles.

4.3.5. Réseaux et partenariats

La plupart (60,0 %) des répondantes et des répondants à l'enquête et aux consultations rapportaient que leur groupe menait un travail collaboratif avec d'autres groupes en TMC, qu'il soit au sein de leur juridiction ou à l'extérieur de cette dernière. La nature des collaborations portait, par exemple, sur la contribution conjointe à un projet d'intérêt mutuel ou au partage d'informations sur des sujets d'intérêt commun. De plus, un accent était mis sur l'importance du réseautage pour développer les compétences TMC.

4.4. Objectif 3 : Identifier les chevauchements et les lacunes dans les services et les ressources de TMC disponibles à travers le Canada et rehausser les particularités au contexte québécois

Le panorama des services et des ressources de TMC au Canada est diversifié, comportant plusieurs initiatives et opérant à différents niveaux. Les données recueillies auprès des participantes et participants à l'enquête et aux consultations soulevaient des chevauchements, des lacunes et certaines particularités propres au contexte québécois.

4.4.1. Chevauchements

Priorités redondantes et dédoublement de produits

L'observation la plus courante était celle d'un dédoublement de produits de TMC, où les mêmes sujets sont repris par plusieurs groupes, souvent parce que la portée du travail existant (ou en cours) ou le besoin final n'étaient pas alignés avec celui du groupe entreprenant le projet redondant.

Pourtant, il existe plusieurs organisations et réseaux qui opèrent à l'échelle pancanadienne, comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), qui financent et soutiennent les activités de TMC au Canada. Pareillement, au palier provincial on retrouve d'autres organismes offrant un soutien au TMC, tel que les Fonds de recherche du Québec (FRQ), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et plus récemment, les Fonds de prévention et de recherche en matière de cannabis (FPRMC). Ces organismes jouent un rôle essentiel, certes. Par contre, un manque de coordination mène à des chevauchements d'efforts et des redondances en produits de TMC.

Cela étant dit, il est important de souligner que ce ne sont pas tous les dédoublements qui constituent un franc gaspillage d'efforts. La nécessité d'une contextualisation locale l'emporte souvent sur le risque d'un travail redondant. Par exemple, l'INSPQ est un organisme de recherche et de transfert des connaissances en santé publique et l'UÉTMS d'un CIUSSS pourrait reprendre un projet touchant ce domaine, tout en contextualisant le sujet à sa réalité.

Nonobstant des bénéfices parcimonieux que peut apporter le chevauchement d'effort, il existe un nombre notable de dédoublements et de gaspillages d'effort, en référence aux nombreux sujets examinés par plusieurs juridictions sans aucune tentative de coordination d'efforts ou de partage d'informations. Il émerge des données recensées dans cette analyse environnementale des problèmes d'inefficacité ou de pratiques inutiles dans le processus de TMC, menant à une utilisation sous-optimale des ressources humaines, financières et matérielles. En l'occurrence, les répondantes et les répondants rapportaient que de nombreux groupes, qu'ils proviennent de leur juridiction ou à l'extérieur de cette dernière, se posaient souvent des questions semblables. Autre circonstance aggravant la situation : lorsque deux groupes se contredisent dans leurs produits de TMC. Ces redondances révèlent l'absence d'un mécanisme de coordination et d'intégration entre les différents groupes et leurs initiatives de TMC. Cela est vrai tant au Québec qu'ailleurs au Canada.

Alignement méthodologique

Dans l'ensemble, les groupes créent une gamme de produits en TMC largement cohérent grâce à un chevauchement dans leurs approches méthodologiques, tel que l'utilisation répandue du cadre théorique *Knowledge-to-Action cycle*⁷. Cela est dû considérablement au fait que ce cadre est privilégié par les organismes canadiens de financement (IRSC, le CRSH et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada [CRSNG]) pour la conceptualisation d'un plan d'application des connaissances intégrée à l'ensemble du processus de recherche ou en fin de subvention.

Malgré ce chevauchement, les considérations contextuelles permettent quand même de choisir parmi une diversité d'orientations méthodologiques. À l'autre extrême, un manque total d'alignement méthodologique entrave la collaboration entre les groupes puisqu'il devient difficile de trouver un accord sur l'approche idéale qui répondra aux divers besoins des utilisatrices et des utilisateurs.

En théorie, un chevauchement méthodologique offre un certain confort, à tort ou à raison, alors que l'on serait parvenue à la même conclusion, lorsqu'on envisage la contextualisation et l'adaptation d'un travail complété par

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

un autre groupe. Mais les données démontrent que cette hypothèse rend plusieurs groupes en TMC mal à l'aise, puisqu'ils préfèrent faire cavalier seul, dédoublant le travail par prudence.

4.4.2. Lacunes

Considération des personnes mal desservies

La vaste majorité des groupes ayant participé à cette analyse environnementale reconnaissent l'importance stratégique d'axer leurs activités de TMC sur la patientèle, les soignantes et les soignants ainsi que les familles. Pourtant, une analyse des mandats organisationnels et des objectifs opérationnels expose des tensions entre les besoins des utilisatrices et utilisateurs de connaissances et les priorités organisationnelles des groupes en TMC. Par exemple, l'engagement des groupes en TMC demeure faible envers les personnes typiquement mal desservies par le système de santé et de services sociaux. Malgré des améliorations au cours des dernières années, il existe un manquement, tant au Québec qu'ailleurs au Canada, dans la considération des expériences, des perspectives et des préférences des personnes vivant en zones rurales et éloignées, des populations autochtones, des groupes racisés, des populations immigrantes ou réfugiées, des personnes vivant avec un handicap, des personnes économiquement défavorisées, des personnes issues de minorités sexuelles et des autres personnes mal desservies par le système de santé et de services sociaux.

Pourtant, de nombreuses professionnelles et de nombreux professionnels en santé constatent que les résultats ainsi que les mesures des résultats rapportés par la patientèle peuvent faciliter le TMC^{8,25,26}. Par ailleurs, les données scientifiques démontrent que les connaissances générées en dehors des populations mal desservies peuvent ne pas correspondre aux réalités de ces communautés et peuvent, par inadvertance, causer des dommages²⁷⁻²⁹.

Manque d'évaluation systématique et d'accès aux données

Les données recueillies auprès des participantes et participants à l'enquête et aux consultations soulevaient des défis liés à l'évaluation systématique et l'analyse d'impact des activités de TMC, tant au Québec qu'ailleurs au Canada. Ce constat fait écho aux données issues de la littérature qui révèlent plusieurs défis liés à la mesure du TMC³⁰⁻³⁵ ainsi qu'une rareté d'études évaluant les outils de TMC³⁶⁻³⁸. Bien que la nécessité d'évaluer et d'analyser la pratique soit reconnue et ne fasse aucunement l'objet d'un débat, les répondantes et les répondants rapportaient un manque de temps et d'importants défis liés à l'accès aux données pertinentes permettant de mener à bien ces activités.

À l'instar du contexte canadien plus large, il existe au Québec un manque à la démonstration, par des résultats tangibles, de la valeur directe et de l'efficacité des initiatives de TMC. Cette lacune deviendra de plus en plus problématique étant donné que les bailleurs de fonds exigent, à juste titre, la transparence et la reddition de comptes comme condition d'un soutien continu, et ce, dans un contexte où les coûts des soins de santé continuent de dépasser les tendances historiques en matière de dépenses.

4.4.3. Particularités au contexte québécois

Considération basée sur le sexe et le genre

Malgré les manquements au niveau des considérations accordées aux personnes typiquement mal desservies par le système de santé et de services sociaux, les données recueillies font ressortir un aspect notable au Québec : l'effort mis envers l'intégration des expériences, des perspectives et des préférences basées sur le

sexe et le genre dans les interventions de TMC. Dans l'ensemble, les groupes de TMC québécois semblaient reconnaître l'influence qu'ont le sexe et le genre sur les indicateurs liés à la santé, et ils rapportaient adapter leurs approches en conséquence.

Moins d'outils et d'activités de cocréation au Québec

On observe, au Québec et ailleurs au Canada, que l'accent est mis sur la création de documents (95,7 % des répondantes et des répondants hors Québec comparativement à 90,9 % au Québec, valeur $P = 0,58$), de médias (82,6 % hors Québec comparativement à 72,7 % au Québec, valeur $P = 0,25$) et d'événements d'échange de connaissances (87,0 % hors Québec comparativement à 72,7 % au Québec, valeur $P = 0,15$).

En comparaison, les groupes de TMC provenant d'autres juridictions canadiennes mettaient davantage l'accent sur la production d'outils (91,3 % des répondantes et des répondants hors Québec comparativement à 54,5 % au Québec, valeur $P = 0,01$) et de processus dynamique et itératif de mise en pratique de la recherche, tels que la cocréation et l'application intégrées des connaissances (78,3 % hors Québec comparativement à 36,4 % au Québec, valeur $P = 0,01$).

Le format dans lequel les connaissances sont présentées et les méthodes utilisées pour les partager avec les utilisatrices et les utilisateurs peuvent avoir un impact direct sur leur valeur perçue et, par conséquent, sur la probabilité qu'elles soient utilisées dans la pratique³⁹. Ce domaine mérite une attention particulière des groupes en TMC pour garantir la présentation claire et concise des connaissances produites.

La force des réseaux et partenariats au Québec

Quoique les hôpitaux universitaires canadiens participent fréquemment à des réseaux nationaux et provinciaux, tels que SoinsSantéCAN (anciennement l'Association canadienne des institutions de santé universitaires), le Québec a la particularité de sa forte tradition de réseaux et de partenariats. Les réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) en sont un exemple.

Les RUISSS emploient un modèle de gouvernance fédéré, situé quelque part sur le spectre entre les modèles purement centralisés et décentralisés. Cela favorise une certaine centralisation des normes et des politiques, mais seulement dans l'objectif d'assurer la fluidité des services entre ses membres et de prévenir les doublons d'efforts. Cependant, les groupes de TMC trouvent profit à l'efficacité des RUISSS à la promotion de messages clairs, une des forces traditionnellement réservées aux réseaux dotés d'une structure de gouvernance centralisée⁴⁰.

Toutefois, les données issues de la littérature nous rappellent que la formation de réseaux et de partenariats est un processus long et complexe⁴¹, concept qui semble faire écho chez les participantes et les participants à cette analyse environnementale.

4.5. Objectif 4 : Identifier les obstacles et les facilitateurs au TMC desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et les agences ou unités en ÉTMIS

Les constats pour cet objectif sont tirés des données qualitatives provenant des répondantes et des répondants à l'enquête ainsi que des participantes et des participants aux consultations. Une analyse des sentiments a permis d'identifier la polarité de certains propos en lien avec les thématiques principales (voir Tableau 1). Cette analyse donne un aperçu des émotions derrière les propos, permettant de catégoriser le ressenti des participantes et des participants en expression positive, négative ou neutre. Les implications de cette analyse sont discutées aux sections « 4.5.1 Obstacles au TMC » et « 4.5.2 Facilitateurs au TMC ». Un plan d'action pour

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

renforcer les sentiments positifs ou, au contraire, faire évoluer les sentiments neutres ou négatifs vers quelque chose de plus positif pourra ainsi être envisagé.

Tableau 1. Analyse des sentiments indiquant la polarité des propos (c.-à-d. négative, neutre ou positive) issus des données de l'enquête et des consultations au sujet d'obstacles et de facilitateurs au TMC

Polarité	Sentiments
Négative	Frustrations face aux : <ul style="list-style-type: none"> • Contraintes en ressources • Dédouplements et inefficacités • Manques de sensibilisation et de compréhension du TMC
Positive	Engagements envers : <ul style="list-style-type: none"> • La collaboration et le soutien • L'amélioration continue • Le renforcement des capacités
Neutre	Équilibre entre la frustration et l'engagement face aux : <ul style="list-style-type: none"> • Processus et méthodologies • Défis et opportunités à relever • Rôles du TMC au sein de l'organisation

4.5.1. Obstacles au TMC

Saturation de la capacité d'assimilation des connaissances

Les données recueillies auprès des participantes et participants à l'enquête et aux consultations soulevaient des défis qui venaient limiter le succès de leurs activités de TMC. Un thème important est les difficultés auxquelles les utilisatrices et les utilisateurs de connaissances, telles que les professionnelles et les professionnels de la santé, sont confrontés dans l'assimilation des connaissances en raison de contraintes de temps, d'une résistance au changement ou d'un manque de ressources humaines, financières ou matérielles. La littérature soutient ces données en révélant plusieurs défis liés à la saturation cognitive (p. ex. messages trop longs ou lectorat mal ciblé) et les attitudes négatives envers le changement^{18,42-46}.

Carence en ressources

Les répondantes et les répondants ont souligné la complexité croissante du TMC, une portée de travail plus large, une plus grande participation de la patientèle et la prise en compte de facteurs contextuels, qui nécessitent tous des ressources supplémentaires. Pourtant, le manque de ressources financières ou matérielles est une lacune exprimée par plusieurs groupes. Même s'il existe des possibilités de financement pour le TMC, elles peuvent être compétitives et limitées. Les petits groupes, notamment ceux au palier communautaire, et en particulier au Québec, expriment des difficultés d'accès aux ressources dont ils ont besoin pour mener à bien leurs activités. Cet obstacle introduit une instabilité structurelle et un frein à la planification à long terme, particulièrement chez les groupes n'ayant pas un financement de base récurrent.

Les défis liés à la capacité de production des groupes en contexte de manque de ressources sont un autre thème émergent des données recueillies et de l'analyse des sentiments (Tableau 1). Plusieurs participantes et participants révélaient qu'ils publicisent rarement leur service de TMC, puisqu'ils ne seraient simplement pas en mesure de gérer leur offre de service face au volume de demandes, au risque de ralentir ou de suspendre les projets en cours.

De plus, une thématique controversée émerge des données : la perception par certains groupes de TMC de devoir justifier chaque dollar qui leur est accordé, et ce, généralement lors de mise en situation où le financement du TMC est présenté comme étant au « détriment » du financement de la première ligne et des soins directs à la patientèle. Au moins une étude canadienne donne de la crédibilité à cette affirmation, notant que dans le contexte de financement à somme nulle des soins de santé, une infrastructure de TMC ambitieuse nécessiterait, au minimum, une réaffectation des ressources provenant de la prestation de soins aux patients⁴⁷.

Il y a aussi le manque de ressources humaines, particulièrement de spécialistes de la documentation, d'analystes de données ainsi que de courtières et de courtiers de connaissances. Contribuant à cette carence, est le manque de programmes de formation en TMC.

Ces constats sont en accord avec les données de la littérature canadienne⁴⁸ et internationale^{18,20-22,49-56}. Cas de figure épaulant la nécessité d'un ressourcement adéquat, une étude norvégienne publiée en 2015 en contexte hospitalier qui conclut que la présence de ressources dédiées et pérennes augmente la probabilité de succès d'un TMC et d'une éventuelle implantation⁵⁷.

Défis liés à la gestion de projets

Plusieurs défis ont été nommés concernant la gestion de projets de TMC. On mentionnait être majoritairement interpellé en aval d'un projet, parfois plusieurs semaines et voire plusieurs mois après sa fin. Ici, les participantes et les participants déploraient la perte d'impulsion du moment et mettaient en évidence l'importance stratégique d'insérer le groupe de TMC dans tout processus en amont de la production de connaissances. Ce positionnement en amont nécessite un travail constant avec les productrices et producteurs de connaissances ainsi qu'une participation stratégique aux tables de discussion d'où ces projets naissent, pour faire la vigie des activités de production de connaissances, et ce, dans tous les secteurs de l'organisation. Cette saine gestion reconnaîtra le potentiel de tirer parti des circonstances opportunes en amont pour préparer un transfert ou une mobilisation des connaissances efficace.

De plus, les données et l'analyse des sentiments (Tableau 1) font ressortir le problème du dédoublement d'efforts dans la synthèse des données probantes et le manque de coordination entre les différents groupes au sein d'une même juridiction ou à l'extérieur de cette dernière. La littérature fait écho à ces problèmes avec de nombreux appels à la coordination, et ce, tant au Canada qu'à l'international^{20,49,56,58,59}.

Un exemple de réussite fort intéressant qui ressort de la littérature est celui du Bureau de soutien à la transition au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) à Montréal (Québec), où une structure organisationnelle formelle permet de coordonner la diversité des services, mais aussi des activités périphériques de soutien, incluant le TMC⁶⁰.

Asymétrie de pouvoir et structures hiérarchiques

Les données issues de la littérature révèlent une corrélation négative entre les structures organisationnelles hiérarchiques et la qualité des services de santé¹². Les dynamiques de pouvoir interpersonnel compliquent et façonnent tout échange entre non seulement les productrices, les producteurs, les utilisatrices et les utilisateurs de connaissances, mais aussi les personnes responsables du TMC⁶¹. L'aise et la confiance entre ses parties sont

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

impératives au TMC, considérant son rôle d'intermédiaire entre une structure organisationnelle hiérarchique et l'utilisation des connaissances au profit de la société¹².

Les organisations en santé et en services sociaux ont typiquement une gouvernance hiérarchique linéaire, une structure organisationnelle qui fait obstacle à l'émergence de relations de réseau efficaces. De plus, l'asymétrie de pouvoir et les structures hiérarchiques ont tendance à étouffer les débats sains, à influencer la voix qui est entendue ainsi que le choix des connaissances qui seront valorisées⁶². L'application d'un TMC efficace nécessite ainsi le passage d'une structure organisationnelle hiérarchique linéaire vers une structure dynamique et adaptative en réseau⁶³. Ici, on ne parle pas nécessairement de restructurer la gouvernance de l'organisation, mais bien celle de l'entité responsable du TMC. La nature participative du TMC est mieux servie par une structure organisationnelle horizontale (c.-à-d. égalitaire)⁴, permettant aux qualités de gestion de chacune et de chacun d'émerger, de renforcer la responsabilité et la confiance mutuelle, et minimisant les obstacles aux interactions entre les individus à différents niveaux hiérarchiques pour rééquilibrer le pouvoir^{62,64}.

Manque de sensibilisation et de compréhension du TMC

Un autre obstacle au TMC qui émerge des données et de l'analyse des sentiments (Tableau 1) est la perception de la part des répondantes et des répondants qu'il y a une compréhension limitée de la part des productrices et des producteurs de connaissances, et même des équipes de direction, à savoir l'utilité d'un groupe de TMC au sein de l'organisation. Ils rapportaient de sérieux questionnements au niveau de la distinction du TMC des autres services perçus comme étant équivalents, tels un département des communications, un service d'aide à la commercialisation ou un service de formation continue. Ce constat fait écho aux données issues de la littérature^{20,21,65}, qui mettent en relief une variabilité considérable au niveau de la compréhension du TMC et de son interprétation parmi les membres de l'écosystème de connaissances⁶⁶, ainsi que leurs habilités, leurs perceptions et leurs engagements envers cette activité^{18,30,38,67}.

Si nous reculons à une perspective macro, une déconnexion devient apparente entre la valeur théorique comprise par les productrices et producteurs de connaissances et leurs sollicitations des services de TMC. Souvent, ces personnes expriment qu'ils « font déjà du TMC », puisque leurs résultats sont rendus accessibles par le biais de publications évaluées par des pairs et lors de conférences. Elles se questionnent alors sur la nécessité d'avoir recours à un service de TMC. Un répondant résume ce phénomène succinctement en le décrivant de façon familière comme étant une pensée dogmatique de « *do-it-yourself KT* » (TMC à bricoler). Cet obstacle devra être contré en sensibilisant les productrices et producteurs de connaissances et les équipes de direction à la science du TMC, particulièrement le « quoi » et le « comment », et en façonnant leurs attitudes à cet égard.

Particulièrement en lien avec l'équipe de direction, quelques répondantes et répondants concédaient que ce manque de reconnaissance formelle au sein de leur organisation portait à un sentiment que le groupe n'y avait pas réellement sa place. Ainsi, l'adhérence de l'équipe de direction est ressortie des données comme thématique déterminante au succès des groupes pour ouvrir des portes, parrainer les projets et maintenir la mission du TMC au plan stratégique organisationnel. Ces données soutiennent le courant de la littérature selon lequel l'institutionnalisation du TMC est déterminant à son adoption, que cela découle d'une direction forte et de sa priorisation stratégique (si ce n'est déjà fait) par l'équipe de direction^{60,68-71}. Une « direction forte » est définie dans la littérature comme étant les comportements et les méthodes de gestion ainsi que la question à savoir si non seulement le TMC est encouragé⁷², mais si on lui donne un sens⁷³. Les responsables d'une étude norvégienne publiée en 2015 illustrent l'influence déterminante de l'équipe de direction des hôpitaux à la création d'un contexte propice au TMC⁵⁷.

4.5.2. Facilitateurs au TMC

Collaboration

Les données recueillies auprès des participantes et participants à l'enquête et aux consultations mettaient en relief les éléments permettant d'élargir le succès de leurs activités de TMC. Un thème émergent de l'analyse des sentiments (Tableau 1) est l'importance de la collaboration entre les productrices et les producteurs de connaissances, les utilisatrices et les utilisateurs de connaissances ainsi que les équipes de la direction pour faciliter l'application et la mobilisation des connaissances.

L'importance de combler le fossé entre la production de connaissances et leur utilisation ultime est reconnue, en mettant l'accent sur le bris des silos et la nécessité de davantage de consultations et de collaborations entre les parties prenantes pour exploiter les ressources existantes et maximiser l'impact du TMC. L'analyse des données met en lumière des exemples de collaborations interorganisationnelles fructueuses et l'importance de soutenir tout enthousiasme de la part des productrices et producteurs de connaissances à l'idée d'augmenter la consommation de leurs travaux.

Cependant, on note dans la littérature le risque de supposer que la simple existence d'un réseau ou d'un partenariat comblera le fossé entre la production et l'utilisation des connaissances⁶⁵. Toujours est-il qu'il faut un effort concerté et soutenu de la part des membres de ces réseaux et partenariats pour améliorer la compréhension mutuelle en vue d'atteindre des objectifs communs. Les responsables d'une étude longitudinale publiée en 2023 mettent de l'avant qu'en améliorant la capacité des membres à naviguer, négocier et mobiliser leurs réseaux et partenariats, et ce, en intégrant des mécanismes précis à ces instances, s'ensuivra une amélioration à la collaboration et l'atteinte d'objectifs communs⁶⁵.

Renforcement des capacités

Autre thème émergent des données recueillies et de l'analyse des sentiments (Tableau 1), est l'effort des groupes mis envers le renforcement des capacités en TMC au niveau individuel et organisationnel, telles que l'élaboration de programmes de formation, la création de plateformes d'apprentissage en ligne et les communautés de pratiques. Les participantes et participants ont aussi noté qu'en mettant l'accent sur le maintien à jour des membres sur les méthodologies scientifiques dernier cri ainsi que sur l'amélioration continue de leurs processus, ils rapportent généralement un meilleur succès. S'efforcer d'adopter de meilleurs processus et de développer de meilleurs outils et méthodes sont largement considérés par les groupes comme une importante motivation pour produire un meilleur travail avec un potentiel d'impact plus important.

Le fruit de ces activités de renforcement sera, bien sûr, récolté au long terme et en proportion à l'effort qu'on y aura accordé. Les répondantes et répondants mettaient en évidence les mérites de l'engagement envers le renforcement des capacités comme facteur clé au soutien de leurs activités. Les données issues de la littérature soutiennent ces propos^{8,18,21,22,26,33,44,45,49,51,53,54,56,59,74-78}.

Il ne faut pas oublier pour autant les technologies et les outils aux services du TMC ainsi que le renforcement des capacités des personnes à les utiliser avec compétence. Cela semble assez banal, particulièrement dans un environnement de soins de santé où les technologies et les outils conviviaux et intuitifs sont la norme. Néanmoins, les données issues de la littérature démontrent qu'actuellement, plusieurs technologies et outils utilisés en TMC sont perçus comme étant complexes^{57,79}, particulièrement pour les personnes non expertes. Il n'est pas exagéré de mentionner l'anecdote des présentations en direct où le message de la présentatrice ou du présentateur est miné par un logiciel de présentation lourd à naviguer ou une interface de vidéoconférence non intuitive. Ainsi, beaucoup de productrices et producteurs de connaissances ne se donnent pas la peine d'utiliser ces outils et technologies pour autre chose que le minimum nécessaire⁵⁷. Cela met en relief

Structures organisationnelles des groupes canadiens de transfert ou de mobilisation des connaissances au service de la recherche en milieu hospitalier universitaire et de l'évaluation des technologies de la santé

l'importance des efforts de renforcement des capacités, non seulement des groupes en TMC, mais aussi des membres de son écosystème.

Avoir une offre de service claire

Sachant que l'offre de service d'un groupe de TMC évoluera, il est néanmoins dans son intérêt qu'elle soit claire et explicite dès la création du groupe. Est-ce que ce dernier prendra en charge le TMC du début jusqu'à la fin ou est-ce que l'attitude sera plutôt celle d'un service de soutien et d'accompagnement pour les productrices et producteurs de connaissances? Est-ce qu'il y aura une offre de courtage des connaissances? D'implantation? De gestion d'événements et de conférences? Stratégiquement, quelle est la sphère d'activité du groupe pour sa première année et qu'est-ce qui sera ajouté, ou non, dans les années subséquentes?

Plusieurs groupes décrivaient avoir débuté avec un financement ou un mandat ponctuel et limité à un projet « phare » pour démontrer la preuve de leur concept, sans réflexion préalable sur l'éventuelle durabilité et pérennité de leurs activités subséquentes. Cela fait écho aux données identifiées dans la littérature démontrant qu'en général plusieurs plateformes de TMC ne parviennent pas à avoir une existence au-delà de leur premier projet⁷⁰. Certains groupes seront dissolus, tandis que d'autres essaieront de subsister en ouvrant les vannes, passant d'un projet à l'autre, souvent à l'écart de leurs mandats ou objectifs initiaux. Les répondantes et répondants rapportaient l'importance de rester fidèle à ces mandats ou objectifs, quitte à les mettre à jour si un changement stratégique est réellement désiré. Savoir « pourquoi » le groupe fait du TMC est un concept distinct, mais lié à savoir « ce que » le groupe fait. En comprenant leur « pourquoi », un groupe pourra épurer leur offre de service et aura une clarté d'esprit, améliorant sa capacité d'interagir dans son écosystème, rendant ses activités plus pertinentes et plus efficaces.

5. DERNIÈRES REMARQUES

Cette analyse environnementale donne un aperçu de l'écosystème du TMC actuel au Canada et des modes de structuration des groupes y contribuant.

Un message fort ressortant de ce travail est la nécessité de structurer une entité de TMC avec un mandat soutenu par l'équipe de direction, une offre de service claire ainsi que des ressources humaines, financières et matérielles adéquates pour garantir qu'elle prospérera dans sa mission plutôt que de simplement y survivre.

Il est également important de coordonner ses activités avec celles des groupes de son réseau (au sein d'une même juridiction ou à l'extérieur de cette dernière) et de prioriser la mise en place d'évaluations transparentes de la performance de ses activités de TMC.

La diversité des perspectives au sein de la communauté de TMC a été reconnue, ce qui suggère que la représentation de tous les types de productrices, de producteurs, d'utilisatrices et d'utilisateurs de connaissances est essentielle. En particulier, les personnes typiquement mal desservies par le système de santé et de services sociaux peuvent ne pas être adéquatement représentées au sein des groupes de TMC existants.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire de l'enquête (version française)

L'objectif de cette enquête est d'identifier les caractéristiques des groupes* de transfert ou de mobilisation de connaissances (TMC) desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien et les agences ou unités en ÉTMIS. Plus particulièrement, nous souhaitons dresser un portrait démographique de ces groupes, comprendre leurs structures, leurs mandats, leurs productions et leurs collaborations.

Le questionnaire comporte jusqu'à 38 questions, est divisé en cinq sections et devrait prendre environ 15 minutes à compléter. En guise de remerciements, nous vous transmettrons le rapport après sa publication au cours du premier trimestre de 2024.

*Notez que le terme générique « groupe » est utilisé dans cette enquête pour signifier tout ensemble de personnes, qu'il soit formel ou non, impliqué dans le TMC. Aux fins de cette enquête, il n'est pas nécessaire qu'un tel groupe ait une vocation uniquement dédiée au TMC.

N°	Type de question	Question	Choix de réponses	Commentaire
Consentement				
1	CM	Consentez-vous à ce que vos réponses soient collectées, analysées et rapportées de façon agrégée avec celles des autres répondantes et répondants pour ce projet?	a) Oui b) Non	Si « Non » = fin de l'enquête
Données démographiques du groupe				
2	CM	Êtes-vous membre d'un groupe de transfert ou de mobilisation des connaissances (TMC) desservant la recherche en milieu hospitalier universitaire canadien ou l'ÉTMIS?	a) Oui b) Non	Si « Non » = fin de l'enquête
3	TL	Quel est le nom de votre groupe en transfert ou en mobilisation des connaissances (TMC)?	S. O.	
4	MD	En quelle année votre groupe a-t-il commencé ses activités en TMC? (Choisissez le 1 ^{er} janvier de l'année désirée.)	S. O.	
5	CM	Au sein de laquelle des entités suivantes, votre groupe est-il formellement intégré?	a) Une agence ou un ministère fédéral b) Une agence ou un ministère provincial ou territorial c) Une régie régionale ou municipale de la santé d) Un établissement d'enseignement supérieur e) Un hôpital (qu'il ait une affiliation universitaire ou non) f) Un milieu de soins communautaire g) Un organisme privé h) Autre	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
6	TL	Décrivez l'emplacement de votre groupe au sein de la hiérarchie de votre organisation. C'est-à-dire de quel département, direction ou service relève-t-il?	S. O.	

N ^o	Type de question	Question	Choix de réponses	Commentaire
7	TL	Quels titres d'emploi, fonctions ou rôles (incluant tout poste vacant) retrouve-t-on dans votre groupe? Précisez i) l'équivalent temps complet (ÉTC) pour chacun, ii) le profil de formation de chacun, iii) le poste que vous détenez en y apposant un astérisque Formuler vos réponses comme ceci : *Agent de recherche; 1,0 ÉTC; BSc en pharmacie, MSc en ÉTMIS; graphiste; 0,5 ÉTC; BA en design graphique	S. O.	
Mandat du groupe et portée des travaux				
8	CM	Est-ce que la vocation de votre groupe est uniquement dédiée au transfert ou à la mobilisation des connaissances (TMC)?	a) Oui b) Non	Si « Oui » = passez à la question 10 Si « Non » = passez à la question 9
9	TL	Préciser les activités de votre groupe, autre que le TMC :	S. O.	
10	TL	Quel est le mandat actuel de votre groupe concernant le TMC? P. ex. : la mission, la vision, les valeurs, les objectifs opérationnels et la portée des travaux. Si désiré, vous pouvez inscrire une URL menant à une page Web contenant ces informations ou vous pouvez envoyer un document avec ces informations à uetmis.iucpq@ssss.gouv.qc.ca	S. O.	
11	CMPO	Quels sont les domaines des projets de TMC mené par votre groupe? (Sélectionnez toutes les réponses applicables)	a) Recherche en milieu hospitalier universitaire b) Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ÉTMIS) c) Documents d'enseignement à l'intention de la patientèle d) Autre	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
12	CMPO	Quelles sont vos sources de financement? (Sélectionnez toutes les réponses applicables)	a) Publiques, fédérales b) Publiques, provinciales c) Publiques, régionales ou municipales d) Organisme de bienfaisance e) Secteur privé f) Une partie ou la totalité du service est facturée à la cliente ou au client g) Autre	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)

N ^o	Type de question	Question	Choix de réponses	Commentaire
13	CMPO	Qui sont vos productrices et producteurs de connaissances ? C'est-à-dire, pour qui votre groupe réalise-t-il du TMC? (Sélectionnez toutes les réponses applicables)	<ul style="list-style-type: none"> a) Une agence ou un ministère fédéral b) Une agence ou un ministère provincial ou territorial c) Une régie régionale ou municipale d) Un établissement d'enseignement supérieur e) Un hôpital (qu'il ait une affiliation universitaire ou non) f) Un milieu de soins communautaire g) Un organisme privé h) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
14	CMPO	Quelles utilisatrices et quels utilisateurs de connaissances ciblez-vous? Cela variera en fonction du projet, mais répondez de façon générale (Sélectionnez toutes les réponses applicables)	<ul style="list-style-type: none"> a) Une agence ou un ministère fédéral b) Une agence ou un ministère provincial ou territorial c) Une régie régionale ou municipale d) Un établissement d'enseignement supérieur e) Un hôpital (qu'il ait une affiliation universitaire ou non) f) Un milieu de soins communautaire g) Un organisme privé h) Un groupe de cliniciennes et cliniciens de votre organisation i) Un groupe de cliniciennes et cliniciens à l'extérieur de votre organisation j) La patientèle concernée de votre organisation k) La communauté concernée, à l'extérieur de votre organisation l) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
15	CM	Êtes-vous autonome dans votre capacité à mener à bien vos projets en TMC ou sollicitez-vous des services à l'extérieur de votre groupe (c.-à-d. provenant d'autres directions, départements ou même à l'extérieur de votre organisation)?	<ul style="list-style-type: none"> a) Oui, notre groupe est complètement autonome b) Non, notre groupe sollicite des services externes 	Si « Oui » = passez à la question 17 Si « Non » = passez à la question 16
16	TL	Préciser quels sont les services sollicités à l'externe, p. ex. : imprimeur, traduction, audiovisuel, technologies de l'information, bibliothécaire, relations publiques	S. O.	

N ^o	Type de question	Question	Choix de réponses	Commentaire
17	CM	Votre organisation produit-elle ou commande-t-elle des projets d'ÉTMS?	<ul style="list-style-type: none"> a) Non b) Oui, elle produit c) Oui, elle commande auprès d'un organisme ou d'une agence externe d) Oui, elle produit et commande, selon le cas 	
18	CMPO	Quels types de produits de TMC votre groupe fait-il ? (Sélectionnez toutes les réponses applicables)	<ul style="list-style-type: none"> a) Documents (p. ex. : résumés en langage simple, infographies, matériels éducatifs, communiqués de presse, matériels promotionnels) b) Outils (p. ex. : manuels, lignes directrices, algorithmes d'aide à la décision) c) Média (p. ex. : blogues, infolettres, diapositives pour une présentation, baladodiffusions, capsules vidéo, sites Web, publications sur les réseaux sociaux, wikis, entrevues à la radio, entrevues à la télévision) d) Événements d'échange de connaissances (p. ex. : réunions, conférences, débats, forums, ateliers, dîners-causeries, panels, conférences de presse, présentations, symposiums, formations, webinaires, cours en ligne) e) Activités de cocréation (p. ex. : recherches participatives communautaires, applications intégrées des connaissances) f) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
19	CM	Quels sont les critères de sélection de vos projets en TMC?	<ul style="list-style-type: none"> a) Aucun critère de sélection. Tous les projets sont considérés b) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
20	CM	Quels sont les critères de priorisation de vos projets en TMC?	<ul style="list-style-type: none"> a) Aucun critère de priorisation. Les projets sont faits à mesure qu'ils arrivent b) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)

N ^o	Type de question	Question	Choix de réponses	Commentaire
21	CMPO	Il existe plusieurs cadres, théories et modèles de TMC. Votre groupe privilège lequel ou lesquels? En voici quelques exemples (sélectionnez toutes les réponses applicables)	<ul style="list-style-type: none"> a) « <i>Knowledge Brokering Frameworks</i> » (Oldham 1997) b) « <i>Push, Pull, Exchange, Integrated KT</i> » (Lavis 2003) c) « <i>Knowledge-to-Action cycle</i> » (Graham 2006) d) « <i>Co-produced Pathway to Impact</i> » (Phipps 2016) e) « <i>Who, What, How, Why</i> » (Ward 2017) f) Nous n'utilisons aucun cadre, aucune théorie ni aucun modèle particulier g) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
22	CM	Évaluez-vous la performance, l'efficacité ou l'impact de vos activités?	<ul style="list-style-type: none"> a) Non b) Oui 	Si « Non » = passez à la question 24 Si « Oui » = passez à la question 23
23	TL	Préciser comment vous évaluez la performance, l'efficacité ou l'impact de vos activités.	S. O.	
24	TL	Si vous êtes en mesure de partager votre plus récent rapport annuel, s'il vous plaît inscrire l'URL où nous pouvons le trouver ou bien envoyer le document à uetmis.iucpq@ssss.gouv.qc.ca .	S. O.	
25	TL	Selon vous, quel est le point fort, ou la distinction, de votre groupe comparativement aux autres?	S. O.	
Production et livrables				
26	CMPO	Dans quelles langues votre groupe produit-il ses livrables en transfert ou en mobilisation des connaissances (TMC) ?	<ul style="list-style-type: none"> a) Anglais b) Français c) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
27	CM	Vos livrables en TMC sont-ils accessibles aux personnes qui sont en situation de handicap ou qui utilisent une technologie d'aide (p. ex. : logiciel de lecture d'écran, dispositif d'assistance personnel)?	<ul style="list-style-type: none"> a) Oui, tous les livrables sont accessibles b) Oui, certains livrables sont accessibles, en fonction du sujet c) Oui, certains livrables sont accessibles, à la demande de la cliente ou du client d) Non 	Si n'importe lequel « Oui » = passez à la question 28 Si « Non » = passez à la question 29
28	CMPO	Préciser comment vos livrables sont accessibles	<ul style="list-style-type: none"> a) Les documents, outils et sites Web respectent les normes d'accessibilités applicables au contexte où ils seront utilisés b) Les événements, réunions et activités sont sous-titrés ou un service d'interprète est utilisé c) Autre 	Si « Autre » = merci de préciser (texte libre)
29	TL	Quel est le délai de production pour vos livrables en TMC? Cela variera en fonction du projet, mais répondez de façon générale	S. O.	

N ^o	Type de question	Question	Choix de réponses	Commentaire
30	CM	Environ combien de livrables en TMC (tous types confondus) votre groupe produit-il au cours d'une année typique?	a) 1 à 5 b) 6 à 10 c) 11 à 20 d) 21 à 50 e) Plus de 50	
Collaboration				
31	CM	Collaborez-vous avec d'autres groupes en transfert ou en mobilisation de connaissances (TMC) dans vos productions?	a) Oui, nous produisons des livrables pour d'autres groupes en TMC b) Oui, d'autres groupes en TMC produisent des livrables pour nous c) Oui, nous menons un travail collaboratif avec d'autres groupes en TMC (p. ex. : contribuons conjointement aux mêmes projets, partageons des informations sur des sujets d'intérêt commun) d) Non	Si n'importe lequel « Oui » = passez à la question 32 Si « Non » = passez à la question 33
32	TL	Avec quels groupes collaborez-vous?	S. O.	
33	TL	Quelles seraient des pistes d'amélioration à la collaboration entre les groupes de TMC dans votre milieu? Quels seraient des exemples de pratiques collaboratives efficaces provenant d'ailleurs?	S. O.	
Conclusion				
34	TL	Avez-vous des commentaires ou suggestions sur la façon dont une unité de transfert ou de mobilisation de connaissances (TMC) devrait être structurée?	S. O.	
35	TL	Nous désirons que cette enquête soit partagée avec le plus grand nombre de groupes en TMC possible. Quelles autres organisations ou personnes, ou quels autres groupes ou agences devrions-nous contacter au sujet du TMC au Canada?	S. O.	
36	CM	À la suite de cette enquête, l'équipe de recherche mènera des consultations individuelles avec certaines répondantes et certains répondants. Êtes-vous prêt à participer à une consultation de suivi, d'environ 30 minutes, pour approfondir certains aspects et discuter d'autres éléments clés de la structuration d'une unité de TMC?	a) Oui b) Non	
37	TL	Quel est votre nom?	S. O.	
38	TL	Quelle est votre adresse courriel professionnelle?	S. O.	

CM = choix multiple; CMPO = choix multiple, plus d'une option; MD = menu déroulant; TL = texte libre; S. O.= sans objet

Annexe 2. Questions de consultation (version française)

Les questions suivantes sont des guides et une approche flexible et semi-structurée est à privilégier en fonction des réponses de la participante ou du participant.

Section 1 : Mandat, capacité et expertise

Suivi des questions de l'enquête concernant l'intégration du groupe au sein de leur organisation.

- 1) Quels sont les principaux facteurs qui affectent la capacité de votre groupe à produire ses livrables en TMC?
- 2) Veuillez décrire le processus d'identification et de priorisation des sujets de travail de TMC et votre délai de réalisation.
- 3) Publicisez-vous votre service? Si oui, comment?

Questions complémentaires (optionnel) :

- 4) Des critères explicites sont-ils utilisés pour prioriser les sujets? P. ex. : un outil d'analyse décisionnelle multicritère, un système de classement, une délibération d'experts?
- 5) Les travaux en cours sont-ils rendus publics et à quel stade de développement du sujet (si oui, sous quel format?)
- 6) Votre groupe dispose-t-il de capacités organisationnelles pour la gestion de projets ou pour tout autre soutien non liés au TMC (p. ex. : personnel de gestion de projets, personnel de publication)? Si oui, veuillez décrire.
- 7) Sous-traitez-vous des travaux de TMC en partie ou en totalité à d'autres groupes, organisations ou à des pigistes? Si oui, avec quels groupes travaillez-vous et quel modèle utilisez-vous pour la sous-traitance (p. ex. : offres à commandes, appels d'offres)?

Section 2 : Collaboration

- 1) Votre groupe a-t-il collaboré avec d'autres producteurs de TMC au niveau local, régional, provincial ou national? Pourquoi ou pourquoi pas?
- 2) Si vous avez répondu oui à la question précédente, quels sont les résultats escomptés de la collaboration avec d'autres organisations?

Peut reformuler les questions ci-dessous en fonction de l'approche collaborative déclarée par la participante ou le participant.

- 3) Quels obstacles ou défis votre groupe a-t-il rencontrés (ou s'attendrait-il à rencontrer) lors du lancement de collaborations ou de la conduite d'un travail de collaboration avec d'autres groupes de TMC?
- 4) D'après votre expérience ou votre opinion, quels facteurs faciliteraient ou permettraient la collaboration avec d'autres groupes de TMC?
- 5) Selon vous, quelles stratégies ou ressources (c.-à-d. humaines, financières ou matérielles) faciliteraient la coordination et la collaboration entre les groupes de TMC au Canada?

Section 3 : Besoins et orientation

- 1) Quelles lacunes dans les services constatez-vous parmi les groupes de TMC?
- 2) Quels doublages ou chevauchements dans les services constatez-vous parmi les groupes de TMC?

Fin de la consultation — Merci pour votre temps.

Annexe 3. Informations sur les groupes ayant participé à l'enquête et aux consultations

Jurisdiction (N° de répondant[e]s)	Ville (N° de répondant[e]s)	Groupes représentés
Pancanadienne (4)	Kingston, ON (1) Ottawa, ON (2) Vancouver, BC (1)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Carcinogen Exposure Canada</i> • Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées • Réseau de cellules souches • Santé des enfants Canada
AB (1)	Calgary (1)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mental Health Accessibility and Policy Solutions Lab</i>
BC (10)	Kelowna (1) Vancouver (8) Victoria (1)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>BC Cancer Agency</i> • <i>Cardiac Services BC</i> • <i>Centre for Advancing Health Outcomes, St. Paul's Hospital</i> • <i>Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, University of British-Columbia</i> • <i>Department of Physical Therapy, University of British-Columbia</i> • <i>Interior Health</i> • <i>Island Health</i> • <i>Providence Health Care</i> • <i>WorkSafeBC</i>
ON (10)	Hamilton (1) North Bay (1) Ottawa (3) Toronto (5)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alliance pour des communautés en santé</i> • <i>Brain Exchange, North Bay Regional Health Centre</i> • <i>Centre for Aging + Brain Health Innovation, Baycrest, Health Sciences</i> • <i>L'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa</i> • <i>McMaster Health Forum</i> • <i>Perley Health</i> • <i>Registre et réseau des bons résultats dès la naissance Ontario</i> • <i>Santé Ontario</i> • <i>The Hospital for Sick Children</i> • <i>Unity Health Toronto</i>
QC (12)	Montréal (7) Québec (3) Sainte-Marie (1) Sherbrooke (1)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Centre hospitalier de l'Université de Montréal</i> • <i>CISSS de Chaudière-Appalaches</i> • <i>CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal</i> • <i>CIUSSS de l'Estrie — Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke</i> • <i>CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal</i> • <i>CIUSSS de la Capitale-Nationale</i> • <i>CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</i> • <i>CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal</i> • <i>Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval</i> • <i>Institut national d'excellence en santé et en services sociaux</i>

Jurisdiction (N° de répondant[e]s)	Ville (N° de répondant[e]s)	Groupes représentés
------------------------------------	-----------------------------	---------------------

- McGill University Health Centre

AB = Alberta; BC = Colombie-Britannique; CISSS = Centre intégré de santé et de services sociaux; CIUSSS = Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux; ON = Ontario; QC = Québec

Annexe 4. Données démographiques des groupes

Données démographiques	N° de répondant(e)s N = 36	Statistiques
Nombre d'années en existence	n = 31	
Moins d'un an	5 (16,1 %)	Moyenne = 9,81 ans
1 à 5	6 (19,4 %)	
6 à 10	6 (19,4 %)	Étendue = 0,3 à 26,0 ans
11 à 15	6 (19,4 %)	
16 à 20	4 (12,9 %)	
21 à 25	3 (9,7 %)	
Plus de 25	1 (3,2 %)	
Entité auquel le groupe est intégré	n = 36	
Un hôpital (qu'il ait une affiliation universitaire ou non)	14 (38,9 %)	S. O.
Une agence ou un ministère provincial ou territorial	7 (19,4 %)	
Un établissement d'enseignement supérieur	5 (13,9 %)	
Une régie régionale ou municipale	5 (13,9 %)	
Autre : un organisme à but non lucratif (n = 2)	2 (5,6 %)	
Une agence ou un ministère fédéral	2 (5,6 %)	
Un milieu de soins communautaire	1 (2,8 %)	
L'emplacement du groupe au sein de l'organisation; rapporté en tant que thématique du département, de la direction ou du service^a	n = 44^a	
Recherche, innovation, méthodologie	11 (25,0 %)	S. O.
Enseignement, affaires universitaires	9 (20,5 %)	
Direction générale, équipe exécutive, conseil d'administration	6 (13,6 %)	
Pratique professionnelle (p. ex. santé mentale, soins infirmiers, services professionnels)	5 (11,4 %)	
Politiques en santé, réglementation	4 (9,1 %)	
Amélioration de la qualité, évaluation	4 (9,1 %)	
Santé publique, épidémiologie	3 (6,8 %)	
Éthique	1 (2,3 %)	
Communications, relations publiques	1 (2,3 %)	
Nombre d'ÉTC par groupe	n = 30	
1,0	4 (13,3 %)	Moyenne = 9,12
1,1 à 2,0	6 (20,0 %)	
2,1 à 5,0	4 (13,3 %)	
5,1 à 7,0	7 (23,3 %)	
7,1 à 10,0	4 (13,3 %)	
10,1 à 20,0	2 (6,7 %)	Étendue = 1 à 59
20,1 à 40,0	1 (3,3 %)	
40,1 à 60,0	2 (6,7 %)	
Titres d'emploi, fonctions ou rôles répertoriés, rapportés en nombre d'ÉTC	N^o d'ÉTC : n = 255,32	
Agente ou agent de recherche	77,5 (30,4 %)	S. O.
Coordonnatrice ou coordonnateur	38,6 (15,1 %)	
Assistante ou assistant de recherche	24,4 (9,6 %)	
Gestionnaire	19 (7,4 %)	
Professeure ou professeur	12 (4,7 %)	
Spécialiste en application des connaissances	11,12 (4,4 %)	
Conseillère ou conseiller clinique	11 (4,3 %)	
Spécialiste des communications et de l'engagement	9 (3,5 %)	
Courtière ou courtier en connaissances	8,5 (3,3 %)	
Stagiaire, étudiante, étudiant, postdoctorante, postdoctorant	7 (2,7 %)	
Directrice ou directeur	6 (2,3 %)	
Conseillère ou conseiller en évaluation	5,5 (2,2 %)	
Agente ou agent administratif	5 (2,0 %)	
Graphiste	4 (1,6 %)	
Analyste politique	3 (1,2 %)	
Bibliothécaire	2 (0,8 %)	
Spécialiste en documentation	2 (0,8 %)	
Développeuse ou développeur Web	2 (0,8 %)	
Partenaire communautaire (p. ex. personne avec une expérience vécue)	1,7 (0,7 %)	
Conseillère ou conseiller scientifique	1 (0,4 %)	
Conseillère ou conseiller en mobilisation des connaissances	1 (0,4 %)	
Conseillère ou conseiller en communications	1 (0,4 %)	

Données démographiques	N° de répondant(e)s N = 36	Statistiques
Conseillère ou conseiller en politique et en sensibilisation	1 (0,4 %)	
Spécialiste des relations gouvernementales	1 (0,4 %)	
Spécialiste en audiovisuel	1 (0,4 %)	
Profils pédagogiques répertoriés, rapportés en nombre d'ÉTC	N ^o d'ÉTC : n = 152,1	
BSc, NR	24,1 (15,8 %)	
M, santé publique	14,2 (9,3 %)	
MSc, NR	13,5 (8,9 %)	
PhD, NR	8,9 (5,9 %)	
MSc, sciences infirmières	8,0 (5,3 %)	
BSc, sciences infirmières	6,8 (4,5 %)	
BSc, santé publique	5,9 (3,9 %)	
BA, NR	5,8 (3,8 %)	
MA, NR	3,5 (2,3 %)	
BA, graphisme	3,0 (2,0 %)	
MD, médecine générale	3,0 (2,0 %)	
PhD, sciences infirmières	3,0 (2,0 %)	
MBA	2,5 (1,6 %)	
BSc, kinésiologie	2,0 (1,3 %)	
BSc, pédagogie	2,0 (1,3 %)	
MSc, communication	2,0 (1,3 %)	
MSc, épidémiologie	2,0 (1,3 %)	
MSc, ergothérapie	2,0 (1,3 %)	
DES	1,7 (1,1 %)	
M, sciences de la santé	1,5 (1,0 %)	
M, travail social	1,2 (0,8 %)	
MSc, diététique	1,2 (0,8 %)	
BA, sciences politiques	1,0 (0,7 %)	
BSc, psychologie	1,0 (0,7 %)	
BScA, NR	1,0 (0,7 %)	
Certificat en administration	1,0 (0,7 %)	
Certificat en graphisme	1,0 (0,7 %)	
Certificat, Programme de gestion agréé	1,0 (0,7 %)	
DEC	1,0 (0,7 %)	
DEP, santé publique	1,0 (0,7 %)	S. O.
M, administration de la santé	1,0 (0,7 %)	
MA, journalisme	1,0 (0,7 %)	
MSc, biochimie	1,0 (0,7 %)	
MSc, hygiène du travail	1,0 (0,7 %)	
MSc, physiologie-endocrinologie	1,0 (0,7 %)	
MSc, recherche sur les services de santé	1,0 (0,7 %)	
MSc, santé communautaire	1,0 (0,7 %)	
MSc, santé mondiale	1,0 (0,7 %)	
MSc, science clinique et biomédicale	1,0 (0,7 %)	
MSc, sciences de l'orientation	1,0 (0,7 %)	
PhD, microbiologie	1,0 (0,7 %)	
PhD, pédagogie	1,0 (0,7 %)	
PhD, psychologie	1,0 (0,7 %)	
PhD, santé communautaire	1,0 (0,7 %)	
PhD, santé publique	1,0 (0,7 %)	
PhD, travail social	1,0 (0,7 %)	
PhD, science de la réadaptation	0,8 (0,5 %)	
Certificat en application des connaissances	0,6 (0,4 %)	
BA, géographie	0,5 (0,3 %)	
BASc	0,5 (0,3 %)	
BSc, anatomie et biologie cellulaire	0,5 (0,3 %)	
BSc, physiothérapie	0,5 (0,3 %)	
Certificat en développement Web	0,5 (0,3 %)	
Certificat professionnel en programmation	0,5 (0,3 %)	
DESS, éducation des adultes	0,5 (0,3 %)	
LLB	0,5 (0,3 %)	
MA, géographie	0,5 (0,3 %)	
MSc, physiothérapie	0,5 (0,3 %)	
BSc, diététique	0,4 (0,3 %)	

Données démographiques	N° de répondant(e)s N = 36	Statistiques
BSc, chimie	0,3 (0,2 %)	
BSc, ergothérapie	0,3 (0,2 %)	
BSc, sciences de la vie	0,3 (0,2 %)	
Certificat en mobilisation des connaissances	0,3 (0,2 %)	
DSc, NR	0,3 (0,2 %)	
MSc, chimie organique	0,3 (0,2 %)	
MSc, gestion des ressources humaines	0,3 (0,2 %)	
MSc, kinésiologie	0,3 (0,2 %)	
BEd	0,3 (0,2 %)	
BSc, nutrition	0,3 (0,2 %)	
Certificat, Leader certifié en santé	0,3 (0,2 %)	
MA, littérature	0,3 (0,2 %)	
MSc, transfert des connaissances	0,3 (0,2 %)	
La vocation du groupe est uniquement dédiée au TMC	n = 35	
Non	26 (74,3 %)	
Oui	9 (25,7 %)	S. O.
Activités du groupe autre que le TMC; rapporté en tant que thématique^a	n = 50^a	
Recherche	12 (24,0 %)	
Gestion de projets ou d'événements	7 (14,0 %)	
Analyse de données	4 (8,0 %)	
Enseignement ou développement de la pratique	4 (8,0 %)	
Implantation	4 (8,0 %)	
Suivi des indicateurs clés de performance de l'organisation	4 (8,0 %)	
Communications ou relations publiques	3 (6,0 %)	
Élaboration de politiques en santé	2 (4,0 %)	
Évaluation des technologies de la santé	2 (4,0 %)	S. O.
Gouvernance de l'organisation	2 (4,0 %)	
Amélioration de la qualité	1 (2,0 %)	
Audiovisuel	1 (2,0 %)	
Économie de la santé	1 (2,0 %)	
Élaboration de lignes directrices ou de protocole de prise en charge	1 (2,0 %)	
Évaluation de programme	1 (2,0 %)	
Gestion de données	1 (2,0 %)	
Domaines de projets de TMC^a	n = 83^a	
Autre : formations pédagogiques (n = 5); meilleures pratiques (n = 3); recherche orientée vers la patientèle (n = 2); développement de politiques en santé (n = 4); développement des capacités des gestionnaires (n = 4); méthodologie de recherche (n = 2); suivi des indicateurs clés de performance de l'organisation (n = 3); santé au travail (n = 1); implantation (n = 1); amélioration de la qualité (n = 2); sensibilisation ou défense des intérêts (n = 2); équité en matière de santé (n = 1)	30 (36,1 %)	S. O.
Recherche en milieu hospitalier universitaire	22 (26,5 %)	
Documents d'enseignement à l'intention de la patientèle	17 (20,5 %)	
Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé	14 (16,9 %)	
Sources de financement^a	n = 68^a	
Publique, provinciale ou territoriale	30 (44,1 %)	
Publique, fédérale	15 (22,1 %)	
Organisme de bienfaisance	7 (10,3 %)	
Autre : cotisations de membres (n = 1); subvention d'un ordre ou d'une association professionnelle (n = 1); fonds de recherche (n = 3)	5 (7,4 %)	S. O.
Une partie ou la totalité du service est facturée à la cliente ou au client	5 (7,4 %)	
Publique, régionale ou municipale	5 (7,4 %)	
Secteur privé	1 (1,2 %)	
Productrices et producteurs de connaissances^a	n = 95^a	
Un hôpital (qu'il ait une affiliation universitaire ou non)	19 (20,0 %)	
Un établissement d'enseignement supérieur	17 (17,9 %)	
Une agence ou un ministère provincial ou territorial	16 (16,8 %)	
Autre : agence ou unité en évaluation des technologies de la santé (n = 1); membres de la communauté (n = 1); partie prenante (n = 2); centre de recherche (n = 6); stagiaire, étudiante, étudiant, boursière ou boursier du milieu concerné (n = 1)	11 (11,6 %)	S. O.
Une régie régionale ou municipale	11 (11,6 %)	

Données démographiques	N° de répondant(e)s	Statistiques
	N = 36	
Un milieu de soins communautaire	10 (10,5 %)	
Un organisme privé	6 (6,3 %)	
Une agence ou un ministère fédéral	5 (5,3 %)	
Quelles utilisatrices et quels utilisateurs de connaissances sont ciblés^a	n = 233^a	
Un hôpital (qu'il ait une affiliation universitaire ou non)	27 (11,6 %)	
La patientèle concernée de l'organisation	27 (11,6 %)	
Une agence ou un ministère provincial ou territorial	26 (11,2 %)	
Un groupe de cliniciennes et de cliniciens de l'organisation	25 (10,7 %)	
La communauté concernée, à l'extérieur de l'organisation	25 (10,7 %)	
Un groupe de cliniciennes et de cliniciens à l'extérieur de l'organisation	24 (10,3 %)	
Un milieu de soins communautaire	21 (9,0 %)	
Une régie régionale ou municipale	17 (7,3 %)	S. O.
Un établissement d'enseignement supérieur	15 (6,4 %)	
Une agence ou un ministère fédéral	13 (5,6 %)	
Autre : la communauté scientifique (n=3); parties prenantes (n = 1); communauté de pratique (n = 1); les directions de l'établissement (n = 1); stagiaire, étudiante, étudiant, boursière ou boursier du milieu concerné (n = 1)	7 (3,0 %)	
Un organisme privé	6 (2,6 %)	
Capacité du groupe à être autonome pour mener à bien ses projets en TMC	n = 34	
Non, le groupe sollicite des services externes	24 (70,6 %)	
Oui, le groupe est complètement autonome	10 (29,4 %)	S. O.
Services externes sollicités^a	n = 75^a	
Graphisme	15 (20,0 %)	
Traduction	14 (18,7 %)	
Bibliothécaire	10 (13,3 %)	
Communication, relations publiques ou relations gouvernementales	10 (13,3 %)	
Audiovisuel	7 (9,3 %)	
Technologie de l'information	4 (5,3 %)	
Analyse de données, biostatistique ou statistique	3 (4,0 %)	
Révision linguistique	2 (2,7 %)	
Vidéaste	2 (2,7 %)	S. O.
Animation professionnelle	1 (1,3 %)	
Développement Web	1 (1,3 %)	
Gestion du changement	1 (1,3 %)	
Narration numérique	1 (1,3 %)	
Partenaire communautaire (p. ex. personne avec une expérience vécue)	1 (1,3 %)	
Planification stratégique	1 (1,3 %)	
Ressources humaines	1 (1,3 %)	
Synthèse ou vulgarisation des connaissances	1 (1,3 %)	
Production ou commande de projets ÉTMIS	n = 33	
Non	15 (45,5 %)	
Oui, le groupe produit	13 (39,4 %)	
Oui, le groupe produit et commande auprès d'un organisme ou d'une agence externe, selon le cas	5 (15,2 %)	S. O.
Types de produits de TMC^a	n = 141^a	
Documents	32 (22,7 %)	
Média	29 (20,6 %)	
Événements d'échange de connaissances	28 (19,9 %)	
Outils	27 (19,1 %)	S. O.
Activités de cocréation	22 (15,6 %)	
Autre : tableau de bord des indicateurs clés de performance (n = 1); NR (n = 2)	3 (2,1 %)	
Critères de sélection des projets	n = 19	
Autre : alignement avec le mandat du groupe ou de l'organisation (n = 7); capacité disponible (n = 2); expertise disponible (n = 1); intérêt pour le sujet (n = 1); potentiel de collaboration (n = 1)	12 (63,2 %)	S. O.
Aucun critère de sélection. Tous les projets sont considérés	7 (36,8 %)	
Critères de priorisation des projets	n = 44	
Autre : selon l'impératif du besoin (n = 8); selon l'alignement avec les priorités organisationnelles (n = 8); selon la disponibilité des ressources humaines, financières ou		S. O.

Données démographiques	N° de répondant(e)s	Statistiques
	N = 36	
matérielles (n = 8); selon l'influence de la direction (n = 4); selon la portée, l'impact ou la transformation potentiels (n = 3); selon un processus de priorisation multicritères (n = 1); NR (n = 1)	33 (75,0 %)	
Aucun critère de priorisation. Les projets sont réalisés dans l'ordre de leur réception	11 (25,0 %)	
Cadres, théories ou modèles de TMC privilégier par les groupes^a	n = 62^a	
<i>Knowledge-to-Action cycle</i> (Graham 2006) ⁷	23 (37,1 %)	
Autre : <i>Behaviour Change Wheel</i> ou <i>COM-B framework</i> ⁸⁰ (n = 2); <i>Theoretical Domains Framework</i> ⁸¹ (n = 2); <i>co-KT</i> ⁸² (n = 1); cadre du système de santé apprenant (n = 1); <i>Knowledge-to-Practice framework</i> ⁸³ (n = 1); modèle de mise à l'échelle de la science ⁸⁴ (n = 1); stratégie de passage à grande échelle ⁸⁵ (n = 1); <i>Intervention Scalability Assessment Tool</i> ⁸⁶ (n = 1); <i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> ⁸⁷ (n = 1); <i>Getting to Outcomes</i> ⁸⁸ (n = 1)	12 (19,4 %)	S. O.
Nous n'utilisons aucun cadre, aucune théorie ni aucun modèle particulier	8 (12,9 %)	
<i>Push, Pull, Exchange, Integrated KT</i> (Lavis 2003) ⁸⁹	8 (12,9 %)	
<i>Knowledge Brokering Frameworks</i> (Oldham 1997) ⁹⁰	4 (6,5 %)	
<i>Why, Whose, What, and How</i> (Ward 2017) ⁹¹	4 (6,5 %)	
<i>Co-produced Pathway to Impact</i> (Phipps 2016) ⁹²	3 (4,8 %)	
Évalue la performance, l'efficacité ou l'impact des activités de TMC	n = 34	
Oui	21 (61,8 %)	
Non	13 (38,2 %)	S. O.
Méthodes d'évaluation de la performance, de l'efficacité ou de l'impact des activités de TMC^a	n = 32^a	
Sondage longtemps après l'activité de TMC (p. ex. 3 à 6 mois) évaluant l'acquisition, la rétention et l'application des connaissances	8 (25,0 %)	
Sondage peu après l'activité de TMC évaluant la satisfaction des utilisatrices et utilisateurs des connaissances	7 (21,9 %)	
Évaluation de l'impact ou des retombées postimplantation	5 (15,6 %)	
Évaluation de la portée du travail de TMC (p. ex. bilans de participation aux activités, mesures de performance du site Web, engagement sur les réseaux sociaux et plateformes numériques, publications dans les médias, nombre d'interactions avec des décideurs)	5 (15,6 %)	S. O.
Évaluation de l'impact sur les indicateurs clés de performance de l'organisation	2 (6,3 %)	
Évaluation de l'impact sur les politiques en santé liées au sujet	2 (6,3 %)	
Sondage auprès des clientes et des clients pour améliorer les processus de travail	2 (6,3 %)	
Audits de dossiers	1 (3,1 %)	
Langue de production^a	n = 39^a	
Bilingue, français et anglais	14 (35,9 %)	
Unilingue, anglais	12 (30,8 %)	
Unilingue, français	8 (20,5 %)	S. O.
Autre : selon la demande du client (n = 2); espagnol (n = 1); chinois (n = 1); vietnamien (n = 1)	5 (12,8 %)	
Accessibilité des livrables en TMC aux personnes en situation de handicap	n = 31	
Oui, certains livrables sont accessibles, en fonction du sujet	13 (41,9 %)	
Non	11 (35,5 %)	
Oui, certains livrables sont accessibles, à la demande de la cliente ou du client	6 (19,4 %)	
Oui, tous les livrables sont accessibles	1 (3,2 %)	
Les livrables sont rendus accessibles de quelle manière	n = 27	
Les documents, les outils et les sites Web respectent les normes d'accessibilité applicables à la juridiction ou au contexte où ils seront utilisés	18 (66,7 %)	
Les événements, réunions et activités sont sous-titrés ou un service d'interprète est utilisé	8 (29,6 %)	
Autre : en appliquant des cadres ou modèles d'accessibilité qui aident à déterminer les besoins requis (n = 1)	1 (3,7 %)	
Délai de production	n = 30	
7 jours	3 (10,0 %)	
1 mois	4 (13,3 %)	
2 mois	2 (6,7 %)	
3 mois	8 (26,7 %)	Moyenne = 7,09 mois
6 mois	5 (16,7 %)	Étendue = 7 jours à
12 mois	4 (13,3 %)	
18 mois	1 (3,3 %)	36 mois
24 mois	2 (6,7 %)	
36 mois	1 (3,3 %)	

Données démographiques	N° de répondant(e)s	Statistiques
	N = 36	
Volume annuel typique de production	n = 26	
1 à 5	4 (15,4 %)	
6 à 10	7 (26,9 %)	
11 à 20	6 (23,1 %)	S. O.
21 à 50	7 (26,9 %)	
Plus de 50	2 (7,7 %)	
Collaborations avec d'autres groupes en TMC	n = 35	
Oui, nous menons un travail collaboratif avec d'autres groupes en TMC (p. ex. : contribuons conjointement aux mêmes projets, partageons des informations sur des sujets d'intérêt commun)	21 (60,0 %)	S. O.
Non	12 (34,3 %)	
Oui, d'autres groupes en TMC produisent des livrables pour nous	2 (5,7 %)	

BA = baccalauréat ès arts; BAsC = baccalauréat ès arts et sciences; BEd = baccalauréat ès éducation; BSc = baccalauréat ès sciences; BScA = baccalauréat ès sciences appliquées; DEC = diplôme d'études collégiales; DEP = diplôme d'études professionnelles; DES = diplôme d'études secondaires; DESS = diplôme d'études supérieures spécialisées; DSc = doctorat ès sciences; ÉTC = équivalent temps complet; LLB = baccalauréat ès droit; M = maîtrise; MA = maîtrise ès arts; MBA = maîtrise ès administration des affaires; MD = doctorat ès médecine; MSc = maîtrise ès sciences; NR = non rapporté; PhD = doctorat ès philosophie; S. O. = sans objet; TMC = transfert ou mobilisation des connaissances

Notes :

- a) La somme des réponses n'est pas nécessairement égale au nombre de répondantes et de répondants, soit parce que la question avait plusieurs réponses possibles ou parce que les données brutes ont été analysées et regroupées en thèmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *BMJ*. 2007; 334(7585):129-132.
2. Seely BE. Historical patterns in the scholarship of technology transfer. *Comparative Technology Transfer and Society*. 2003; 1(1):7-48.
3. Estabrooks CA, Derksen L, Winther C, et al. The intellectual structure and substance of the knowledge utilization field: a longitudinal author co-citation analysis, 1945 to 2004. *Implement Sci*. 2008; 3:49.
4. Dancause L. Guide pédagogique sur la mobilisation des connaissances. Trois-Rivières QC Canada: Université du Québec à Trois-Rivières; 2023: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=2100. Consulté le 07-mars-2024.
5. Singley MK, Anderson JR. *The transfer of cognitive skill*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 1989.
6. McKibbin KA, Lokker C, Wilczynski NL, et al. A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? *Implement Sci*. 2010; 5:16.
7. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006; 26(1):13-24.
8. Law M, Muhl C, McElhone S, et al. Driving change in the health sector: An integrated approach. St. Catharines ON, Canada: Brock University; 2022: <https://ecampusontario.pressbooks.pub/drivingchangeinthehealthsectoranintegratedapproach>. Consulté le 07-mars-2024.
9. Instituts de recherche en santé du Canada. Guide de planification de l'application des connaissances aux IRSC : approches intégrées et de fin de subvention. 2012. https://cihr-irsc.gc.ca/f/documents/kt_lm_ktplan-fr.pdf. Consulté le 07 mars 2024.
10. Evidence-informed Policy Network. Closing evidence-to-policy gaps, improving health outcomes. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353735/WHO-SCI-RFH-2022.02-eng.pdf>. Consulté le 07 mars 2024.
11. Social Sciences and Humanities Research Council. Definition of Knowledge mobilization. 2024. <https://www.sshrc-crsh.gc.ca/funding-financement/programmes-programmes/definitions-eng.aspx#km-mc>. Consulté le 07-mars-2024.
12. Radević I, Dimovski V, Lojpur A, et al. Quality of healthcare services in focus: the role of knowledge transfer, hierarchical organizational structure and trust. *Knowledge Management Research & Practice*. 2023; 21(3):525-536.
13. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : Cadre de référence. 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>. Consulté le 11-mars-2024.
14. Microsoft® Forms [programme informatique]. Redmond WA, É-U: Microsoft Corporation; 2024.
15. Microsoft® Excel 2016 [programme informatique]. Version 16.0.5435.1000. Redmond WA, É-U: Microsoft Corporation; 2024.
16. Microsoft® Teams [programme informatique]. Version 1.6.00.33567. Redmond WA, É-U: Microsoft Corporation; 2024.
17. NVivo [programme informatique]. Version 14. Denver CO, É-U: Lumivero; 2024.
18. Glegg SMN, Ryce A, Miller KJ, et al. Organizational supports for knowledge translation in paediatric health centres and research institutes: insights from a Canadian environmental scan. *Implementation science communications*. 2021; 2(1):49.
19. Brescia F, Colombo G, Landoni P. Organizational structures of Knowledge Transfer Offices: an analysis of the world's top-ranked universities. *The Journal of Technology Transfer*. 2016; 41(1):132-151.
20. Partridge ACR, Mansilla C, Randhawa H, et al. Lessons learned from descriptions and evaluations of knowledge translation platforms supporting evidence-informed policy-making in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Research Policy and Systems*. 2020; 18(1):127.
21. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, et al. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Health Res Policy Syst*. 2014; 12:2.

22. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, et al. Initiatives supporting evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda: a comparative historical case study. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:612.
23. Yehia F, El Jardali F. Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. *Health Res Policy Syst.* 2015; 13:29.
24. Esmail R, Hanson HM, Holroyd-Leduc J, et al. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implementation science : IS.* 2020; 15(1):11.
25. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology.* 2001; 52(1):1-26.
26. Minogue V, Morrissey M, Terres A. Supporting researchers in knowledge translation and dissemination of their research to increase usability and impact. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation.* 2022; 31(10):2959-2968.
27. Fernandez-Bou AS, Ortiz-Partida JP, Dobbin KB, et al. Underrepresented, understudied, underserved: Gaps and opportunities for advancing justice in disadvantaged communities. *Environmental Science & Policy.* 2021; 122:92-100.
28. Sevelius JM, Gutierrez-Mock L, Zamudio-Haas S, et al. Research with Marginalized Communities: Challenges to Continuity During the COVID-19 Pandemic. *AIDS Behav.* 2020; 24(7):2009-2012.
29. Schultz A, Nguyen T, Sinclair M, et al. Historical and Continued Colonial Impacts on Heart Health of Indigenous Peoples in Canada: What's Reconciliation Got to Do With It? *CJC Open.* 2021; 3(12, Supplement):S149-S164.
30. Argote L. Knowledge Transfer Within Organizations: Mechanisms, Motivation, and Consideration. *Annu Rev Psychol.* 2024; 75:405-431.
31. Bhattacharyya OK, Estey EA, Zwarenstein M. Methodologies to evaluate the effectiveness of knowledge translation interventions: a primer for researchers and health care managers. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2011; 64(1):32-40.
32. Bhuiya AR, Makarski J, Hayden L, et al. Identifying candidate quality indicators of tools that support the practice of knowledge translation: a scoping review protocol. *JBI evidence synthesis.* 2023; 21(1):264-278.
33. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q.* 2003; 81(2):221-248, 171-222.
34. Wensing M, Grol R. Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Med.* 2019; 17(1):88.
35. Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes. En faire davantage avec votre savoir : Une trousse d'outils pour la mobilisation des savoirs. 2023. <https://iknow-occe.esolutionsgroup.ca/api/ServiceItem/GetDocument?clientId=A1B5AA8F-88A1-4688-83F8-FF0A5B083EF3&documentId=9c8b396a-a65f-45f7-a92a-3009b9a0aacf>. Consulté le 07-mars-2024.
36. Lortie M, Desmarais L, Faye C, et al. Le transfert de connaissances au RRSSTQ: bilan et perspectives. *Relations industrielles.* 2013; 68(4):567-589.
37. Ziam S, Lanoue S, McSween-Cadieux E, et al. A scoping review of theories, models and frameworks used or proposed to evaluate knowledge mobilization strategies. *Health Res Policy Syst.* 2024; 22(1):8.
38. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide de mise en œuvre d'une infrastructure de soutien à l'implantation et au transfert de connaissances : Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003593/>. Consulté le 11-mars-2024.
39. Pentland D, Forsyth K, Maciver D, et al. Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *J Adv Nurs.* 2011; 67(7):1408-1425.
40. Halsall T, Manion I, Henderson J, et al. Examining partnerships within an international knowledge translation network focused on youth mental health promotion. *Health Research Policy and Systems.* 2020; 18(1):29.
41. Gagliardi AR, Kothari A, Graham ID. Research agenda for integrated knowledge translation (IKT) in healthcare: what we know and do not yet know. *J Epidemiol Community Health.* 2017; 71(2):105-106.
42. Heaton J, Day J, Britten N. Inside the "Black Box" of a Knowledge Translation Program in Applied Health Research. *Qualitative health research.* 2015; 25(11):1477-1491.
43. Hoeijmakers M, Harting J, Jansen M. Academic Collaborative Centre Limburg: a platform for knowledge transfer and exchange in public health policy, research and practice? *Health policy (Amsterdam, Netherlands).* 2013; 111(2):175-183.
44. Klemme I, Richter B, De Sabbata K, et al. A Multi-Directional and Agile Academic Knowledge Transfer Strategy for Healthcare Technology. *Frontiers in Robotics and AI.* 2021; 8:789827.

45. Oborn E, Barrett M, Racko G. Knowledge translation in healthcare: incorporating theories of learning and knowledge from the management literature. *Journal of health organization and management*. 2013; 27(4):412-431.
46. Głodek P, Stawasz E. University's knowledge transfer capacity – organisational structures and regional cooperation. *International Journal of Higher Education Management*. 2017; 3(2):44-59.
47. Kothari A, Sibbald SL. Using Complexity to Simplify Knowledge Translation: Comment on "Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation". *International Journal of Health Policy and Management*. 2018; 7(6):563.
48. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, et al. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004; 82(4):581-629.
49. Bennett S, Corluka A, Doherty J, et al. Influencing policy change: the experience of health think tanks in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2012; 27(3):194-203.
50. Lavis JN, Moynihan R, Oxman AD, et al. Evidence-informed health policy 4 - case descriptions of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci*. 2008; 3:56.
51. Rispel LC, Doherty J. Research in support of health systems transformation in South Africa: the experience of the Centre for Health Policy. *J Public Health Policy*. 2011; 32 Suppl 1:S10-29.
52. Zida A, Lavis JN, Sewankambo NK, et al. Evaluating the Process and Extent of Institutionalization: A Case Study of a Rapid Response Unit for Health Policy in Burkina Faso. *Int J Health Policy Manag*. 2018; 7(1):15-26.
53. Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, et al. Evidence-informed health policy 3 - interviews with the directors of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci*. 2008; 3:55.
54. Lavis JN, Paulsen EJ, Oxman AD, et al. Evidence-informed health policy 2 - survey of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci*. 2008; 3:54.
55. Mijumbi RM, Oxman AD, Panisset U, et al. Feasibility of a rapid response mechanism to meet policymakers' urgent needs for research evidence about health systems in a low income country: a case study. *Implement Sci*. 2014; 9:114.
56. Shroff Z, Aulakh B, Gilson L, et al. Incorporating research evidence into decision-making processes: researcher and decision-maker perceptions from five low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst*. 2015; 13:70.
57. Feet V, Næss AF. *A Qualitative Study of Improvement and Knowledge Transfer in Norwegian Public Hospitals*, NTNU; 2015.
58. Cambon L, Alla F. Transfert et partage de connaissances en santé publique: réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé publique*. 2013; (6):757-762.
59. Uneke CJ, Ezeoha AE, Ndukwe CD, et al. Promotion of evidence-informed health policymaking in Nigeria: Bridging the gap between researchers and policymakers. *Global Public Health*. 2012; 7:750 - 765.
60. Duranceau M-F. Les processus de dissémination et de création des connaissances dans les organisations de santé: le cas du Bureau de transition du Centre universitaire de santé McGill. 2017.
61. Gaetz S. Knowledge Mobilization as Design : The Case of the Canadian Homelessness Research Network. *Scholarly and Research Communication*. 2014;5(3):1-16.
<https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/KMb%20as%20design.pdf>. Consulté le 07-mars-2024.
62. Jagannathan K, Emmanuel G, Arnott J, et al. A research agenda for the science of actionable knowledge: Drawing from a review of the most misguided to the most enlightened claims in the science-policy interface literature. *Environmental Science & Policy*. 2023; 144:174-186.
63. Sturmberg JP. Knowledge Translation in Healthcare—Towards Understanding its True Complexities: Comment on "Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation". *International Journal of Health Policy and Management*. 2018; 7(5):455.
64. Dodge CP, Bennett G. *Changing Minds: A Guide to Facilitated Participatory Planning*. Ottawa ON Canada: International Development Research Centre; 2012: https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/crdi-idrc/E97-40-2011-eng.pdf. Consulté le 07-mars-2024.
65. Archibald MM, Lawless MT, de Plaza MAP, et al. How transdisciplinary research teams learn to do knowledge translation (KT), and how KT in turn impacts transdisciplinary research: a realist evaluation and longitudinal case study. *Health Research Policy and Systems*. 2023; 21(1):20.
66. Harvey G. The many meanings of evidence: implications for the translational science agenda in healthcare. *Int J Health Policy Manag*. 2013; 1(3):187-188.

67. Harvey G, Marshall RJ, Jordan Z, et al. Exploring the Hidden Barriers in Knowledge Translation: A Case Study Within an Academic Community. *Qual Health Res.* 2015; 25(11):1506-1517.
68. Beretta V, Beretta V. Knowledge Transfer and Exchange in Healthcare: A Literature Review. *Development and Implementation of Health Technology Assessment: Turning Knowledge into Action.* 2021; :11-52.
69. Berman J, Mitambo C, Matanje-Mwagomba B, et al. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Research Policy and Systems.* 2015; 13:73.
70. Borst RAJ, Wehrens R, Bal R, et al. From sustainability to sustaining work: What do actors do to sustain knowledge translation platforms? *Social science & medicine (1982).* 2022; 296:114735.
71. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Référentiel des infrastructures de transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux : Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux. 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-516-02W.pdf>. Consulté le 11-mars-2024.
72. Harvey JF. Managing organizational memory with intergenerational knowledge transfer. *Journal of Knowledge Management.* 2012; 16(3):400-417.
73. Pereira de Souza V, Baroni R, Choo CW, et al. Knowledge management in health care: an integrative and result-driven clinical staff management model. *Journal of Knowledge Management.* 2021; 25(5):1241-1262.
74. King O, West E, Alston L, et al. Models and approaches for building knowledge translation capacity and capability in health services: a scoping review. *Implementation Science.* 2024; 19(1):7.
75. Kirchner JE, Landes SJ, Eagan AE. Applying KT Network Complexity to a Highly-Partnered Knowledge Transfer Effort: Comment on" Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation". *International Journal of Health Policy and Management.* 2018; 7(6):560.
76. Uneke CJ, Ndukwe CD, Ezeoha AA, et al. Implementation of a health policy advisory committee as a knowledge translation platform: the Nigeria experience. *Int J Health Policy Manag.* 2015; 4(3):161-168.
77. Provvidenza C, Townley A, Wincentak J, et al. Building knowledge translation competency in a community-based hospital: a practice-informed curriculum for healthcare providers, researchers, and leadership. *Implementation science : IS.* 2020; 15(1):54.
78. Rycroft-Malone J. From Linear to Complicated to Complex: Comment on" Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation". *International Journal of Health Policy and Management.* 2018; 7(6):566.
79. Sheng ML, Chang SY, Teo T, et al. Knowledge barriers, knowledge transfer, and innovation competitive advantage in healthcare settings. *Management Decision.* 2013; 51(3):461-478.
80. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011; 6:42.
81. Michie S, Johnston M, Abraham C, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care.* 2005; 14(1):26-33.
82. Kitson A, Powell K, Hoon E, et al. Knowledge translation within a population health study: how do you do it? *Implement Sci.* 2013; 8:54.
83. Ryan D, Barnett R, Cott C, et al. Geriatrics, Interprofessional Practice, and Interorganizational Collaboration: A Knowledge-to-Practice Intervention for Primary Care Teams. *Journal of Continuing Education in the Health Professions.* 2013; 33(3):180-189.
84. Price-Kelly H, van Haeren L, McLean R. The Scaling Playbook : Mettre à l'échelle, un guide pratique pour les chercheurs. 2020. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/server/api/core/bitstreams/65196746-53de-446d-96f3-cca48b0edb97/content>. Consulté le 24-jan-2024.
85. Organisation mondiale de la Santé. Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle. 2011. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44661/9789242500318_fre.pdf?sequence=1. Consulté le 24-jan-2024.
86. Milat A, Lee K, Conte K, et al. Intervention Scalability Assessment Tool: A decision support tool for health policy makers and implementers. *Health Research Policy and Systems.* 2020; 18(1):1.
87. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science.* 2022; 17(1):75.
88. Wandersman A, Imm P, Chinman M, et al. Getting to outcomes: a results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning.* 2000; 23(3):389-395.

89. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, et al. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006; 84(8):620-628.
90. Oldham G, McLean R. Approaches to Knowledge-Brokering. 1997.
https://www.iisd.org/system/files/publications/networks_knowledge_brokering.pdf. Consulté le 24-jan-2024.
91. Ward V. Why, Whose, What and How? A Framework for Knowledge Mobilisers. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice.* 2017; 13:477-497.
92. Phipps DJ, Pepler DJ, Craig W, et al. The Co-produced Pathway to Impact Describes Knowledge Mobilization Processes. *Journal of Community Engagement and Scholarship.* 2016.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2725, chemin Sainte-Foy, local Y7161
Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-8711 poste 2347