



REVUE FRANCOPHONE DE RECHERCHE SUR LE  
TRANSFERT ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

Volume 1, numéro 2, janvier-juin 2016  
doi: 10.18166/tuc.2016.1.02

## Quel impact avons-nous ? Vers l'élaboration d'un cadre pour rendre visibles les retombées du transfert des connaissances

Mathieu-Joël Gervais<sup>1\*</sup>, Karine Souffez<sup>2\*</sup>, Saliha Ziam<sup>3</sup>

1. Chaire d'étude CJM-IU-UQAM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté - Courriel: [gervais.mathieu-joel@uqam.ca](mailto:gervais.mathieu-joel@uqam.ca)

2. Experte en transfert des connaissances - Institut national de santé publique du Québec  
Courriel : [karine.souffez@inspq.qc.ca](mailto:karine.souffez@inspq.qc.ca)

3. Professeure en gestion des services de santé et des services sociaux - École des sciences de l'administration de la TÉLUQ - Courriel : [saliha.ziam@teluq.ca](mailto:saliha.ziam@teluq.ca)

\*Ces auteurs ont contribué de façon égale à la production de l'article.

### Messages-clés :

- Les objectifs de transfert de connaissances (TC), plutôt que les stratégies de TC en tant que telles, figurent comme point de départ de l'évaluation des retombées du TC.
- Les retombées des stratégies de TC peuvent être d'ordre individuel, organisationnel, ou sociopolitique et se manifester à court, moyen ou long terme. Il importe de mesurer les retombées à différents niveaux et moments, afin de reconnaître les formes variées qu'elles peuvent prendre et de considérer également les contributions intermédiaires qui mènent à l'impact final souhaité.
- Pour conclure à l'efficacité ou à l'inefficacité d'une stratégie de TC, il est nécessaire d'évaluer au préalable son degré de mise en oeuvre. Pour ce faire, nous devons documenter les conditions (ressources, planification, soutien organisationnel, etc.) et les facteurs contextuels qui peuvent en affecter la réalisation.
- L'appréciation des retombées doit être adaptée au contexte du TC et de l'évaluation.

### Résumé :

Face aux impératifs de reddition de comptes, les organismes ressentent le besoin d'évaluer leurs activités en transfert des connaissances (TC) afin d'en démontrer la pertinence et de s'assurer d'un réel retour sur leur investissement. Plusieurs cadres de référence pour l'évaluation du TC ont été développés au cours des dix dernières années. Ils offrent des conceptualisations différentes pour tenir compte du processus de TC, des types d'utilisation, ou des retombées possibles. Toutefois, plusieurs visent à cerner l'impact de la recherche de façon générale, et ne portent pas spécifiquement sur les effets des stratégies de TC. De plus, ils demeurent théoriques et difficiles à appliquer en contexte organisationnel.

Le présent article propose une première itération de cadre pour guider les organisations dans l'appréciation des retombées de leurs stratégies de TC. Il présente les principales composantes sur lesquelles s'appuie cette proposition, à la lumière de la recension des écrits effectuée dans les domaines de la santé et de la santé publique. Au total, 29 cadres conceptuels portant sur l'évaluation et les stratégies de TC ont été analysés. Les trois principales composantes qui s'en dégagent sont mises en relation à l'intérieur du cadre : 1-les objectifs de TC comme point de départ de l'évaluation; 2-les stratégies de TC classifiées en fonction des objectifs; et 3-les retombées à court, moyen et long terme, également classifiées en fonction des objectifs.

Cette conceptualisation nécessite d'être discutée et validée afin de raffiner notre compréhension en matière d'évaluation des stratégies de TC.

Mots-clés : Évaluation, Stratégies de transfert des connaissances, Cadre conceptuel, Retombées



Cette oeuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons  
Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

## Quel impact avons-nous ?

### Vers l'élaboration d'un cadre pour rendre visibles les retombées du transfert des connaissances

## 1. Introduction

Depuis plusieurs années déjà, les organisations investies en transfert des connaissances (TC) cherchent le moyen de mesurer l'impact des stratégies qu'elles déploient. Motivées par des impératifs de reddition de compte et la volonté de s'appuyer sur les meilleures pratiques, elles réclament des cadres et des outils pour aller au-delà des indicateurs de participation et de satisfaction couramment utilisés. Elles s'interrogent sur des aspects pragmatiques de l'évaluation, à savoir le délai de temps recommandé, après la mise en oeuvre d'une stratégie de transfert, pour en évaluer les retombées (ex. : 3 mois, 6 mois, 1 an, ou après quelques années); s'il est nécessaire de le faire pour chaque activité prise isolément ou pour une stratégie d'ensemble; et surtout, s'il est possible de s'attribuer les retombées produites. Au final, les organisations veulent pouvoir déterminer si leurs efforts en TC permettent d'accroître l'utilisation des connaissances, et par conséquent, s'ils en valent le coup.

Les recherches tardent toutefois à répondre à ces questions. Certes, plusieurs cadres d'évaluation de l'impact ont été développés au cours des dix dernières années (ex. : ACSS, 2009; Kuruvilla, Mays, Pleasant et Walt, 2006; Sarre et Cooke, 2009). Ceux-ci proposent des conceptualisations éclairantes sur l'éventail de retombées possibles, mais se concentrent sur les retombées des activités de la recherche, indépendamment du fait que des stratégies de TC aient été mises en oeuvre ou pas. De plus, ils conçoivent les retombées dans la perspective des chercheurs et des organismes subventionnaires (ex. : accroissement de la compétitivité, de la crédibilité, de la reconnaissance par les pairs, rayonnement international, etc.) plutôt que dans celle des utilisateurs (ex. : amélioration des savoirs et des pratiques, changement de comportements, productivité accrue, solution au problème).

Bien que pertinentes, ces conceptualisations ne répondent pas complètement aux besoins des organisations dédiées au TC et des milieux de pratique d'être outillés, de façon rigoureuse, à démontrer la pertinence de leurs investissements en TC. Même pour les chercheurs, ces conceptualisations demeurent difficiles à opérationnaliser puisque les retombées ultimes de la recherche sont rarement sous leur contrôle direct. Cela mène d'ailleurs le Groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé (Berthelette *et al.*, 2008) à recommander aux organismes subventionnaires d'évaluer la mise en oeuvre des stratégies de TC plutôt que les retombées des projets de recherche lorsqu'ils jugent d'un projet.

Il reste qu'évaluer l'efficacité des stratégies de TC n'est pas non plus un exercice facile à réaliser (Cherney, Head, Boreham, Povey et Ferguson, 2013; Contandriopoulos, Brousselle et Kédoté, 2008; Dagenais *et al.*, 2013; Davies, Nutley et Walter, 2005). Les effets des stratégies de TC sont multiples et diversifiés selon les contextes et les publics cibles. Devant ce défi, nous nous sommes penchés sur les écrits disponibles afin de voir si des cadres spécifiques à l'évaluation des stratégies de TC existent et s'ils peuvent être utilisés, en tout ou en partie, afin de répondre aux préoccupations des milieux. En l'absence d'un cadre pouvant être utilisé intégralement, nous nous étions fixés pour objectif d'identifier les composantes clés qui pourraient faire l'objet d'un éventuel cadre d'évaluation des stratégies de TC. Sur la base de notre recension, nous visions également à dégager des considérations à prendre en compte lors de l'évaluation du TC afin de paramétrer un peu plus la démarche pour les organisations. Cet article présente le résultat de ce travail, produit en collaboration avec plusieurs organisations oeuvrant en TC au Québec (voir remerciements).

Les principaux concepts utilisés dans cet article – transfert des connaissances, stratégies, retombées – sont d'abord définis. En deuxième partie est décrite la recension et l'analyse de 29 documents provenant de la

littérature scientifique, de la littérature grise et d'organisations du domaine de la santé et de la santé publique. L'analyse a permis d'identifier des concepts, composantes clés et indicateurs pour l'évaluation des retombées des stratégies de TC. En se basant sur cette analyse, la dernière partie de l'article propose une première itération de cadre conçu à l'intention des organisations du réseau de la santé et de la santé publique pour évaluer les retombées des stratégies de TC qu'ils emploient.

### Transfert des connaissances, stratégies, retombées : quelques définitions

On retrouve dans les écrits scientifiques une diversité de termes employés pour référer au concept de transfert des connaissances (TC) : transfert, mobilisation, application, échange, valorisation, gestion (Graham *et al.*, 2006; McKibbin *et al.*, 2010; Shaxon *et al.*, 2012; Tetroe *et al.*, 2008; Visram, Goodall et Steven, 2014). Dans cet article, le terme transfert des connaissances a été retenu puisqu'il est le plus utilisé au Québec depuis les dernières années (Gervais et Chagnon, 2010; Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009; Proulx, 2011). On le définit de façon générale comme un processus dynamique, interactif et continu visant à favoriser l'utilisation des connaissances par les milieux de pratique, de gestion, de décision ou le grand public.

Quant aux stratégies de TC, elles représentent un ensemble coordonné d'activités visant à favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques dans le but de susciter un changement. Cette définition met de l'avant un élément qui ressort dans les écrits, soit le caractère structuré et délibéré des stratégies de TC (Contandriopoulos *et al.*, 2008; Davison, 2009; Proulx, 2011). Par ailleurs, notre définition spécifie aussi la nature des connaissances à la source du TC (c.-à-d. des connaissances scientifiques), ce qui n'exclut pas, voire implique souvent, que d'autres types de connaissances (ex. : connaissances expérientielles et connaissances issues des données analysées) soient mobilisées afin de favoriser l'utilisation des connaissances. En concordance avec plusieurs travaux (ex. : Gervais et Chagnon, 2010; INSPQ, 2011a; Tribble *et al.*, 2008), nous endossons la vision selon laquelle les stratégies de TC peuvent viser plusieurs objectifs, souvent imbriqués les uns dans les autres (ex. : améliorer les pratiques suppose bien souvent de sensibiliser et d'informer également). Par conséquent, notre définition comporte la mention « dans le but de susciter un changement », qui se veut suffisamment générique pour englober les différentes formes de changements pouvant découler de la réponse aux besoins et préoccupations des milieux.

Finalement, nous entendons les retombées comme étant les effets prévus ou imprévus pouvant résulter directement ou indirectement de l'atteinte des objectifs de TC. Ces objectifs peuvent être soit spécifiques à une activité de TC, soit reliés à une stratégie globale regroupant plusieurs activités de TC spécifiques. Les retombées peuvent se produire chez plusieurs cibles (praticiens, décideurs, producteurs, organisations) et être individuelles, organisationnelles (administration) ou sociopolitiques (gouvernance). Cette définition est adaptée du rapport du Groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé (Berthelette *et al.*, 2008).

## 2. Méthodologie de la recension critique

La méthode employée pour réaliser la recension s'appuie sur la méthode du *scoping study* (Grant et Booth, 2009; Wilson, Lavis et Guta, 2012). Cette forme de recension consiste à réaliser un portrait de la littérature publiée dans un domaine de recherche dans le but d'en mesurer l'étendue, de dégager les concepts clés et principales tendances ou d'identifier les axes de recherche à développer. Contrairement aux revues systématiques, cette méthode ne requiert pas d'appréciation systématique des devis des études.

La présente recension avait pour objectif de répertorier les principaux documents proposant une conceptualisation de l'évaluation et des stratégies de TC dans les domaines de la santé et de la santé publique. Nous avons circonscrit notre recension au domaine de la santé et de la santé publique afin de répondre aux intérêts de recherche de la majorité des partenaires du projet. De plus, la littérature sur l'évaluation du TC en santé et en santé publique est plus étoffée.

## 2.1. Stratégies de recherche

Nous avons repéré les documents via trois stratégies, soit une recherche dans des bases de données, une stratégie boule de neige et un scan environnemental (voir figure 1).

### Recherche dans des bases de données

Comme point de départ, nous avons utilisé le bilan de connaissances sur le TC publié par l'Institut national de santé publique du Québec en 2009 (Lemire *et al.*, 2009). Celui-ci couvrant la période 1989-2008, nous avons restreint notre recherche bibliographique aux années subséquentes, soit 2009-2014. Nous avons réalisé la recherche bibliographique dans cinq bases de données (PubMed, SCOPUS, Proquest, PsycInfo, SAGE Journal Online), ainsi que dans deux bulletins de veille au Québec couvrant les domaines de la santé et de la santé publique (bulletin E-Veille sur l'innovation dans les services de santé, bulletin Politiques publiques et santé).

La combinaison de mots-clés suivante a été utilisée pour le concept de « stratégies de transfert des connaissances » : Strategy AND Adopt\* (research or evidence); Dissemination strategies; Diffusion strategies; Implementation Strategies; Knowledge (utilization or transfer or translation or exchange or application) AND Strategies; Research (utilization or transfer or translation or exchange or application) AND Strategies. Les termes utilisés pour le concept de « mesure » sont les suivants : Impact; Measur\*; Outcome; Assess\*; Evaluat\*. Afin de cibler la recherche, les mots-clés utilisés devaient se retrouver dans le titre ou le résumé des documents.

### Stratégie boule de neige

Nous avons ensuite appliqué la technique boule de neige aux bibliographies des documents repérés afin d'identifier des références additionnelles correspondant aux mots-clés.

### Scan environnemental : recension de cadres organisationnels sur le TC

Plusieurs organismes ont choisi de développer leur propre cadre de monitoring et d'évaluation du TC. Notre troisième stratégie de recherche a reposé sur un scan environnemental et un démarchage auprès d'organisations dédiées au TC, principalement en santé publique et en santé et services sociaux. Ainsi, les sites Web des organisations ont été survolés afin de retracer des cadres ou modèles organisationnels d'évaluation du TC. Dans la mesure où l'information n'était pas disponible, une demande d'information a été acheminée aux organisations ciblées.

## 2.2. Critères d'inclusion et identification de documents potentiels (premier tri)

Le premier tri visait à repérer des documents potentiellement pertinents via les trois stratégies de recherche mentionnées ci-haut. Pour être retenu, le document devait répondre à deux critères. Le 1<sup>er</sup> critère a trait à la nature du document – un cadre conceptuel – c'est-à-dire un système de concepts, théories, hypothèses, variables, permettant d'expliquer les éléments à l'étude et leurs relations présumées et pouvant prendre une forme narrative ou graphique (Maxwell, 2005; Miles et Huberman, 1994). Plus spécifiquement, le document devait présenter différentes composantes structurant l'évaluation des activités ou stratégies de TC. Le 2<sup>e</sup> critère reposait sur la présence d'indicateurs pouvant être utilisés afin d'évaluer la mise en oeuvre ou les effets des activités et stratégies de TC. En se basant sur ces deux critères, 120 documents potentiellement pertinents ont été identifiés sur la base de leurs titres et de leurs résumés.

## 2.3. Sélection finale (second tri)

Toujours en se basant sur les critères énumérés précédemment, nous avons opéré un second tri. Pour ce faire, Mathieu-Joël Gervais (MJG) a parcouru les 120 documents retenus lors du premier tri. De ce nombre, nous avons exclu 91 documents pour les raisons suivantes :

- 45 documents portent sur la mesure du rendement de la recherche. Ces documents présentent une description des retombées issues de la production des connaissances en fonction de différents domaines (ex. : Eisenberg, 2001; Hanney, Packwood et Buxton, 2000; Sarre et Cooke, 2009). Ils ont été exclus de l'analyse puisqu'ils (1) ne portent pas spécifiquement sur l'évaluation de stratégies de TC; (2) ne permettent pas d'établir de liens entre les stratégies de TC et les retombées. Il est à noter que parmi les 45 cadres qui se concentrent sur la mesure du rendement, certains font mention d'activités de TC, mais sans en faire une véritable composante du cadre (ex. : CDC, 2015; Mostert, Ellenbroek, Meijer, van Ark et Klaseen, 2010; Ward, Smith, Foy, House et Hamer 2010).
- 19 documents répondent seulement au premier critère, c'est-à-dire qu'ils décrivent des étapes ou composantes de l'évaluation d'une stratégie de TC, mais sans proposer d'indicateurs (ex. : de Goede, Putters, Van der Grinten et Oers, 2010; Kitson *et al.*, 2013; Salter et Kothari, 2014). Nous avons également exclu les textes dont les indicateurs n'étaient pas suffisamment généralisables (ex. : Contandriopoulos *et al.*, 2008; Harris *et al.*, 2012).
- 27 documents « autres » ont été exclus. Bien qu'intéressants, les documents se concentrant sur le développement ou la recension d'instruments de mesure (ex. : Squires *et al.*, 2011; Van Eerd *et al.*, 2011; Skinner, 2007) ont été retirés, car ils fournissent peu d'indications sur la façon de capter les retombées qui découlent de l'utilisation des connaissances. Les articles ayant pour objectif de présenter des principes théoriques sous-jacents à l'évaluation des stratégies de transfert des connaissances (ex. : Davison, 2009; Dykes, 2003; Sales, 2007) n'ont pas non plus été retenus, pour les mêmes raisons.

## 2.4. Identification des composantes et proposition d'un cadre préliminaire

Suite à ce second tri, 29 documents ont été retenus. MJG et Karine Souffez (KS) se sont d'abord réparti l'analyse de ces 29 documents. Une première lecture individuelle a permis d'identifier et de classer les principales composantes retrouvées dans les cadres retenus, ainsi que les liens entre ces composantes. Pour ce faire, l'analyse de contenu thématique (Blais et Martineau, 2006) a été utilisée<sup>1</sup>. Cette technique d'analyse qualitative suppose de laisser émerger les principaux concepts sur la base de leur fréquence plutôt que d'utiliser une grille prédéfinie. MJG et KS ont ensuite mis en commun le résultat de leur analyse individuelle afin de proposer une première version préliminaire du cadre conceptuel.

## 2.5. Dernière validation : retour dans la littérature et auprès d'un groupe de travail

Les résultats de la recension ont fait l'objet de deux dernières validations. D'une part, les principales conclusions ont été revues à la lumière du matériel disponible dans la littérature scientifique. Nous nous sommes assurés que notre cadre conceptuel soit concordant avec les classifications d'indicateurs retrouvées dans les écrits en santé et en santé publique (ex. : ACSS, 2009; CDC, 2015; Contandriopoulos *et al.*, 2008; Kuruvilla *et al.*, 2006). D'autre part, des séances de travail avec les membres de notre groupe de travail, formé de représentants d'organisations investies en TC, ont permis de poser un regard critique sur les résultats de la recension et d'enrichir la première proposition de cadre. À l'issue de cette dernière phase de validation, une proposition finale de cadre a été développée.

1 Cette approche itérative se base sur une lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories en lien avec les objectifs de recherche afin de les intégrer dans un cadre de référence ou un modèle.

## 3. Résultats

### 3.1. Description des 29 cadres retenus pour l'analyse

Le tableau 1 présente les caractéristiques des cadres retenus. En tout, 29 cadres ont été retenus suite à la scoping study, dont 13 proviennent de la littérature scientifique, 13 sont des cadres organisationnels, et 3 sont issus de la littérature grise. L'analyse des 29 cadres retenus révèle différentes conceptualisations de l'évaluation du TC. Celles-ci varient en fonction de l'objet du cadre (évaluation d'une activité de TC en particulier (ex. : communauté de pratique) vs un ensemble d'activités incluses dans une stratégie), de sa portée (individuelle, organisationnelle, sociopolitique), ou de la discipline dans laquelle il s'inscrit (ex. : science politique, sciences infirmières, gestion de l'information, etc.). Même chez les auteurs qui partagent une conception similaire de l'évaluation du TC, nous avons relevé des différences. Par exemple, les auteurs qui insistent sur l'importance de capter les retombées du TC à court, moyen et long terme ne définissent pas tous ces notions de la même manière. Cela rend complexe la tâche de dégager des regroupements et d'identifier les composantes clés à retenir dans un éventuel cadre. Malgré tout, nous avons tenté de dégager les tendances suivantes.

### 3.2. Les principales composantes

Le tableau 1 montre que trois composantes sont mentionnées au sein des 29 cadres retenus pour l'analyse : (1) les retombées du TC, présentes dans 100 % des cadres; (2) le type de stratégies de TC, trouvé dans environ 80 % des cadres; (3) les objectifs de TC, notés dans 33 % des cadres.

#### Les retombées : une classification selon trois grandes catégories

Vu le thème à l'étude, les retombées ressortent, bien sûr, comme une composante majeure des cadres retenus. Tout de même, une tendance transversale mérite d'être relevée quant à la façon de classer les retombées des stratégies de TC. La majorité des auteurs les regroupent en trois grandes catégories, soit (1) les retombées générées à court terme se mesurant par des indicateurs d'atteinte et de portée (nombre de personnes rejointes, satisfaction, participation); (2) les retombées à moyen terme qui ont trait aux changements d'attitude et à l'utilisation des connaissances; (3) les retombées à long terme qui découlent de l'atteinte de l'objectif de TC et qui se traduisent parfois même en résultats de santé. Cette gradation montre l'importance de mesurer les retombées à différents moments, afin de tenir compte de leur délai d'apparition et de leur caractère évolutif.

#### Les stratégies de TC : peu de liens établis avec les retombées de TC

Peu de cadres explicitent la relation entre les stratégies de TC et les retombées pouvant y être associées. Plusieurs cadres nomment les stratégies comme une composante clé, sans pour autant en faire une variable déterminante pour expliquer les retombées. Lorsqu'ils le font, c'est pour indiquer, de façon générale, que les stratégies de TC contribuent à la production de retombées, mais sans associer des stratégies spécifiques à des retombées précises. En effet, dans plus de la moitié de ces cadres, il n'y a aucune correspondance entre les stratégies abordées et la façon dont les retombées sont classifiées. Lorsqu'il y a une correspondance, c'est plutôt entre les stratégies et l'objectif de TC visé : les activités de dissémination (conférences, articles, entrevues médiatiques, etc.) étant associées aux objectifs « informer » ou « disséminer » alors que les activités interactives (ateliers, communauté de pratique, comités consultatifs, etc.) sont plutôt mises en lien avec les objectifs « soutenir », « mobiliser l'action » ou « favoriser l'appropriation » (Faurie *et al.*, 2013; INSPQ, 2011a; Ross, Goering, Jacobson et Butterill, 2007; Tribble *et al.*, 2008). Deux cadres font cependant exception, soit celui de Berthelette *et al.* (2008), qui différencie les extrants et les retombées des recherches en fonction des groupes cibles (milieux de pratique, académiques, politiques, population/large public), et celui de Lavis, Ross, McLeod et Gildiner (2003) qui différencie les retombées selon l'instigateur de la stratégie, soit le chercheur (*push*), le décideur (*pull*) ou les deux (*exchange*).

## Les objectifs de TC comme point de départ pour la classification des retombées

Tel qu'expliqué précédemment, ce sont les objectifs de TC qui figurent comme point central de la classification des retombées dans 1/3 des cadres (n=10). Certains cadres (ASPC, 2009; Barwick, 2008; CTREQ, 2007; Currie *et al.*, 2005; Faurie *et al.*, 2013; Ross *et al.*, 2007; Tribble *et al.*, 2008) établissent même une correspondance directe entre le type d'objectif visé et les types de retombées auxquelles on peut s'attendre. Selon cette logique, c'est l'objectif global de la stratégie de TC qui détermine les retombées pouvant être obtenues, et non pas les activités de TC en tant que telles. Dans la même perspective, d'autres cadres insistent sur la nécessité de préciser les objectifs à atteindre, et ce, dès l'élaboration du plan de transfert afin de faciliter l'évaluation des activités de TC réalisées (INSPQ, 2011b; Ross *et al.*, 2007; Sangha et Singh, 2014).

Mais qu'en est-il de la façon dont ces objectifs sont définis ? Existe-t-il une classification univoque pouvant être utilisée afin de classer les objectifs poursuivis par les stratégies de TC ? Dans un premier temps, nous avons analysé les 10 cadres qui font des objectifs de TC une de leurs principales composantes (voir tableau 2). L'analyse permet de constater que les objectifs de TC mentionnés dans ces cadres sont divers (informer, soutenir les pratiques, influencer les politiques, faire avancer la recherche, etc.) et orientés vers différents publics cibles (milieux de pratique, académiques, politiques, population/large public). Cela nous porte à croire qu'il est nécessaire de développer un langage commun afin de nommer et de définir les grandes catégories d'objectifs en TC, d'autant plus que cet élément semble fondamental pour l'évaluation des stratégies.

Dans un deuxième temps, les objectifs mentionnés ont été regroupés en grandes catégories conceptuelles (voir tableau 3). Six grandes catégories conceptuelles d'objectifs ont émergé de notre analyse. Le tableau 3 montre que certains objectifs reviennent plus fréquemment que d'autres dans les 10 cadres analysés, notamment l'objectif « améliorer les pratiques ». Cela peut toutefois s'expliquer par le fait que notre recension porte spécifiquement sur les domaines de santé et santé publique, où la préoccupation pour la qualité des soins et services, et donc des pratiques professionnelles, est très présente.

### **3.3. Vers l'élaboration d'un cadre de référence pour l'appréciation des retombées des stratégies de TC en santé et en santé publique**

L'analyse des résultats nous a permis de formuler une proposition de cadre conceptuel pour l'appréciation des retombées des stratégies de TC en santé et en santé publique (voir tableau 4). Les différentes retombées énoncées (processus, court, moyen, long terme) proviennent de l'ensemble de la documentation recensée.

Au-delà des composantes repérées dans notre recension, il nous apparaissait important de tenter d'établir des liens entre elles. Nous avons donc fait un premier effort de différenciation des retombées en fonction des objectifs et des stratégies apparentées, tout en incluant des dimensions du processus et du contexte. La conceptualisation proposée s'appuie en particulier sur les cadres qui permettent d'établir un lien entre les objectifs de TC et les stratégies, ou entre les objectifs de TC et les types de retombées pouvant être attendues (ASPC, 2009; Barwick, 2008; Berthelette *et al.*, 2008; CTREQ, 2007; Currie *et al.*, 2005; Faurie *et al.*, 2013; Lavis *et al.*, 2003; Ross *et al.*, 2007; Tribble *et al.*, 2008). Nous avons aussi bénéficié de l'apport de notre groupe de travail et du savoir expérientiel de ses membres, qui ont été consultés à quelques reprises à propos de la pertinence des liens entre les composantes. Bien entendu, une telle conceptualisation est heuristique et ne permet pas à elle seule de rendre compte de tous les scénarios possibles. Elle permet néanmoins de simplifier une réalité complexe en vue de donner des repères pour l'appréciation des retombées des stratégies de TC.

Notre proposition s'appuie sur une approche par objectif conformément à ce qui se dégage de nos analyses. Des six regroupements qui se dégagent de notre recension (voir tableau 3), nous en avons retenu quatre, soit (1) informer; (2) favoriser un changement d'attitude; (3) influencer<sup>2</sup> la prise de décision; (4) améliorer les pratiques professionnelles et organisationnelles. L'objectif « développer des connaissances » a été exclu. Ce choix repose sur l'objet de notre cadre, qui ne vise pas à évaluer le rendement de la recherche, mais plutôt les retombées des

2 Le terme « influencer » a été retenu pour refléter la terminologie en usage dans les écrits consultés et au sein des organisations qui ont collaboré au projet. À noter que certaines organisations, notamment l'Institut national de santé publique du Québec, privilégient les termes « soutenir » ou « éclairer » la prise de décision au regard de leur mandat.

stratégies de TC. L'objectif visant une « augmentation de la collaboration recherche-pratique » a également été exclu. Nous l'avons plutôt considéré comme une retombée de la mise en oeuvre de stratégies de TC interactives. Ces quatre objectifs sont considérés comme pouvant être imbriqués les uns dans les autres, l'objectif « informer » étant la plupart du temps sous-jacent à celui visant à « favoriser un changement d'attitude », et ainsi de suite.

En fonction de chacun des objectifs, nous avons présenté des exemples d'activités pouvant composer une stratégie de TC. Nous avons fait le choix d'utiliser des exemples plutôt qu'une typologie conceptuelle (ex. : *push*, *pull*, *exchange*) pour s'assurer d'être bien compris dans les différents milieux. Pour ce qui est de la classification de ces activités en fonction des objectifs visés, nous avons respecté la logique suivante, qui prévaut dans la littérature : plus l'objectif visé demande un changement important, plus l'interaction entre les producteurs et les utilisateurs devra être soutenue, régulière et continue (Bowen et Graham, 2013; Contandriopoulos *et al.*, 2008; Gervais et Chagnon, 2010). Ainsi, des activités peu ou pas interactives sont associées à l'objectif d'« informer », alors que des activités plus interactives et soutenues sont identifiées pour l'objectif d'« améliorer les pratiques ». Comme toute conceptualisation, cette classification a ses limites, car il est clairement possible de rendre plus interactive une activité qui, a priori, ne l'est pas. Cela est d'ailleurs fortement recommandé dans la littérature, car l'interaction est un facteur de succès de l'utilisation des connaissances (de Goede *et al.*, 2010; Lemire *et al.*, 2009; Moore, Redman, Haines et Todd, 2011). Par souci de concision, le tableau 4 ne montre pas toutes les combinaisons possibles entre les objectifs et les activités pouvant être déployées; une même activité pouvant être associée à plus d'un objectif. De fait, notre proposition ne cherche pas à être exhaustive. Elle vise plutôt à illustrer en quoi l'appréciation des retombées peut être modulée en fonction de l'objectif poursuivi et de la stratégie déployée par l'instigateur de la démarche.

Le tableau 4 présente également les retombées auxquelles s'attarder pour chaque objectif poursuivi. Suivant une gradation, il montre comment les stratégies visant à informer sont plus susceptibles d'entraîner des retombées sur le plan de l'acquisition et de la compréhension des connaissances; les stratégies visant à favoriser un changement d'attitude, des retombées sur le plan de la sensibilisation; les stratégies visant à influencer la prise de décision, des retombées sur le plan politique ou décisionnel; et les stratégies d'amélioration des pratiques, des retombées sur le plan du changement de comportements et de la culture organisationnelle.

En concordance avec l'analyse effectuée, nous avons décliné ces retombées selon une progression à court (atteinte et portée), moyen (utilisation des connaissances) et long terme (atteinte des objectifs). Notons que selon l'objectif, une même retombée peut différer en termes de délai d'apparition ou de forme. À l'instar du cadre du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Morestin, 2013), nous avons également qualifié les retombées en fonction du degré d'emprise que l'on peut avoir sur celles-ci. Seuls le processus et la mise en oeuvre des stratégies de TC sont sous le contrôle direct du porteur de la stratégie. Pour l'ensemble des retombées, on parle plutôt d'influence que de contrôle car le porteur de la stratégie de TC n'en est qu'en partie responsable. À court terme, comme le transféreur détient davantage de leviers pour assurer l'accès et la réception des connaissances (ex. : diffusion proactive, action du messenger, choix des canaux de communication adéquats), l'influence est qualifiée de directe. À moyen et long terme, comme l'utilisation des connaissances résulte d'un ensemble de facteurs sur lesquels le porteur a peu d'emprise, elle est considérée indirecte.

Finalement, notre proposition présente des retombées de différents ordres, tant au plan individuel, organisationnel, que sociopolitique. Par ailleurs, le tableau 4 ne va pas jusqu'à proposer des indicateurs pour chaque type de retombée, ce qui pourrait faire l'objet d'un projet de recherche ultérieur.



## 4. Discussion

Cette étude répond aux préoccupations de plusieurs milieux de recherche et de pratique sur la nécessité de se doter d'un cadre de référence sur l'évaluation des stratégies de TC. Le cadre proposé prend comme point de départ les objectifs visés par le transfert. Cet angle d'analyse s'est imposé à la lecture des écrits scientifiques et après la consultation des experts sur ce thème.

L'approche conceptuelle retenue a permis d'avoir une meilleure compréhension des concepts sous-jacents à l'évaluation des stratégies de TC et de distinguer ce qui relève du processus de TC et ce qui se rapporte plus directement aux effets à court, moyen et à long terme. Cette distinction conceptuelle est importante à faire pour : (1) apprécier la correspondance entre les indicateurs qui se rapportent à ces deux dimensions de l'évaluation; (2) mieux estimer la marge de manoeuvre dont on dispose pour ajuster une stratégie qui ne parvient pas à atteindre son objectif; (3) documenter les contributions intermédiaires que peuvent produire les stratégies de TC et reconnaître ainsi la trajectoire complexe que suivent les connaissances pour produire un changement. Cette conceptualisation permet aussi de créer une base commune de langage afin de mieux comprendre les conditions de réussite des stratégies de TC selon les différents contextes de leur déploiement.

D'un point de vue méthodologique, ce cadre propose une classification (objectifs des stratégies/retombées) qui contribuera au développement d'indicateurs de mesure plus cohérents avec les objets et les étapes de l'évaluation. La démarche d'évaluation repose sur un choix judicieux des indicateurs employés selon le contexte. Or, des recensions systématiques récentes (Chaudoir, Dugan et Barr, 2013; Squires *et al.*, 2011; Van Eerd *et al.*, 2011) rapportent que la majorité des indicateurs actuellement disponibles concernent le niveau individuel et s'évaluent à l'aide d'une mesure autorapportée. Le recours à une telle mesure (questionnaires papier ou mis en ligne) peut engendrer des biais susceptibles de surestimer ou de sous-estimer le niveau d'utilisation réelle (Contandriopoulos *et al.*, 2008; Lavis *et al.*, 2003), en plus d'être sujette au phénomène de désirabilité sociale.

En réponse à ces constats, notre proposition de cadre vise à mettre en lumière les différents niveaux (individuel, organisationnel, sociopolitique) et les différentes formes que peuvent prendre les retombées. Elle inclut d'autres types de retombées que celles qui sont uniquement rapportables sur une base individuelle afin de rendre compte des changements à plus large échelle pouvant découler d'une stratégie de TC (ex. : mise à l'agenda d'une problématique, mobilisation d'acteurs autour d'un enjeu, etc.).

Notre cadre insiste également sur l'importance de documenter empiriquement les conditions et le processus de mise en oeuvre des stratégies de TC – ressources, planification, soutien organisationnel, etc. – qui peuvent en affecter la réalisation. Nous donnons ainsi suite à la recommandation de plusieurs auteurs à l'effet qu'il est impossible de conclure à l'efficacité ou à l'inefficacité d'une stratégie sans évaluer au préalable son degré de mise en oeuvre (Chaudoir *et al.*, 2013; Dagenais *et al.*, 2013; Davies *et al.*, 2005; Salter et Kothari, 2014; Van Eerd *et al.*, 2011). En effet, sans évaluation du processus d'implantation, on ne sait pas si l'absence de retombées est attribuable à la stratégie, à une mauvaise implantation de la stratégie, ou aux aléas du contexte. Dans cette perspective, notre cadre invite non seulement à tenir compte des conditions de mise en oeuvre des stratégies, mais également des facteurs contextuels qui peuvent favoriser ou entraver leur implantation et les retombées obtenues. Les recherches futures devront privilégier davantage les méthodologies mixtes qui documentent les deux aspects à la fois. Les devis d'évaluation quantitatifs ne permettent pas, à eux seuls, d'expliquer pourquoi une stratégie de TC n'a pas eu les effets escomptés ni comment cette stratégie peut être améliorée à l'avenir. Ce sont les devis qualitatifs qui peuvent nous renseigner sur le déploiement de la stratégie, sur les actions du porteur, la réceptivité des utilisateurs, le contexte sociopolitique, etc.

Finalement, le transfert des connaissances étant intimement lié au contexte, nous rappelons qu'il est difficile d'établir une relation de cause à effet entre les stratégies de TC mises en oeuvre et leurs effets, surtout à moyen et long terme. De nombreux facteurs externes – enjeux politiques, circonstances économiques, dynamique des groupes d'intérêt, valeurs organisationnelles, etc. – peuvent affecter l'obtention de retombées à moyen ou à long terme. Notre proposition de cadre rappelle l'importance de garder en tête l'emprise relative que l'on peut avoir sur la production de ces retombées; le processus et la mise en oeuvre des stratégies de TC étant les seules

variables sur lesquelles il est possible d'exercer un véritable contrôle (Contandriopoulos *et al.*, 2008; Eisenberg, 2001; Morrison, 2013).

## 5. Limites et conclusion

Compte tenu des moyens à notre disposition, il n'a pas été possible de valider le processus de sélection des 29 cadres retenus par une deuxième personne. Notre proposition de cadre n'a pas non plus fait l'objet d'une validation empirique. Néanmoins, notre réflexion demeure une modeste contribution vers l'élaboration d'un cadre de référence plus étayé et exhaustif, qui pourrait éventuellement faire le lien avec des outils et des méthodes de mesure. Cet éventuel cadre pourrait être bonifié par des corpus de connaissances provenant de disciplines autres que la santé, comme les sciences sociales, l'évaluation de programmes, etc. Cela permettrait notamment d'inclure, dans la méthodologie, d'autres termes relatifs au transfert des connaissances, comme le terme « mobilisation des connaissances », qui n'a pas été retenu dans la présente recherche. En effet, ce terme est très présent dans le langage des sciences sociales, mais l'était moins, au moment d'effectuer la recension, dans celui des sciences de la santé. Ceci dit, bien que nous admettions cette omission comme une limite, nous croyons que nous n'avons pas écarté pour autant ce pan de littérature. En général, les auteurs qui optent pour le terme « mobilisation des connaissances » le situent par rapport aux autres termes en usage, soit le « transfert des connaissances », l'« application des connaissances », etc., qui ont, pour leur part, été captés dans notre recherche.

Compte tenu de ces limites, la principale contribution de ce cadre consiste à élargir la réflexion sur les pratiques d'évaluation du TC au-delà des effets proximaux et de l'utilisation instrumentale sur lesquels portent la majorité des études empiriques (Dagenais *et al.*, 2013). Le cadre peut être utilisé à titre de référence, mais doit nécessairement être adapté en fonction du contexte dans lequel il est utilisé pour tenir compte des motifs et des modalités d'évaluation. Il est souhaité que les organisations puissent s'en inspirer et l'adapter afin de dégager des lignes directrices et des outils propres à leur contexte d'intervention en TC.

## RÉFÉRENCES

- Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS). (2009). *Making an impact: A preferred framework and indicators to measure returns on investment in health research*. Ottawa, Ontario, Canada.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009). ISHLCD - Knowledge Development Exchange and Dissemination (KDE) Functional Component Logic Model. Récupéré du site de l'Agence de santé publique du Canada à : [http://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_apropos/reports/2008-09/hlcd-vsme/kde-dec/intro-eng.php#fig1](http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/reports/2008-09/hlcd-vsme/kde-dec/intro-eng.php#fig1)
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2013). Outil d'aide à l'élaboration d'un plan d'application des connaissances. Récupéré du site des Publications du gouvernement du Canada : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/aspc-phac/HP35-37-2012-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/aspc-phac/HP35-37-2012-fra.pdf)
- Barwick, M. (2008). *Knowledge Translation Planning Template*. Toronto, Ontario: The Hospital for Sick Children.
- Barwick, M. (2013). *Modèle de plan de mobilisation des connaissances*. Récupéré du site *La trousse de mobilisation des connaissances* : [http://www.troussemdc.ca/sites/all/themes/kmb/assets/images/Modele\\_de\\_plan\\_de\\_mobilisation\\_des\\_connaissances.pdf](http://www.troussemdc.ca/sites/all/themes/kmb/assets/images/Modele_de_plan_de_mobilisation_des_connaissances.pdf)
- Berthelette, D., Bilodeau, H., Chagnon, F., Desnoyers, L., Lafond, J., Lévesque, G., ...St-Charles, J. (2008). *Rapport du groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé*. UQAM, Montréal : Institut Santé et société.
- Bertone, M. P., Meessen, B., Clarysse, G., Hercot, D., Kelley, A., Kafando, Y., ... & Witter, S. (2013). Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. *Health Research Policy Systems*, 11(39).
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherche Qualitative*, 26(2), 1-18.
- Bowen, S. J. et Graham, I. D. (2013). From knowledge translation to engaged scholarship: Promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1): S3-S8.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). *Science Making a Difference - Five Levels of Influence*. Récupéré du site du CDC : <http://www.cdc.gov/od/science/impact/>
- Chaudoir, S. R., Dugan, A. G. et Barr, C. H. (2013). Measuring factors affecting implementation of health innovations: A systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation science*, 8(1).
- Cherney, A., Head, B., Boreham, P., Povey, J. et Ferguson, M. (2013). Research utilization in the social sciences: A comparison of five academic disciplines in Australia. *Science Communication*, 35(6), 780-809.
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A. et Kêdoté, N. M. (2008). Evaluating interventions aimed at promoting information utilization in organizations and systems. *Healthcare policy*, 4(1), 89.
- Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ). (2007). *Cadre d'évaluation des produits du CTREQ*. Québec : Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec, document non publié.
- Currie, M., King, G., Rosenbaum, P., Law, M., Kertoy, M. et Specht, J. (2005). A model of impacts of research partnerships in health and social services. *Evaluation and Program Planning*, 28, 400-412.
- Dagenais, C., Malo, M., Robert, É., Ouimet, M., Berthelette, D. et Ridde, V. (2013). Knowledge transfer on complex social interventions in public health: A scoping study. *PLoS ONE*, 8(12): e80233.

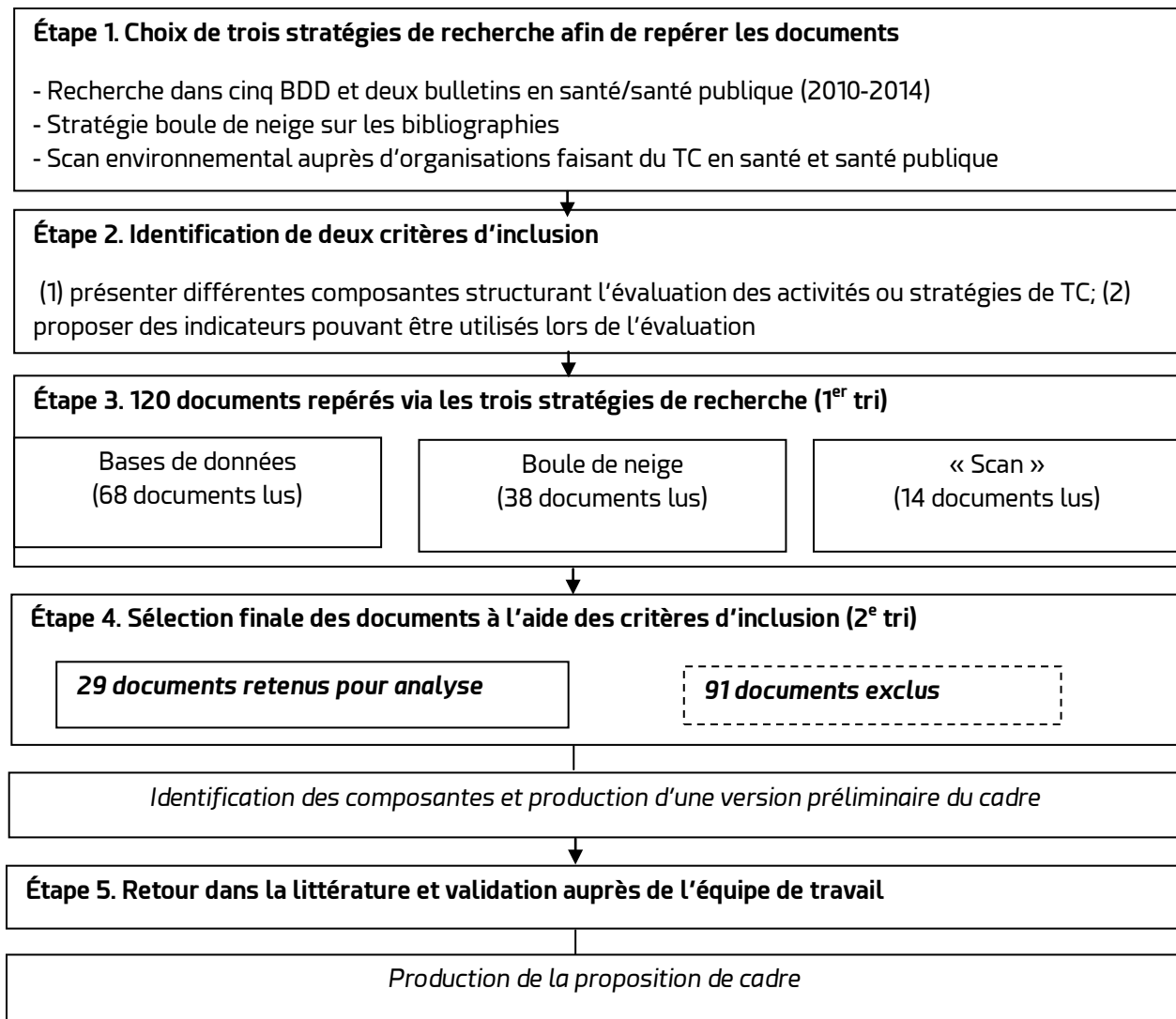
- Davison, C. M. (2009). Knowledge translation: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*, 124, 75-87.
- Davies, H., Nutley, S. et Walter, I. (2005). *Approaches to assessing the non-academic impact of social science research*. School of Management, University of St-Andrews.
- de Goede, J., Putters, K., van der Grinten, T. et Oers, H. (2010). Knowledge in process? Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. *Health Research Policy and Systems*, 8(1)(26).
- Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J. et DiCenso, A. (2002). A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 9(7).
- Dykes, P. C. (2003). Practice guidelines and measurement: state-of-the-science. *Nursing outlook*, 51(2), 65-69.
- Eisenberg, J. M. (2001). Putting research to work: Reporting and enhancing the impact of health services research. *Health Services Research*, 36(2), x-xvii.
- Faurie, I., Planché, F., Deltor, S., Ricaud, C., Grau, A. et Guy, C. (2013). Mieux comprendre le transfert de connaissances en SST : propositions pour une typologie des guides de prévention. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(1).
- Gervais, M-J. et Chagnon, F. (2010). *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale*. Québec, Fonds de recherche du Québec – Société et culture.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J. M., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of continuing education in the health professions*, 26(1): 13-24.
- Grant, M. J. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91-108.
- Hanney, S., Packwood, T. et Buxton, M. (2000). Evaluating the benefits from health research and development centres: A categorization, a model, and examples of application. *Evaluation*, 6, 137-160.
- Harris, J., Cheadle, A., Hannon, P., Forehand, M., Lichiello, P., Mahoney, E., ... Yarrow, J. (2012). A framework for disseminating evidence-based health promotion practices. *Preventing Chronic Disease*, 9(1).
- INSPQ (2011a). *Outil d'aide à la décision pour le transfert des connaissances*. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- INSPQ (2011b). *Outil pour soutenir l'élaboration d'un plan de transfert des connaissances*. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Kitson, A., Powell, K., Hoon, E., Newbury, J., Wilson, A. et Beilby, J. (2013). Knowledge translation within a population health study: how do you do it? *Implementation science*, 8(1).
- Kuruvilla, S., Mays, N., Pleasant, A. et Walt, G. (2006). Describing the impacts of health research: A Research Impact Framework. *BMC Health Services Research*, 6, 134.
- Lavis, J., Ross, S., McLeod, C. et Gildiner, A. (2003). Measuring the impact of health research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(3), 165-170.
- Lemire, N., Souffez, K., Laurendeau, M.-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

- Lévesque, P. (2013). *Measuring for Impact*. Institute for Knowledge Mobilization. Présentation effectuée dans le cadre du Canadian Knowledge Mobilisation Forum. Récupéré le 11 décembre 2014 de <http://fr.slideshare.net/ckforum>
- Maxwell, J. A. (2005). Conceptual framework: what do you think is going on. *Qualitative Research Design: an interactive approach*, 33-63.
- McKibbin, K. A., Lokker, C., Wilczynski, N. L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D. A., ...Straus, S. E. (2010). 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? *Implementation science*, 5(1).
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2e éd.). Thousand Oaks: Sage.
- Molas-Gallart, J. et Tang, P. (2007). *Policy and practice impacts of ESRC funded research. Case study of the ESRC Centre for Business Research*. Swindon, UK: ESRC.
- Moore, G., Redman, S., Haines, M. et Todd, A. (2011). What works to increase the use of research in population health policy and programmes: a review. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 7(3), 277-305.
- Morestin, F. et le groupe de travail du CCNPPS sur le partage de connaissances (2013). *Outil interne du CCNPPS - Modèle logique pour l'évaluation des activités de partage de connaissances*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Morrison, A. (2013). *Contribution Analysis: An introduction*. Scottish Government. Récupéré de [www.gov.scot/Resource/Doc/44473/0087916.ppt](http://www.gov.scot/Resource/Doc/44473/0087916.ppt)
- Mostert, S. P., Ellenbroek, S. P., Meijer, I., van Ark, G. et Klasen, E. C. (2010). Societal output and use of research performed by health research groups. *Health Research Policy and Systems*, 8, 30.
- Orem, J. N., Mafigiri, D. K., Marchal, B., Ssengooba, F., Macq, J. et Criel, B. (2012). Research, evidence and policymaking: the perspectives of policy actors on improving uptake of evidence in health policy development and implementation in Uganda. *BMC Public Health*, 12(1), 109.
- Poetz, A. et Phipps, D. (2014). *Indicators for Measurement at Each Stage of Knowledge Translation: from Research to Impact*. NeuroDevNet. Présentation effectuée dans le cadre du Canadian Knowledge Mobilisation Forum. Récupéré le 11 décembre 2014 de <http://fr.slideshare.net/ckforum>
- Proulx, R. (2011). Le transfert des connaissances et les guides de pratique comme leviers d'amélioration des services. *Revue CNRIS*, 2(2), 8-12.
- Rajic, A. et Young, I. (2013). *Knowledge synthesis, transfer and exchange in agri-food public health: A handbook for science-to-policy professionals*. Guelph, Canada.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2e éd.). Toronto, Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Richard, L., Chiochio, F., Essiembre, H., Tremblay, M. C., Lamy, G., Champagne, F. et Beudet, N. (2014). Communities of practice as a professional and organizational development strategy in local public health organizations in Quebec, Canada: An evaluation model. *Healthcare Policy*, 9(3), 26-39.
- Ross, S., Goering, P., Jacobson, N. et Butterill, D. (2007). *A Guide for Assessing Health Research Knowledge Translation Plans*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).
- Salter, K. et Kothari, A. (2014). Using realist evaluation to open the black box of knowledge translation: a state-of-the-art review. *Implementation Science*, 9(1).

- Sales, A. E. (2007). A view from health services research and outcomes measurement. *Nursing research*, 56(4), S67-S71.
- Sangha, M., et Singh, K. (2014). *From setting the stage to setting trends*. Canadian Partnership Against Cancer. Présentation effectuée dans le cadre du Canadian Knowledge Mobilisation Forum. Récupéré de <http://fr.slideshare.net/ckforum>.
- Sarre, G., et Cooke, J. (2009). Developing indicators for measuring research capacity development in primary care organizations: A consensus approach using a nominal group technique. *Health and Social Care in the Community*, 17, 244-253.
- Shaxson, L., Bielak, A., Ahmed, I., Brien, D., Conant, B., Fisher, C., ...Phipps, D. (2012). *Expanding our understanding of K\* (KT, KE, KTT, KMB, KB, KM, etc.): a concept paper emerging from the K\* conference held in Hamilton, Ontario, Canada*. United Nations University, Institute for Water, Environment and Health.
- Skinner, K. (2007). Developing a tool to measure knowledge Exchange Outcomes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 22(1).
- Squires, J. E., Estabrooks, C. A., O'Rourke, H. M., Gustavsson, P., Newburn-Cook, C. V. et Wallin, L. (2011). A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare. *Implementation Science*, 6(1).
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., Graham, I. D., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O. et Shepperd, S. (2010). Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. *CMAJ*, 182(2): E94-98.
- Sullivan, T. M., Strachan, M. et Timmons, B. K. (2007). *Guide to monitoring and evaluating health information products and services*. USAID.
- Tetroe, J. M., Graham, I. D., Foy, R., Robinson, N., Eccles, M. P., Wensing, M., ...Grimshaw, J. M. (2008). Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *The Milbank Quarterly*, 86(1): 125-155.
- Tribble, D. S.-C., Lane, J., Boyer, G., Aubé, D., Blackburn, F., Brassard, C., ...Le Gall, J. (2008). *Le cadre de référence « Trans-Action » en transfert des connaissances*. Sherbrooke, Québec : Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Van Eerd, D., Cole D, Keown K, Irvin E, Kramer D, Brenneman Gibson J., ...Morassaei, S. (2011). *Report on Knowledge Transfer and Exchange Practices: A systematic review of the quality and types of instruments used to assess KTE implementation and impact*. Toronto: Institute for Work & Health.
- Visram, S., Goodall, D. et Steven, A. (2014). Exploring conceptualizations of knowledge translation, transfer and exchange across public health in one UK region: a qualitative mapping study. *Public Health*, 128(6), 497-503.
- Ward, V., Smith, S., Foy, R., House, A. et Hamer, S. (2010). Planning for knowledge translation: a researchers' guide. *Evidence & Policy*, 6, 527-541.
- Waters, E., Armstrong, R., Swinburn, B., Moore, L., Dobbins, M., Anderson, L., ...Carter, R. (2011). An exploratory cluster randomised controlled trial of knowledge translation strategies to support evidence-informed decision-making in local governments (The KT4LG study). *BMC Public Health*, 11(1).
- Wilson, M. G., Lavis, J. N. et Guta, A. (2012). Community-based organizations in the health sector: a scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 10(1).
- Wimpenny, P., Johnson, N., Walter, I. et Wilkinson, J. E. (2008). Tracing and identifying the impact of evidence—Use of a modified pipeline model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(1), 3-12.

# FIGURE

Figure 1. Étapes de la stratégie



# TABLEAUX

Tableau 1. Détails des 29 cadres inclus dans l'analyse finale

Auteurs	Type de document	Domaine	Composantes	Classification des retombées
ASPC (2009)	Cadre organisationnel	Santé publique	- Objectifs de TC - Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon les objectifs visés
ASPC (2013)	Outil accompagnant un cadre organisationnel	Santé publique	- Objectifs de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (atteinte, portée, utilisation, impact)
Barwick (2008)	Cadre organisationnel	Santé	- Objectifs de TC - Retombées du TC	Selon les objectifs visés
Barwick (2013)	Outil accompagnant un cadre organisationnel	Santé	- Objectifs de TC - Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Berthelette et al. (2008)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon les stratégies de TC/les publics visés
Bertone et al. (2013)	Cadre issu de la littérature scientifique	Politique publique	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (atteinte, portée, utilisation, impact)
CTREQ (2007)	Cadre organisationnel	Éducation	- Objectifs de TC - Retombées du TC	Selon les objectifs visés
Currie et al. (2005)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé et services sociaux	- Objectifs de TC - Retombées du TC	- Selon les objectifs visés - Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
de Goede et al. (2010)	Cadre issu de la littérature scientifique	Politique publique	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (processus, utilisation, impact)
Dobbins et al. (2002)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (processus, utilisation, impact)
Faurie et al. (2013)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé au travail	- Objectifs de TC - Stratégies de TC - Retombées du TC	- Selon les objectifs visés - Selon le type d'utilisation des connaissances
INSPQ (2011a 2011b)	Outil accompagnant un cadre organisationnel	Santé publique	- Objectifs de TC - Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (atteinte, portée, utilisation, impact)
Lavis et al. (2003)	Cadre issu de la littérature scientifique	Politique publique	- Stratégies de TC - Retombées du TC	- Selon les stratégies de TC - Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Lévesque (2013)	Cadre organisationnel	Santé et services sociaux	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Molas-Gallart et Tang (2007)	Cadre issu de la littérature scientifique	Politique publique	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le type d'utilisation des connaissances (instrumentale, conceptuelle)
Morestin (2013)	Cadre organisationnel	Santé publique	- Retombées du TC	Selon une gradation (processus, utilisation, impact)



Auteurs	Type de document	Domaine	Composantes	Classification des retombées
Morrisson (2013)	Cadre organisationnel	Santé et services sociaux	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Orem et al. (2012)	Cadre issu de la littérature scientifique	Politique publique	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Poetz et Phipps (2014)	Cadre organisationnel	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Rajic et Young (2013)	Outil issu de la littérature grise	Politique publique	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (processus, utilisation, impact)
RNAO (2012)	Outil issu de la littérature grise	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon la cible (individu, organisation, système)
Richard et al. (2014)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé et services sociaux	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le délai d'apparition (court, moyen, long terme)
Ross et al. (2007)	Cadre organisationnel	Santé	- Objectifs de TC - Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon les objectifs de TC visés
Sangha et Singh (2014)	Cadre organisationnel	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (élaboration, mise en oeuvre, utilisation, impact)
Straus et al. (2010)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	- Selon le type d'utilisation - Selon la cible (individu, organisation, système)
Sullivan et al. (2007)	Cadre issu de la littérature grise	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (processus, utilisation, impact)
Tribble et al. (2008)	Cadre organisationnel	Santé et services sociaux	- Objectifs de TC - Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon les objectifs de TC visés
Waters et al. (2011)	Cadre issu de la littérature scientifique	Politique publique	- Objectifs de TC - Retombées du TC	Selon une gradation (atteinte, portée, utilisation, impact)
Wimpenny et al. (2008)	Cadre issu de la littérature scientifique	Santé	- Stratégies de TC - Retombées du TC	Selon le type d'utilisation des connaissances

**Tableau 2. Objectifs mentionnés dans les 10 cadres analysés**

Auteurs	Objectifs de transfert des connaissances mentionnés
ASPC (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir le système/la prise de décision</li> <li>- Développer de nouvelles connaissances</li> <li>- Augmenter la collaboration</li> <li>- Apprendre de la pratique</li> </ul>
Barwick (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changer la pratique clinique</li> <li>- Changer le système/la prise de décision politique</li> <li>- Faire de la recherche/Développer des connaissances</li> <li>- Mobiliser des acteurs</li> </ul>
Barwick (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accroître le niveau de compréhension des connaissances</li> <li>- Accroître les capacités à appliquer les connaissances</li> <li>- Changer les attitudes/croyances</li> <li>- Influencer un programme ou une politique</li> <li>- Intégrer la connaissance dans un processus décisionnel</li> <li>- Insuffler un changement culturel</li> <li>- Augmenter la collaboration producteurs/utilisateurs</li> <li>- Produire des connaissances rigoureuses et utiles</li> </ul>
CTREQ (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produire des connaissances</li> <li>- Diffuser des connaissances</li> <li>- Avoir des retombées sur les pratiques</li> </ul>
Currie et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produire des connaissances</li> <li>- Développer des compétences en recherche</li> <li>- Diffuser des connaissances</li> </ul>
Faurie et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir l'action</li> <li>- Mobiliser autour d'un enjeu</li> <li>- Sensibiliser</li> <li>- Informer</li> </ul>
INSPQ (2011a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffuser des connaissances/informer</li> <li>- Sensibiliser/influencer</li> <li>- Améliorer l'action/mobiliser les acteurs</li> </ul>
Ross et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer un large public</li> <li>- Créer de l'intérêt en ciblant un public</li> <li>- Promouvoir un changement de pratique chez un public ciblé</li> <li>- Produire des nouvelles connaissances</li> <li>- Mobiliser les acteurs ayant un pouvoir décisionnel</li> </ul>
Tribble et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffuser des connaissances</li> <li>- Favoriser l'échange des connaissances recherche/pratique</li> <li>- Soutenir l'appropriation des connaissances</li> </ul>
Waters et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter l'accès aux connaissances</li> <li>- Augmenter la capacité d'utilisation des connaissances</li> </ul>

**Tableau 3. Six regroupements conceptuels des objectifs mentionnés (N=10 cadres analysés)**

Regroupement conceptuel	Références
Informier/Diffuser de l'information à un large public	Barwick, 2013; CTREQ, 2007; Currie et al., 2005; Faurie et al., 2013; INSPQ, 2011a; Ross et al., 2007; Tribble et al., 2008; Waters et al., 2011
Sensibiliser/Changer les attitudes chez un public ciblé	Barwick, 2013; Faurie et al., 2013; INSPQ, 2011a; Ross et al., 2007
Mobiliser les acteurs/Soutenir la prise de décision	ASPC 2009; Barwick, 2008; Barwick, 2013; Faurie et al., 2013; INSPQ, 2011a; Ross et al., 2007
Améliorer la pratique/capacité d'utiliser les connaissances (praticiens et organisations)	ASPC 2009; Barwick, 2008; Barwick, 2013; CTREQ, 2007; Currie et al., 2005; Faurie et al., 2013; INSPQ, 2011a; Ross et al., 2007; Tribble et al., 2008; Waters et al., 2011
Développer de nouvelles connaissances	ASPC 2009; Barwick, 2008; Barwick, 2013; CTREQ, 2007; Currie et al., 2005; Ross et al., 2007
Soutenir la collaboration recherche-pratique/l'échange	ASPC 2009; Barwick, 2013; Tribble et al., 2008

Tableau4. Proposition de cadre de référence pour l'appréciation des retombées des stratégies de TC en santé et en santé publique

Objectifs de TC	Exemples d'activités pouvant composer une stratégie de TC*	PROCESSUS	RETOMBÉES		
		Qualité et degré de mise en oeuvre des stratégies	Atteinte et portée (court terme)	Utilisation des connaissances (moyen terme)	Impacts/Atteinte des objectifs (long terme)
<b>Informer</b>	-Résumés -Sites Web -Bulletins d'information -Conférences -Vidéos -Communiqués de presse	-Présence, qualité et réalisation d'un plan de TC -Disponibilité des ressources -Efforts d'adaptation et de communication	-Participation -Satisfaction -Accès à l'information -Acquisition de nouvelles connaissances	-Prise en considération (perception d'utilité, intention d'utiliser) -Adaptation et reprise des contenus	-Utilisation conceptuelle (meilleure compréhension d'une problématique au fil du temps et du cumul des connaissances) -Crédibilité accordée aux connaissances et reconnaissance de l'expertise -Harmonisation des messages
<b>Favoriser un changement d'attitude</b>	-Vidéos de sensibilisation -Médias sociaux -Comités consultatifs/pilotage -Champions -Activités de réseautage -Débats	-Présence, qualité et réalisation d'un plan de TC -Disponibilité des ressources -Efforts d'adaptation et de communication -Interactions avec le(s) public(s) cible(s) -Analyse du contexte	-Participation -Satisfaction -Accès à l'information -Acquisition de nouvelles connaissances -Crédibilité accordée aux connaissances et à la reconnaissance de l'expertise	-Prise en considération, apprentissage, discussion -Adaptation et reprise des contenus -Utilisation stratégique pour soutenir ou justifier une décision	-Changement d'attitude ou de paradigme -Mise en place de conditions organisationnelles propices à un changement -Changement dans l'opinion publique
<b>Influencer** la prise de décision</b>	-Participation à une consultation publique ou à une commission parlementaire -Approches de concertation -Processus délibératifs -Expertise-conseil -Policy briefs -Comités consultatifs/pilotage -Champions -Activités de réseautage -Co-construction	-Présence, qualité et réalisation d'un plan de TC -Disponibilité des ressources -Efforts d'adaptation et de communication -Interactions avec le(s) public(s) cible(s) -Présence d'acteurs d'influence -Présence de mécanismes de collaboration et de partenariat -Soutien stratégique et organisationnel -Analyse du contexte	-Participation -Satisfaction -Accès à l'information -Acquisition de nouvelles connaissances -Crédibilité accordée aux connaissances et à la reconnaissance de l'expertise -Sollicitation d'expertise dans le cadre de l'élaboration d'une politique/programme/mesure -Création de partenariats	-Prise en considération, apprentissage, discussion -Mise à l'agenda (médiatique, politique, organisationnelle...) d'une problématique -Mobilisation autour d'un enjeu -Collaboration et mise en réseau d'acteurs -Utilisation instrumentale (ex. : mention/citation dans un document gouvernemental) -Utilisation stratégique pour soutenir ou justifier une décision -Utilisation conceptuelle (meilleure compréhension d'une problématique au fil du temps et du cumul des connaissances)	-Changements législatifs -Changements politiques -Changements économiques -Capacité accrue des utilisateurs à composer avec les enjeux abordés (empowerment)
<b>Améliorer les pratiques professionnelles et organisationnelles</b>	-Formation continue -Stages -Mentorat -Communautés de pratique -Audits -Guides de pratique -Accompagnement -Comités consultatifs/pilotage -Co-construction	-Présence, qualité et réalisation d'un plan de TC -Disponibilité des ressources -Efforts d'adaptation et de communication -Implication du public cible -Présence d'acteurs d'influence -Présence de mécanismes de collaboration et de partenariat -Soutien organisationnel -Soutien à l'appropriation et à l'implantation -Analyse du contexte	-Participation -Satisfaction -Accès à l'information -Acquisition de nouvelles connaissances -Crédibilité accordée aux connaissances et à la reconnaissance de l'expertise -Sollicitation d'expertise -Création de partenariats -Adhésion de l'organisation	-Prise en considération, apprentissage, discussion -Amélioration du sentiment de compétence -Changement d'attitude -Maintien et développement de nouvelles compétences -Utilisation instrumentale (directe) des connaissances/outils/ équipements et systèmes transférés -Mise en place des conditions pour soutenir le changement -Collaboration et mise en réseau d'acteurs	-Changement de pratiques -Économies découlant de l'harmonisation des processus (duplication évitée, etc.) -Développement d'une culture organisationnelle apprenante et réflexive -Amélioration de la prestation/ offre de services et des services

## Légende

	Contrôle direct
	Influence directe
	Influence indirecte

\*Une même activité peut se rapporter à plus d'un objectif.

\*\*Le terme «influencer» a été retenu afin de refléter la terminologie en usage dans les écrits consultés et au sein des organisations qui ont collaboré au projet. À noter que certaines organisations, notamment l'Institut national de santé publique du Québec, privilégient les termes «soutenir» ou «éclairer» la prise de décision au regard de leur mandat.

## Citation suggérée:

M.-J. Gervais, K. Souffez, S. Ziham - *Quel impact avons-nous ? Vers l'élaboration d'un cadre pour rendre visibles les retombées du transfert des connaissances* - REVUE TUC, Volume 1, numéro 2, janvier-juin 2016 - doi: 10.18166/tuc.2016.1.02

## Remerciements:

### Équipe Renard

Ce projet et la rédaction du présent article ont été réalisés en partie grâce au soutien financier de l'Équipe de recherche en partenariat sur l'évaluation des retombées non académiques de la recherche (RENARD) de l'Université de Montréal et grâce au soutien du secteur Transfert des connaissances de l'INSPQ et de la Chaire d'étude CJM-IU-UQÀM, qui ont accepté de dégager les auteurs pour la réalisation de ce travail.

### Groupe de travail

Les membres du groupe de travail identifiés par un astérisque (\*) sont membres réguliers de l'Équipe RENARD. Un merci particulier à tous les membres du groupe de travail qui se sont rendus disponibles à plusieurs reprises afin de nous fournir leur précieux éclairage.

**BENOÎT, François** - Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

**LABELLE, Priscilla** - Étudiante membre de l'équipe RENARD

\***LANE, Julie** - CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

**JEN, Yun** - INSPQ – Journées annuelles de santé publique

\***PINARD, Renée** - Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec

\***PROULX, Renée** - Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

## Conflits d'intérêt:

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

La Revue TUC est la première revue francophone avec comité de pairs qui s'intéresse exclusivement à la recherche sur le transfert des connaissances dans le domaine social. Publiée sous forme électronique en continu, la Revue TUC vise la diffusion de travaux de recherche sur les nouvelles connaissances produites dans le domaine du transfert et de l'utilisation des connaissances, de son processus, de ses déterminants, de ses conséquences, de ses retombées et de ses applications pratiques.

L'objectif de la Revue TUC est de promouvoir la recherche sur le transfert des connaissances. Elle vise à publier les travaux de recherche de l'ensemble de la francophonie internationale et favorise notamment la publication des chercheurs de la relève.

Sa politique est d'attirer une large variété de contributions : recherches empiriques, études de cas, validations d'instruments de mesure, recensions des écrits (systématiques, narratives ou des études de portée), ainsi que des travaux de nature théorique reliés au transfert et à l'utilisation des connaissances. Néanmoins, nous ne publions pas de contributions portant sur le transfert des technologies.

**Adresse postale**

100 Sherbrooke Ouest,  
Montréal, Qc,  
H2X 3P2 CANADA

**Contact principal**

Benoit Martel  
Rédacteur adjoint  
Téléphone: 514-987-3000, #6228  
Courriel: [martel.benoit@uqam.ca](mailto:martel.benoit@uqam.ca)



REVUE FRANCOPHONE DE RECHERCHE SUR LE  
TRANSFERT ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

ISSN: 2369-8896



Cet(te) oeuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans Les Mêmes Conditions 4.0 International.